



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SILVIA REGINA DOS SANTOS BENITEZ

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA
NO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO
COMBINADA E GESTÃO DE RISCO PARA
HIV/AIDS ENTRE UNIVERSITÁRIOS**

**São José do Rio Preto
2023**

SILVIA REGINA DOS SANTOS BENITEZ

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA
NO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO
COMBINADA E GESTÃO DE RISCO PARA
HIV/AIDS ENTRE UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de trabalho em saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em enfermagem e saúde (GES).

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código de financiamento 001.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Coorientadora: Profa. Dra. Anneliese Domingues Wysocki

**São José do Rio Preto
2023**

Ficha Catalográfica

Benitez, Silvia Regina dos Santos.

Efetividade de intervenção educativa no conhecimento sobre prevenção combinada e gestão de risco para HIV/AIDS em universitários/. Silvia Regina dos Santos Benitez.

São José do Rio Preto; 2023.

109 p.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde (GES).

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Coorientadora: Profa. Dra. Anneliese Domingues Wysocki

1. HIV; 2. Prevenção de doenças; 3. Conhecimento; 4. Educação em Saúde; 5. Cuidados de Enfermagem; 6. Estudos de intervenção.

SILVIA REGINA DOS SANTOS BENITEZ

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA
NO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO
COMBINADA E GESTÃO DE RISCO PARA
HIV/AIDS ENTRE UNIVERSITÁRIOS**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce
PPGE FAMERP
Presidente

Profa. Dra. Gabriela Tavares Magnabosco
Universidade Estadual de Maringá
Membro Efetivo

Profa. Dra. Daniele Alcalá Pompeo
PPGE FAMERP
Membro Efetivo

Profa. Dra. Livia Maria Gazafi
UNI-FACEF
Membro Suplente

São José do Rio Preto, 31/10/2023.

SUMÁRIO

Epígrafe.....	i
Agradecimentos.....	ii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Resumen.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 QUADRO TEÓRICO.....	6
2.1 Conceito de prevenção.....	7
2.2 Evolução da prevenção no HIV/aids.....	8
3 OBJETIVO.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4 MÉTODOS.....	16
4.1 Delineamento do Estudo.....	17
4.2 Local de Estudo.....	17
4.3 População do Estudo.....	18
4.4 Coleta de Dados.....	19
4.5 Análise dos Dados.....	24
4.6 Aspectos Éticos.....	25
4.7 Análise crítica dos riscos e benefícios.....	25
5 RESULTADOS.....	27
5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo.....	28
5.2 Análise do conhecimento sobre a gestão de risco em HIV/aids.....	30
5.3 Análise do conhecimento sobre prevenção combinada.....	38
6 DISCUSSÃO.....	51
7 CONCLUSÕES	70
8 REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE	81
ANEXO.....	85

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,

mas ao tocar uma alma humana,

SEJA APENAS OUTRA ALMA HUMANA

(Carl Jung)

- Primeiramente agradeço a **Deus** pelo dom da vida, por permitir completar esta importante etapa profissional, por todas as bênçãos recebidas, pela vida e oportunidade de continuar estudando. À Nossa Senhora, Mãe de Deus pela intercessão.
- Ao meu companheiro de vida, de sonhos, de projetos **Leonardo Benitez** muito obrigada por fazer parte da minha vida, me apoiar e incentivar.
- Aos meus filhos **Lívia** e **Lucas** que todos os dias me ensinam e que me fazem motivada para a busca na qualificação profissional.
- Aos meus pais **Geralda** e **Antônio** pelas orações e vibrações positivas em cada conquista profissional alcançada. Meu eterno amor e gratidão.
- À banca de qualificação, **Profa. Dra. Daniele Alcalá Pompeo** e a **Profa. Dra. Gabriela Tavares Magnabosco** pelas reflexões e sugestões que tanto contribuíram e enriqueceram este trabalho.
- A todo o **Programa de Pós-Graduação** da Famerp.
- Aos **coordenadores** e **professores** dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia que tanto apoiaram na realização da coleta de dados.
- À professora **Adriana Mafra** que me motivou, deu coragem e mostrou o caminho para o ingresso no Mestrado da FAMERP.
- Aos **profissionais dos (SAE) Serviços de Atendimento Especializado** que contribuíram para elaboração do instrumento de pesquisa.
- Ao infectologista **Dr. Maurício Fernando Favaleça** com seus conhecimentos científicos e experiência profissional colaborou na realização da Intervenção Educativa.
- À minha coorientadora **Dra. Anneliese Domingues Wysocki** pela disponibilidade, confiança e facilitação dos conteúdos.

- À minha orientadora ***Dra. Maria Amélia Zanon Ponce*** pelo qual adiquiri uma imensa admiração, mulher de fé, inteligente, humana e empática, tornando este período leve, intenso e motivador, onde me tornei ainda mais estimulada em atuar na luta contra AIDS, como foi bom ter você em meu caminho, a minha eterna gratidão.
- Aos ***jovens Universitários*** que participaram do processo da coleta de dados, os quais foram muito importantes para realização da pesquisa.

Figura 1.	Mandala da Prevenção Combinada.....	12
Figura 2.	Participantes de cada etapa e amostra final do estudo.....	28
Figura 3.	Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários sobre os indicadores de <i>gestão de risco</i> em HIV/aids antes, imediatamente após e três meses após a intervenção, Santa Fé do Sul, SP, 2022.....	35
Figura 4.	Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários em relação à gestão de risco em HIV/aids (índice composto) nos três períodos do estudo, Santa Fé do Sul, 2022.....	38
Figura 5.	Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários sobre os indicadores de <i>prevenção combinada</i> em HIV/aids antes, imediatamente após e três meses após a intervenção, Santa Fé do Sul, SP, 2022.....	46
Figura 6.	Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários em relação à prevenção combinada (índice composto) nos três períodos do estudo, Santa Fé do Sul, 2022.....	50

Quadro 1.	Elementos da Prevenção Combinada do HIV.....	12
Quadro 2.	Plano de Intervenção Educativa utilizado na atividade educativa “Prevenção do HIV: Muito além da camisinha”, Santa Fé do Sul, SP, 2022.....	22
Tabela 1.	Perfil sociodemográfico dos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, 2022.,.....	29
Tabela 2.	Valor médio e desvio padrão do conhecimento sobre <i>gestão de risco</i> em HIV/aids antes da intervenção, segundo caracterização dos alunos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, SP, 2022.....	30
Tabela 3.	Conhecimento de alunos universitários em relação à gestão de risco em HIV/aids, segundo estágios de avaliação dos alunos (antes da intervenção – 1ª avaliação; imediatamente após a intervenção – 2ª avaliação; e três meses após a intervenção – 3ªavaliação). Santa Fé do Sul, 2022.....	37
Tabela 4.	Valor médio do conhecimento sobre <i>prevenção combinada</i> em HIV/aids antes da intervenção, segundo caracterização dos alunos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, SP, 2022.....	40
Tabela 5.	Conhecimento de alunos universitários em relação à prevenção combinada, segundo estágios de avaliação dos alunos (antes da intervenção – 1ª avaliação; imediatamente após a intervenção – 2ª avaliação; e três meses após a intervenção – 3ªavaliação). Santa Fé do Sul, 2022.....	48

BENITEZ, S. R. S. Efetividade de intervenção educativa no conhecimento sobre prevenção combinada e gestão de risco para HIV/AIDS entre universitários. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

Introdução: Após décadas de convívio com o HIV/Aids, ainda existem muitos desafios, principalmente, relacionados à prevenção da doença entre jovens, em que o número de casos voltou a crescer a nível mundial. No Brasil, a falta de conhecimento acerca da prática sexual segura foi tida como o principal fator de risco associado à disseminação da infecção entre a população jovem. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de acadêmicos sobre a gestão de risco e a prevenção combinada para HIV/Aids, antes e depois de intervenção educativa e a influência de fatores sociodemográficos sobre este conhecimento. **Método:** Estudo quase experimental realizado para acadêmicos de todos os anos dos cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem de um Centro Universitário do interior paulista. A coleta de dados ocorreu em três momentos distintos: antes da intervenção, imediatamente após e três meses após a intervenção, através de questionário elaborado segundo as Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids, utilizando-se escala Likert de cinco níveis. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com teste de comparação múltipla foram utilizados para comparar o conhecimento dos alunos antes e após a intervenção a um nível de significância de 5%. **Resultados:** Antes da intervenção, o maior conhecimento dos universitários sobre gestão de risco foi encontrado entre aqueles do sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem, na idade entre 25 a 57 anos e entre os casados/em união estável. Os piores resultados foram referentes a higienização das regiões genitais e escovação dos dentes, não ejaculação interna, circuncisão e da utilização de microbicidas como estratégias para redução de riscos. Também se encontrou que, antes da intervenção, o maior conhecimento sobre prevenção combinada esteve entre universitários sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem, na idade entre 25 a 57 anos, e entre os casados/em união estável e nos alunos que cursavam Medicina e Enfermagem. Os resultados significativamente menos satisfatórios são referentes à utilização de gel lubrificante na prevenção da transmissão, da realização de auto teste e da disponibilização da PrEP. Observou-se efeitos da intervenção educativa no aumento do conhecimento, principalmente logo após a ação, tanto nos indicadores de prevenção combinada quanto para a gestão de risco. Três meses após a intervenção, apesar de ter ocorrido redução na média dos indicadores; estas ainda foram estatisticamente superiores àquelas de antes da intervenção; consideradas satisfatória para quase todos. **Conclusões:** É necessário o fortalecimento de estratégias educativas em saúde em diversos contextos e, principalmente, dentro das universidades, que possibilitem o protagonismo, propiciando o desenvolvimento de conhecimentos contextualizados, críticos e reflexivos sobre a temática. Sobretudo, visando o empoderamento para a tomada de decisões que possam reduzir seus próprios riscos, bem como, no seu preparo profissional para a realização de ações educativas voltadas à população.

Descritores: 1. HIV; 2. Prevenção de Doenças; 3. Conhecimento; 4. Educação em Saúde; 5. Cuidados de Enfermagem; 6. Estudos de Intervenção

BENITEZ, S. R. S. Effectiveness of an educational intervention on knowledge about combined prevention and risk management for HIV/AIDS among university students. 94 p. Master Thesis – Stricto Sensu Graduate Nursing Program. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

Introduction: After decades of living with HIV/Aids, there are still many challenges, especially those related to preventing the disease among young people, in which the number of cases has risen again globally. In Brazil, the lack of knowledge about safe sex has been considered the main risk factor associated with the spread of infection among young people. **Objective:** To assess the knowledge of academics about risk management and combined prevention for HIV/AIDS, before and after an educational intervention as well as the influence of sociodemographic factors on this knowledge. **Method:** This quasi-experimental study was carried out with students from all grades of Medicine, Psychology and Nursing at a University Center in the interior of São Paulo. Data was collected at three different times: before the intervention, immediately after and three months after the intervention, using a questionnaire drawn up according to the National Guidelines for Combined Prevention in HIV/AIDS, using a five-level Likert Scale. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests with a multiple comparison test were used to compare the students' knowledge before and after the intervention at a 5% significance level. **Results:** Before the intervention, university students' highest knowledge of risk management was found among those who were male and identified with the male gender, aged between 25 and 57 and among those who were married/in a stable union. The worst results were for hygiene of the genitals and brushing teeth, not ejaculating internally, circumcision and the use of microbicides as risk reduction strategies. It was also found that, before the intervention, the highest level of knowledge about combined prevention was among university students who were male and identified with the male gender, aged between 25 and 57, and among those who were married/in a stable union and students studying Medicine and Nursing. The significantly less satisfactory results were in relation to the use of lubricant gel to prevent transmission, self-testing and the availability of PrEP. The effects of the educational intervention were observed in the increase in knowledge, especially immediately after the action, both in the combined prevention indicators and for risk management. Three months after the intervention, although, there reduction in the average of the indicators; they were still statistically higher than those before the intervention, considered satisfactory for almost everyone. **Conclusions:** Health education strategies have to be strengthened in a range of contexts, especially within universities, to enable protagonists to develop contextualized, critical and reflective knowledge on the subject. Moreover, with a view to empowering them to make decisions that can reduce their own risks, as well as preparing them professionally to carry out educational actions aimed at the population.

Descriptors: 1. HIV; 2. Disease prevention; 3. Knowledge; 4. Health Education; 5. Nursing Care; 6. Intervention Studies.

BENITEZ, S. R. S. Efectividad de una intervención educativa sobre el conocimiento sobre prevención combinada y gestión de riesgo de VIH/SIDA en estudiantes universitarios. 94 p. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Estudos de Posgrado em Enfermeria. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

Introducción: Después de convivir por décadas con VIH/SIDA, aún quedan muchos desafíos, principalmente relacionados con la prevención de la enfermedad entre los jóvenes, donde el número de casos ha vuelto a aumentar en todo el mundo. En Brasil, la falta de conocimiento sobre prácticas sexuales seguras fue considerada el principal factor de riesgo asociado a la propagación de la infección entre la población joven. **El objetivo** del estudio fue evaluar el conocimiento de estudiantes universitarios sobre la gestión de riesgos y prevención combinada de VIH/SIDA, antes y después de la intervención educativa y la influencia de factores sociodemográficos en ese conocimiento. **Método:** El estudio cuasi-experimental fue realizado a los estudiantes de todos los años de las carreras de medicina, psicología y enfermería de un centro universitario ubicado en el interior de São Paulo. La recolección de datos ocurrió en tres momentos diferentes: antes de la intervención, inmediatamente después y tres meses después de la intervención, a través de un cuestionario elaborado según las Directrices Nacionales de Prevención Combinada en VIH/Sida, utilizando una escala Likert de cinco niveles. Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis con pruebas de comparación múltiple para comparar los conocimientos de los estudiantes antes y después de la intervención con un nivel de significancia del 5%. **Resultado:** Antes de la intervención, el mayor conocimiento de los estudiantes universitarios sobre gestión de riesgos, se encontró entre aquellos que eran hombres y que se identificaban con el género masculino, con edades entre 25 y 57 años y entre los que estaban casados/en pareja estable. Los peores resultados estuvieron relacionados con la limpieza de las regiones genitales y el cepillado de dientes, no eyaculación interna, la circuncisión y el uso de microbicidas como estrategias para reducir riesgos. También se encontró que, antes de la intervención, el mayor conocimiento sobre prevención combinada se encontraba entre los estudiantes universitarios varones que se identificaban con el género masculino, con edades entre 25 y 57 años, y entre los casados/en unión estable y en los estudiantes que estudiaban medicina y enfermería. Los resultados significativamente menos satisfactorios se refieren al uso de gel lubricante para prevenir la transmisión, la autoevaluación y el suministro de PrEP. Los efectos de la intervención educativa se observaron en el aumento del conocimiento, especialmente inmediatamente después de la acción, tanto en indicadores de prevención combinada como en gestión de riesgos. Tres meses después de la intervención, aunque hubo una reducción en los indicadores promedio, aún eran estadísticamente superiores a los anteriores a la intervención, considerados satisfactorios para casi todos. **Se concluye**, por tanto, la necesidad de fortalecer estrategias educativas en salud en diferentes contextos y, principalmente, dentro de las universidades, que posibiliten el protagonismo, proporcionando el desarrollo de conocimientos contextualizados, críticos y reflexivos sobre el tema, apuntando al empoderamiento para tomar decisiones encaminadas a reducir sus propios riesgos, así como su preparación profesional para la realización de actividades educativas dirigidas a la población.

Palabras-claves: 1. HIV; 2. Prevención de Enfermedades; 3. Conocimiento; 4. Educación en Salud; 5. Atención de Enfermería; 6. Estudios de Intervención.

1 INTRODUÇÃO

Após décadas de convívio com HIV/aids ainda existem muitos desafios para seu controle, principalmente no que tange à prevenção entre os jovens, em que o número de casos voltou a crescer mundialmente.¹ Dados globais indicam que em 2019, 15,1 milhões de jovens e adolescentes viviam com HIV no mundo e, nos últimos dez anos, duas em cada sete novas infecções por HIV eram em pessoas com idade entre 15 e 24 anos.²

No Brasil, ainda que existam políticas públicas que garantam acesso universal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ao diagnóstico, tratamento e formas de prevenção do HIV, como a “prevenção combinada”, anualmente são diagnosticados cerca de 40.000 novos casos de aids, observando-se maior crescimento desse agravo entre os jovens.³

Sabe-se que a principal forma de transmissão do HIV é a sexual.⁴ Na fase da adolescência e idade adulta jovem, fases em que ocorre a descoberta da sexualidade, as características sociais e comportamentais relacionadas às experiências sexuais, evidenciadas pela iniciação sexual precoce, sem instrução, múltiplos parceiros e manutenção de relações desprotegidas, expõe os jovens significativamente à infecção pelo HIV, corroborando com os achados da literatura quanto à prevalência das formas de transmissão do vírus.⁵

Ao ingressar na Universidade, os jovens passam a sentir-se com maior "maturidade", ocasionando-lhes falsa segurança sobre sexo seguro. Há que se destacar que, concomitantemente a isso, as mudanças ocasionadas por meio dessa transição entre a escola e o ensino superior, como maior socialização entre jovens universitários, inserção em novos grupos, novas descobertas, liberdade sexual e maior acesso a outras experiências, como o consumo de substâncias psicoativas, os possibilita a exporem-se a comportamentos de riscos e a agravos de saúde, como o HIV.¹

Nesse sentido, no ambiente universitário encontra-se cenário propício ao aumento da vulnerabilidade ao HIV por agregar a exposição a comportamentos de riscos, a tendência da

baixa utilização de medidas preventivas e o baixo conhecimento quanto aos diferentes métodos de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).⁶⁻⁷

A necessidade de prevenção às IST entre jovens, especialmente, os universitários, é premente e tem sido objeto de investigações que buscam compreender os fenômenos envolvidos nos campos do conhecimento/comportamento.⁷⁻⁸

A falta de informações e de conhecimento acerca da prática sexual segura constitui-se como um dos principais fatores de risco à disseminação da infecção do HIV entre a população jovem brasileira.⁹ Observa-se que a principal faixa etária com carência de informações acerca das formas de transmissão e prevenção contra o HIV é entre 15 a 24 anos, o que pode justificar suas práticas sexuais inseguras bem como a maior taxa de transmissão do vírus entre os mesmos.¹⁰

Nota-se que o comportamento relacionado à saúde potencializa a percepção de risco e possibilita mudança comportamental; dado que o nível de risco constatado atua como gatilho para adoção de medidas preventivas no que concerne ao controle real individual. No entanto, há que se ressaltar que a percepção de risco, assim como, o conhecimento, sofre influência de fatores socioambientais e culturais.⁸

E, também, questões relacionadas à baixa escolaridade, renda e limitação do acesso aos serviços básicos, como saúde, interferem no conhecimento e práticas entre jovens.¹¹ Ademais, aspectos relacionados à convivência com pais/familiares, como a dificuldade de diálogo sobre sexualidade e IST com estes, também interferem no comportamento de busca por informação. São fatores que tornam o jovem mais vulnerável à prática sexual insegura visto que os meios de consulta, como amigos, Internet, escola e televisão muitas vezes possuem fragilidades quanto à fidedignidade do conteúdo veiculado.¹²

Também no que se refere às práticas de prevenção às ISTs, revela-se que as medidas de prevenção ao HIV, mesmo que acessíveis, nem sempre são adotadas. Muito embora os

preservativos sejam os principais meios de prevenção ao HIV; seu uso se torna preterido como consequência de efeitos relacionados aos aspectos culturais e de informação que veiculam ideias de que o preservativo¹³ reduz o prazer sexual, trai a fidelidade/confiança no parceiro e possuem advertência de ordem religiosa.¹²

Atualmente, no Brasil, embora a disponibilidade de acesso ao preservativo seja gratuita nos serviços de saúde e existem diversas políticas de enfrentamento ao HIV/aids; identifica-se que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para diminuir novas infecções. Apesar disso, há que se destacar uma das políticas mais atuais disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS): a Prevenção Combinada do HIV.¹⁴ A Prevenção Combinada é compreendida como associação de diferentes métodos de prevenção ao HIV, combinando três principais abordagens: a biomédica, a comportamental e a estrutural, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa.¹⁵

Transversalmente à Prevenção Combinada, os jovens podem se beneficiar de uma série de intervenções de prevenção, incluindo atividades de educação em HIV/aids, com enfoque à diminuição da transmissão e estigmatização da doença,¹⁶ nas quais a atuação dos profissionais da saúde é crucial para facilitar o acesso e a adesão eficaz às intervenções de prevenção existentes.¹⁷

Corroborando com essas afirmativas, evidencia-se que ações de educação em saúde realizadas entre jovens, conjuntamente com a identificação dos parceiros, enfoque na prevenção, investimentos e infraestrutura, podem refletir positivamente na diminuição de casos de HIV/AIDS por possibilitarem mudança de comportamento; uma vez que, influências, concepções e práticas socioculturais sobre as atividades sexuais dos indivíduos ultrapassam o intercuro sexual em si.¹⁸

No entanto, ainda são escassos na literatura vigente publicações a respeito das intervenções educativas em jovens, o que dificulta a avaliação de sua efetividade na prevenção de agravos.

Neste contexto, este estudo buscou identificar o conhecimento de universitários a respeito das formas de prevenção do HIV/AIDS antes e após a intervenção educativa, com vistas a buscar novos caminhos para ações educativas em saúde; uma vez que eles são sujeitos ativos na experiência. Refletindo tais questões construiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: “A intervenção educativa em saúde interfere no conhecimento dos universitários sobre a prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/AIDS?”

2 QUADRO TEÓRICO

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Conceitos de prevenção

O termo prevenção surge com a finalidade de antecipar uma determinada situação a fim de garantir que seus eventos danosos venham a ocorrer. Neste sentido, a prevenção em Saúde consiste na tentativa de diminuição das chances de ocorrer uma doença específica, com o objetivo de manter as pessoas saudáveis, adotando medidas que possam de alguma forma, antecipar e não deixar os efeitos maléficos da doença causar maiores danos nas pessoas ou mesmo diminuir sua intensidade e efeitos.¹⁹

Ao longo da história a prevenção tem papel primordial no combate aos malefícios das doenças que foram surgindo, sempre com as dificuldades e a surpresas de cada nova doença. Neste contexto verificou-se a necessidade de que as medidas de prevenção fossem coordenadas em estágios evolutivos, cada qual com uma finalidade determinada para que, ao final, pudesse alcançar os resultados esperados. Esses estágios evolutivos foram classificados e representados por diferentes níveis, sendo eles:²⁰

A prevenção primária, que se trata do primeiro conjunto de medidas de prevenção e que consiste basicamente em um conjunto de ações que visa a exclusão de uma pessoa ou mesmo de um grupo de um problema de saúde antes de qualquer intervenção técnica especializada, ou seja, seria uma retirada estratégica para evitar qualquer exposição ao risco com redução dos fatores patológicos. Verifica-se que este primeiro momento tem como escopo a imediata retirada do cenário de uma doença.²⁰

Na prevenção secundária, considerada como o segundo momento da prevenção, as ações se direcionam para a constatação inicial de um problema de saúde tanto de forma individualizada como populacional/coletiva, voltando-se à identificação de um problema em sua fase inicial a fim de possibilitar ações mais eficazes de tratamento. Percebe-se que, nesta

fase, a ação é voltada para análise da doença em seu estágio inicial a fim de possibilitar ações preventivas que possibilitem evitar grandes prejuízos.²⁰

A prevenção terciária, por sua vez, tem sua dinâmica voltada para a diminuição dos danos, também em escala individual ou populacional, tendo como cerne a gestão, redução de despesas e maior eficácia das ações de saúde e controle das doenças. Por meio da prevenção terciária os problemas de saúde passam pelo rigor de uma análise mais especializada cuja resolução volta-se ao gerenciamento das situações.²⁰

Por fim, a prevenção quaternária atua no campo da identificação dos indivíduos ou da população já submetidos às intervenções de saúde de modo que as intervenções às quais já foram submetidos sirvam para poder tomar decisões de forma mais acertada, evitando ações excessivas protegendo as pessoas dos danos existentes e potenciais visando a proteção e o bem estar das pessoas expostas.¹⁹

2.2 Evolução da prevenção no HIV/AIDS

Analisada a evolução do conceito teórico da prevenção verifica-se que as formas de prevenção do HIV/aids foram aprimorando à medida em que foram sendo criados programas voltados às faixas etárias com maior prevalência do agravo. Inicialmente, e, ao final dos anos 80, foram criados programas e estratégias conjuntas entre o Ministério da Saúde e da Educação voltados à prevenção entre adolescentes.²¹ À medida em que se intensificaram as etapas de prevenção entre tal faixa etária, foram sendo criados outros Programas e estratégias, como o Programa de Saúde dos Adolescentes em meados dos anos 90, e o Programa nas Escolas, nos anos 2000, que envolveram a capacitação de profissionais para atuar nessa fase de descobertas e busca por uma maior liberdade. Neste sentido, as estratégias de prevenção voltavam-se à educação em saúde e à utilização do preservativo masculino, vinculando-os à conscientização coletiva da necessidade do sexo seguro para a prevenção do

HIV/AIDS e outras ISTs bem como da gravidez na adolescência. Neste período verificou-se um grande avanço no modelo de prevenção com medidas combinadas, cujo cerne volta-se à interrupção da expansão da doença e da entrada do vírus HIV.²²

Em 2010, diante do recrudescimento do HIV/AIDS e da necessidade de envolver a discussão sobre prevenção da doença e identidade de gênero, instituiu-se a Política Nacional Integrada à Saúde do Jovem e Adolescente, ampliando os conceitos de prevenção para a evolução da sociedade. Assim, ainda que as formas de prevenção adotadas anteriormente à esta Política fossem assertivas no sentido de combater a doença, neste momento buscou-se evitar o preconceito estrutural que por décadas definiu os métodos de prevenção da Aids, proporcionando campanhas de prevenção mais abrangentes e sem rotulação para atingir com maior eficácia o público alvo.²²

A partir de 2017, observados os pontos de acerto e de exageros na prevenção ao HIV/AIDS, criou-se Coalizão Global de prevenção do HIV, estabelecendo planos de ações definidos a fim de aumentar a efetividade do tratamento e a diminuição dos riscos.²³

Há que se ressaltar que no início da epidemia do HIV/aids as ações de saúde utilizadas para combater o avanço do agravo limitavam-se à identificação de “grupos de risco” e perfil das pessoas com maior vulnerabilidade à infecção que, embora hoje tenham sido superadas, tiveram papel importante no combate à cadeia de transmissão do agravo.

Com o tempo, a denominação de “grupos de risco”, nome adotado para segmentos populacionais em que encontrava maior prevalência do HIV, tornou-se obsoleta por violar os direitos humanos e aumentar o estigma, refletindo em poucos avanços na criação de ações educativas.¹⁵

O surgimento de um segundo modelo de prevenção do HIV, proposto por um epidemiologista, compôs-se de um conjunto de ações estruturadas com a proposta de corrigir as ações de prevenção anteriores, e basicamente foram divididas em três eixos: veiculação de

informação, atuação nos determinantes sociais e mudança comportamental.¹⁵ Neste cenário, dentre os modelos de prevenção apresentados, vale destacar o preservativo, considerado um dos mais importantes e efetivos meios de prevenir a infecção pelo HIV. Especialmente, o preservativo masculino que passou a fazer parte das campanhas educativas do Ministério da Saúde visando a prevenção e a informação do público alvo como uma forma segura de fazer sexo. Com isso este método foi ficando cada vez mais popular e diversas campanhas foram elaboradas, ainda que algumas de forma polêmica, mas que de uma forma ou de outra contribuiu para alcançar o resultado almejado, ou seja, conscientização da população aliado ao sexo seguro. ⁽¹⁵⁻²¹⁾

Apesar da conscientização que o preservativo é um método eficaz de prevenção, os jovens não utilizam de forma regular e constante, por diversos motivos, como a falta no momento da relação sexual, a diminuição de percepção de risco a infecção do HIV e também a rejeição devido à falta de sensibilidade com o seu uso.²¹

Dada a insuficiência das ações até então apresentadas, surgiu, em um terceiro momento (em 2009) estratégias que buscaram trazer mais subsídios para a prevenção do HIV, destacando-se o uso do Antirretroviral (ARV), medicamento que antes era utilizado apenas para tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS.¹⁵

Essa evolução história dos modelos de ações voltados à identificação, tratamento e ações educativas para conscientização quanto à prevenção do HIV/AIDS, constituiu-se como estratégias eficazes para a tomada de decisões, principalmente no que se refere às estratégias de prevenção entre os grupos mais vulneráveis ao agravo, ou seja, os jovens. Isso porque tais estratégias buscaram compreender como a compreensão do risco interfere no comportamento de prevenção dos jovens, inovando ao considerar a multiplicidade dos fatores relacionados às experiências, vivências e atitudes como moduladoras deste comportamento.⁴

Assim, a evolução histórica da prevenção ao HIV passa por uma transformação até que a gestão de risco, vinculada ao conhecimento e estilo de vida do indivíduo, seja construída socialmente, trazendo avanços à sociedade. E embora nesse contexto a gestão de risco tenha levado alguns autores a compreenderem sua autonomia à exposição ao risco em detrimento de “vantagens”, isso fez com que se compreendesse e afirmasse que dentro das práticas sexuais desprotegidas os indivíduos utilizam seus conhecimentos para gerir seus riscos.⁴, reforçando a necessidade de atividades educativas conscientizadoras.⁴

Assim, de fato, ações voltadas para a elucidação dos indivíduos através do conhecimento possibilita uma tomada de decisão mais razoável e assertiva, mesmo considerando fatores externos como crenças e determinadas situações de saúde.¹⁸

Desde o início da epidemia, a prevenção é considerada como uma questão desafiadora para o controle da AIDS, sendo importante discutir os caminhos que a prevenção deve tomar na quinta década. Nesse sentido é importante considerar o caráter cultural das abordagens no que tange a prevenção, pois uma vez observada a especificidade da população, o gerenciamento deste aspecto possibilita resultados bem sucedidos entre aqueles que apresentam maior vulnerabilidade ao HIV, diminuindo o risco da transmissão da doença.²⁴

Dentro desta perspectiva, o Ministério da Saúde criou a Mandala de Prevenção Combinada do HIV (Figura 1), a partir da qual almeja-se alcançar ao máximo a redução de novas infecções pelo HIV por meio de combinações de diferentes abordagens, como: biomédicas, comportamentais e estruturais, com a oferta de diversas formas de prevenção.^{4,25}

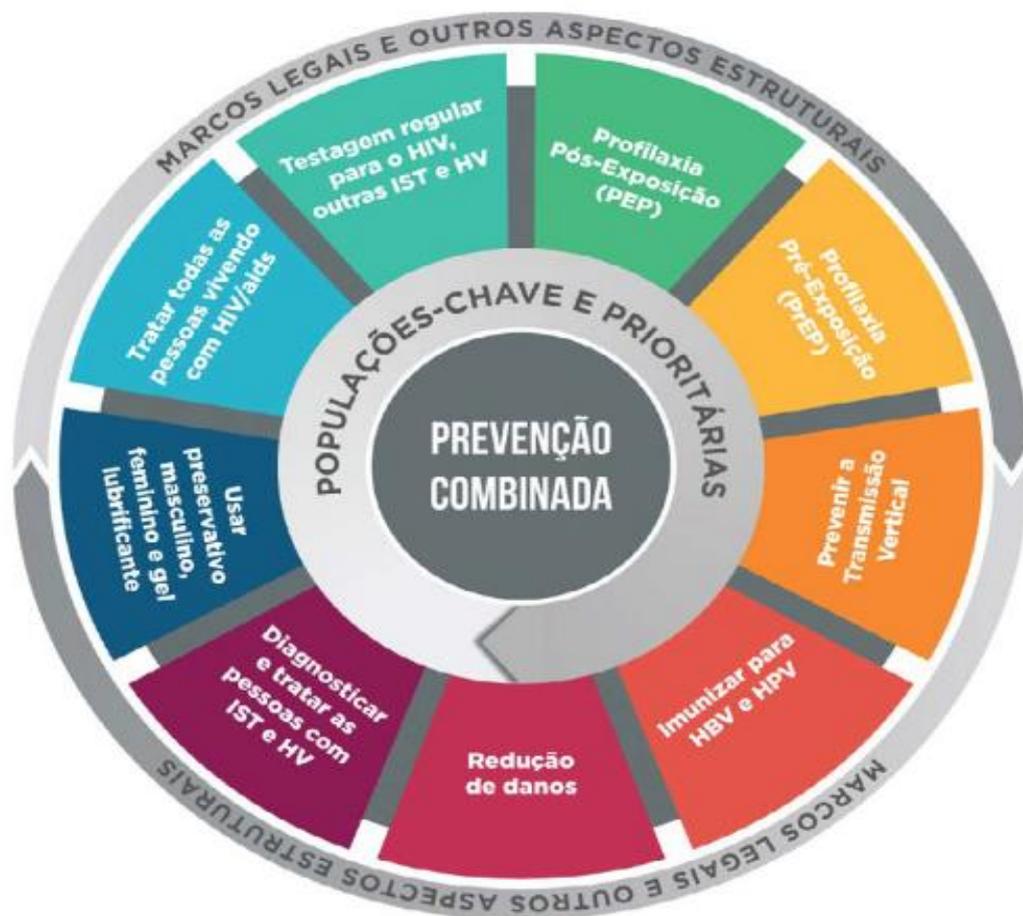


Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada

Fonte: Ministério da Saúde, ano²⁵

Quadro 1. Elementos da Prevenção Combinada do HIV

FONTE: própria autora

Tipos de Intervenções	Conceitos	Ações
Intervenções Biomédicas	São estratégias direcionadas à diminuição do risco de exposição ou de transmissibilidade, com o uso de antirretrovirais ou de outras tecnologias biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativos masculino e feminino; • Gel lubrificante; • Tratamento de pessoas vivendo com HIV; • Profilaxia Pós-Exposição-PEP; • Profilaxia Pré-Exposição - PrEP; • Prevenção e Tratamento das Infecções • Sexualmente Transmissíveis - IST; • Imunização para hepatite B e HPV; -

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção o da Transmissão Vertical.
Intervenções Comportamentais	São as estratégias que envolvem as mudanças nos comportamentos individual ou comunitário, por meio de informações e conhecimentos do risco a infecção ao HIV.	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de comunicação e educação sobre saúde sexual, • Incentivo a Testagem Regular; • Adesão a terapia antirretroviral; • Redução de Danos para as pessoas que usam drogas injetáveis, álcool e outras drogas; • Adesão aos insumos de prevenção; • Campanhas de prevenção em HIV, hepatites virais e outras ISTs
Intervenções Estruturais	São estratégias Estruturais abordadas na Mandala de prevenção que englobam as ações e mudanças nos aspectos políticos, sociais e econômicos	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção e defesa dos Direitos Humanos; • Políticas públicas voltadas para garantias de direitos; • Diminuição das desigualdades socioeconômicas; • Campanhas educativas e de conscientização • Ações de enfrentamento ao estigma e

		<p>discriminação, como racismo, sexismo, machismo, homofobia, transfobia, lesbofobia e outras formas de exclusão;</p> <ul style="list-style-type: none">• Não discriminação de pessoas que vivem com HIV;
--	--	---

FONTE: própria autora

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/AIDS entre universitários.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos universitários.
- Analisar a relação entre o conhecimento sobre prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/AIDS e o perfil sociodemográfico dos universitários.
- Comparar o conhecimento sobre prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/AIDS entre universitários, antes e após uma intervenção educativa.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo quase experimental, de natureza quantitativa.

4.2. Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro Universitário de um município do interior paulista que conta com os cursos de graduação em Administração, Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Ciências Biológicas, Direito, Engenharia Civil, Engenharia Agrônômica, Enfermagem, Educação Física (Licenciatura e Bacharelado), Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia e Psicologia, divididos em três campi, com estruturas para aulas teóricas e práticas, nos períodos diurnos e noturnos.

A Universidade é uma entidade de direito público, sem fins lucrativos, com fins educacionais, culturais e científicos, por excelência, criada por uma Lei Municipal, Assim, a Universidade, tem-se a priori, a preocupação com o ensino de qualidade em detrimento do vislumbre de lucro, fato comprovável pelo valor das mensalidades dos cursos, pela manutenção de corpo docente titulado e por laboratórios e clínicas com alta qualidade em equipamentos.

As atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão compreendem os maiores objetivos e se evidenciam também em seus Estatutos Sociais, focando inclusive a capacitação do cidadão para o desempenho das funções na perspectiva da responsabilidade social advinda da valorização do exercício da cidadania.

Ademais, a referida Instituição faz parceria com os serviços de saúde do município, e conta com o Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem

e Aconselhamento (SAE/CTA) que oferece o acompanhamento de pacientes que vivem com HIV/AIDS e ações de prevenção e controle de IST atendendo à população do município e da microrregião em parceria com os cursos da área da Saúde desta instituição, de acordo com pactuações de Integração entre Ensino/Serviço.

Com base nestes propósitos e nas práticas de saúde desenvolvidas, pode-se considerar que os cursos da área de saúde mantidos pela Universidade, contam com um cenário adequado enquanto campo de aprendizagem prática para a formação de seus graduandos, tendo em vista que os marcos filosófico, conceitual e estrutural delineados em seu projeto político-pedagógico encontra amparo no modelo de atenção à saúde da população, implantado no município.

Em razão da localização privilegiada e, em se tratando de uma Estância Turística, propícia aos esportes náuticos, lazer e pesca esportiva e a outros atrativos; o município recebe turistas o ano todo de várias partes do país, inclusive da capital, atraindo também a população jovem que busca cursar na Universidade. Dessa forma, estes fatores contribuem para o aumento considerável da população jovem; fato este verificado pela mudança demográfica que o município vem passando nos últimos anos, o que demanda uma intensificação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de ações para esse grupo. Assim como a oferta de ações educativas e ou atividades coletivas sobre temas relacionados a saúde sexual dos jovens e a necessidade do fortalecimento nas ações de prevenção por meio da integração ensino-serviço.

4.3 População do estudo

No presente estudo foram incluídos todos os alunos que estavam matriculados no período de coleta de dados nos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina. A

escolha pela população que cursa exclusivamente tais cursos deve-se ao fato destes estarem se preparando para atuar profissionalmente como enfermeiros, psicólogos e médicos. Profissões estas que atuam diretamente e mais intensamente com a prevenção combinada e gestão de risco do HIV/AIDS nas equipes de saúde e que, por isso, devem estar devidamente preparados e capacitados.

Foram excluídos os alunos cuja idade era inferior a 18 anos.

Segundo dados informados pela secretaria da instituição, anualmente encontram-se matriculados nos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina um total aproximado de 600 alunos. Assim, todos foram convidados para participar do estudo, sendo incluídos apenas aqueles que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

4.4 Coleta de Dados

Para avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/AIDS entre universitários; a coleta de dados ocorreu em três fases: antes da intervenção; imediatamente após a realização da intervenção educativa em saúde; e três meses após a intervenção para avaliar o conhecimento retido.

Em todas as fases utilizou-se o mesmo questionário elaborado com base nas Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids¹⁵ e na experiência profissional das pesquisadoras coordenadoras do estudo (Apêndice I).

Tal questionário foi composto por 02 (duas) seções: “caracterização do participante” (idade, sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, raça/cor, religião, curso e período que está cursando) e “conhecimento sobre gestão de risco e prevenção combinada do HIV/aids” entre as quais distribuem-se 39

variáveis. As questões relacionadas às características dos participantes contemplam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. Já as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre gestão de risco e prevenção combinada do HIV/AIDS contêm uma escala de possibilidade preestabelecida do tipo Likert. Foi atribuído um valor de zero a cinco para cada resposta, sendo que o valor zero foi atribuído para respostas não sei e os valores de 1 a 5 para o grau de concordância das afirmações, considerando o valor 1 a resposta que representa a pior resposta, e 5 a que indica melhor resposta.

Uma vez que o instrumento de coleta de dados utilizado no presente estudo, fora elaborado exclusivamente para o objetivo que se almejava, com a finalidade de adequá-lo quanto ao seu conteúdo o mesmo passou pela avaliação de profissionais/expertises da área que trabalham diretamente com a prevenção combinada. Também, a gestão de risco, como profissionais médico e de enfermagem, os quais sugeriram a simplificação da escrita de algumas perguntas para que pessoas que não atuam na temática conseguissem compreender. Os avaliadores selecionados pertencem a dois municípios diferentes, sendo que no município de grande porte participaram da avaliação do instrumento cinco profissionais, sendo um médico infectologista e quatro enfermeiros, no município de pequeno porte um médico infectologista e um enfermeiro, os quais avaliaram se o conteúdo estava adequado para compreensão.

Para operacionalizar a aplicação do instrumento de coleta de dados (autopreenchido), o mesmo foi estruturado em uma planilha do Google Forms, cujo link foi encaminhado a todos os alunos dos cursos supracitados durante as abordagens realizadas com os mesmos em sala de aula (nos momentos “pré” e “pós” intervenção educativa), utilizando-se dos grupos de WhatsApp que os alunos de cada período de cada curso encontravam-se inseridos.

A primeira fase da coleta de dados foi realizada no período de 18 a 29 de abril de 2022. Durante a coleta de dados, os estudantes dos cursos de Psicologia e Enfermagem foram esclarecidos e orientados em sala de aula no período noturno e os estudantes de Medicina no período diurno. Destaca-se que, os períodos que os mesmos foram abordados referem-se aos períodos que são ofertadas as aulas desses cursos. Nesta abordagem, que ocorreu em dias e horários acordados previamente com as coordenadoras e professores dos referidos cursos, inicialmente foi realizada a apresentação sobre o projeto e, posteriormente, o convite para participação do estudo, com a disponibilização do link de acesso ao formulário eletrônico. Participaram da primeira fase 454 alunos.

Independentemente da aceitação e participação dos alunos no estudo, todos os universitários foram convidados a participar de uma capacitação/abordagem educativa (intervenção), com o tema, “Prevenção do HIV: Muito além da camisinha”, realizada no dia 10 de maio de 2022 no período da tarde para os alunos que cursavam a medicina e no período noturno para aqueles que cursavam enfermagem e psicologia. Os alunos e professores foram, primeiramente, recepcionados com um “Kit” contendo folders discorrendo a respeito de PREP e PEP, além de orientações gerais sobre IST/aids, número de telefone e local para receber orientações e realizar testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, preservativos feminino, masculino e gel lubrificantes. A capacitação/abordagem educativa foi realizada pelo profissional médico infectologista e pela pesquisadora que atua como Coordenadora do Programa Municipal IST/aids, por meio de uma abordagem expositiva dialogada (50 minutos), na qual se detalhou todo o conteúdo sobre Prevenção Combinada e Gestão de Risco do HIV/aids expresso nas variáveis do instrumento de coleta de dados e que refletia o conhecimento que se pretendia dos alunos com esta temática (Quadro 2). Foram oferecidos auto testes de

HIV, onde notou-se uma procura bastante considerável, totalizando 400 testes ofertados, sendo 200 testes entregues logo após a intervenção e 200 entregues em sala de aula. Após a explanação foi aberto um momento para perguntas e respostas e, em seguida, os alunos foram orientados sobre a pesquisa e solicitado para que novamente respondessem o instrumento de coleta de dados cujo link estava disponível no WhatsApp da sala, encaminhado por cada coordenador de curso, conforme combinado previamente. Participaram da intervenção 509 alunos, e destes, 350 responderam ao instrumento (segunda fase).

Quadro 2. Plano de Intervenção Educativa utilizado na atividade educativa “Prevenção do HIV: Muito além da camisinha”, Santa Fé do Sul, SP, 2022.

Tema	Intervenção Educativa: Prevenção do HIV: Muito Além da Camisinha
Conteúdo	História Natural da doença, Etiologia, Epidemiologia no Brasil e no Mundo, Transmissão do HIV, Diagnóstico, Prevenção, Gestão de Risco, Prevenção Combinada do HIV, Tratamento, PEP, PREP, Auto- teste, Relato de casos, Locais disponíveis para realização de TRD (Teste Rápido Diagnóstico) e locais de dispensação para PEP e PREP.
Objetivos	1- Discutir <ul style="list-style-type: none">● História natural da doença;● Quantidade de pessoas com HIV no Brasil e no mundo;● Formas de transmissão do HIV;● Tipos de diagnósticos e os locais de realização;● Gestão de Risco do HIV;● Prevenção Combinada do HIV;● Estratégias voltadas para reduzir o risco de exposição ou de transmissibilidade com o uso de antiretrovirais ou de outras tecnologias biomédicas;● Os ARV que impedem a multiplicação do vírus no organismo;● Profilaxia pós-exposição sexual com combinação de medicamentos para impedir a

	<p>multiplicação do vírus HIV;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Profilaxia Pré-Exposição sexual, para evitar uma infecção, caso ocorra uma exposição; <p>2 - Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realização do autoteste de HIV; ● Endereços dos locais disponíveis para realização de Aconselhamento em HIV/AIDS, TRD, PEP e PREP; ● Relatos de casos em jovens mais comuns que chega aos serviços, em busca da prevenção combinada do HIV;
Duração	50 minutos
Metodologia	Ação Educativa Expositiva e dialogada através de perguntas e respostas com o auxílio dos seguintes recursos didáticos: data show, folder informativos e insumos de prevenção.
Público Alvo	Universitários dos cursos de Enfermagem , Psicologia e Enfermagem
Avaliação	Aplicação do formulário logo após a intervenção Educativa para analisar o conhecimento.

Fonte: autoria própria

A fim de verificar o conhecimento retido, decorridos três meses após a intervenção, os estudantes foram novamente abordados em salas de aula e convidados a participarem terceira fase do estudo, sendo então disponibilizado o link de acesso ao formulário eletrônico. Nesta terceira fase, foram entrevistados 405 universitários. Considerando os alunos que participaram de todas as fases do estudo, a amostra final foi constituída de 186 universitários (Figura 1).

É importante ressaltar que, uma vez que as informações dos estudantes foram coletadas por meio da utilização de um formulário digital (via GoogleForms), com a finalidade de proteger os dados do acesso não autorizado ou invasão de computador onde as informações foram tabuladas/ armazenadas, a planilha contendo as respostas dos participantes, foram baixadas da nuvem e posteriormente apagadas, sendo

armazenadas em pastas dos computadores pessoais dos coordenadores do estudo que somente são acessadas mediante senha.

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados com o auxílio do software TIBCO Statistica™ versão 14.0.0.15.

A análise de dados foi realizada em quatro etapas. Na primeira etapa, foi realizada a análise descritiva dos dados de caracterização dos participantes, sendo que para a variável quantitativa (idade) foi calculada a média e o desvio-padrão e para as variáveis qualitativas, foram apresentadas a distribuição de frequência absoluta e relativa.

Na segunda etapa, primeiramente as respostas “não sei” foram reclassificadas com a pontuação “um” e, posteriormente, a análise do conhecimento dos universitários foi verificada com base em indicadores construídos a partir de variáveis relacionadas à “conhecimento sobre gestão de risco” e “conhecimento sobre prevenção combinada”. O indicador criado correspondeu ao valor médio de todas as respostas para cada variável. Um índice composto foi determinado para “conhecimento sobre gestão de risco” e “conhecimento sobre prevenção combinada”. Este índice correspondeu ao valor médio das respostas obtido em cada indicador dessas duas categorias e representa o conhecimento dos universitários. Os valores médios de cada indicador criado e do índice composto foram apresentados em box plots com respectivos intervalos de confiança 95%, os quais se incluíssem os valores 1, 1,5 e 2 receberiam a classificação de “conhecimento insatisfatório”; 2,5, 3 e 3,5, “conhecimento regular” e 4, 4,5 e 5, “conhecimento satisfatório”.

Na terceira etapa, para comparar o conhecimento dos alunos antes da intervenção (variável dependente qualitativa ordinal) em relação aos dados de caracterização dos participantes, foram aplicados o teste Mann-Whitney (quando comparou-se apenas dois grupos) ou Kruskal-Wallis com teste de comparação múltipla (quando comparou-se três ou mais grupos) a um nível de significância de 5%. Optou-se por esses testes, pois na análise de normalidade das variáveis por histogramas e teste Shapiro-Wilk, nenhuma delas apresentou distribuição normal.

Na quarta etapa, os indicadores foram comparados entre os grupos: antes da intervenção, imediatamente após a intervenção e três meses após a intervenção. Em função dos dados não apresentarem distribuição normal, foi utilizado o teste de Friedman. Quando o resultado do teste deu significativo ($p < 0,05$), aplicou-se o teste de Wilcoxon comparando dois em dois grupos para identificar entre quais grupos havia diferença nos indicadores. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%.

4.6 Aspectos Éticos

A execução do projeto foi autorizada pelo gestor da Instituição que sediou o estudo, e o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP, de acordo com as Recomendações da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo II).

4.7 Análise crítica dos riscos e benefícios

Os dados da pesquisa foram apresentados no seu conjunto sendo respeitados o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

Toda abordagem feita aos participantes do estudo foi pautada nas Recomendações da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, é válido destacar que os pesquisadores explicaram sobre a pesquisa a ser realizada e sua relevância, o compromisso ético em relação aos dados coletados preservando integralmente o seu anonimato, privacidade e a imagem no estudo, bem como a sua não estigmatização e a confidencialidade dos dados coletados. Os indivíduos participantes não receberam qualquer auxílio financeiro, vantagem ou outra forma de gratificação. Os alunos que não quiserem participar do estudo não sofreram nenhuma sanção e não foram prejudicados.

Os benefícios ocorrerão de forma indireta para os sujeitos da pesquisa. No entanto, este estudo possibilitou analisar a compreensão dos universitários sobre o tema e fornecer subsídio para que o Programa Municipal de IST/AIDS de Santa Fé do Sul identifique possibilidades de trabalhar a prevenção entre este público-chave de forma mais realística por meio de orientações e assistência mais qualificada e resolutiva, além de possibilitar reflexões entre eles sobre as práticas sexuais seguras.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo, 186 alunos universitários (Figura 2) com idade média de 23,9 (dp 7,8) anos.

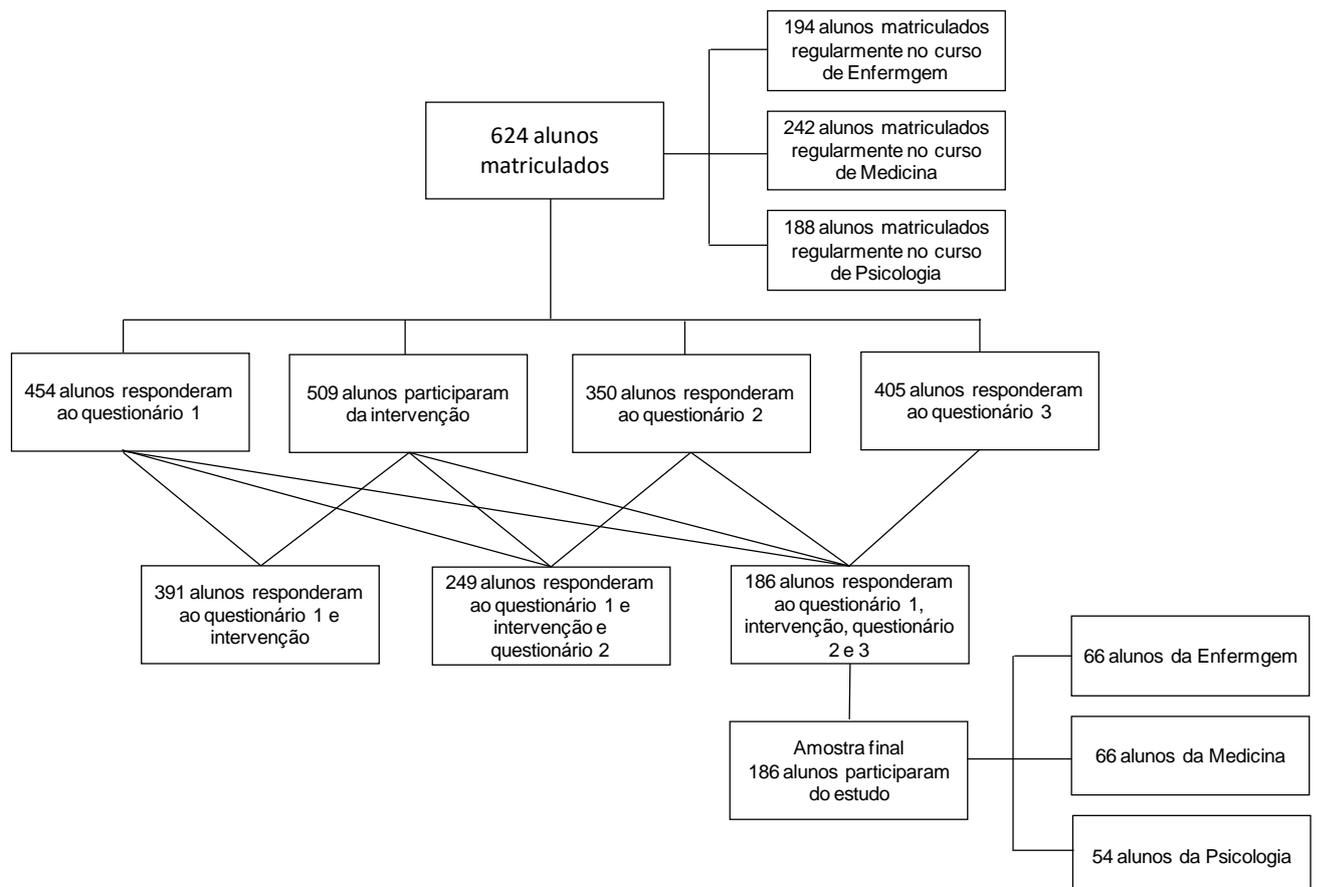


Figura 2 - Participantes de cada etapa e amostra final do estudo.

Por meio da Tabela 1, é possível ver que a maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (79,6%), do gênero mulher (79,6%), heterossexuais (86,6%), solteiros (75,8%), da raça/cor branca (77,4%) e de religião católica (48,4%) ou evangélica (33,9%). A maioria estava matriculada no curso de Medicina (35,5%) ou Enfermagem (35,5%) e estudavam no período noturno (64,5%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, 2022.

Variáveis	n(%)	
Faixa etária	17 a 20 anos	76(40,9)
	21 a 24 anos	60(32,2)
	25 a 57 anos	50(26,9)
Sexo	Feminino	148(79,6)
	Masculino	38(20,4)
Gênero	Mulher	148(79,6)
	Homem	38(20,4)
Orientação sexual	Heterossexual	161(86,6)
	Homossexual	13(7,0)
	Bissexual	8(4,3)
	Outro	3(1,6)
	Assexual	1(0,5)
Estado civil	Solteiro	141(75,8)
	Casado/união estável	34(18,3)
	Outro	6(3,2)
	Separado/divorciado	5(2,7)
Raça/cor	Branca	144(77,4)
	Parda	38(20,4)
	Amarela	3(1,6)
	Preta	1(0,5)
Religião	Católica	90(48,4)
	Evangélica	63(33,9)
	Outra	19(10,2)
	Espírita	12(6,5)
	Umbanda/candomblé	2(1,1)
Curso	Medicina	66(35,5)
	Enfermagem	66(35,5)
	Psicologia	54(29,0)
Período	Noturno	120(64,5)
	Integral	65(34,9)
	Diurno	1(0,5)

5.2 Análise do conhecimento sobre a gestão de risco em HIV/AIDS

Na análise do conhecimento da gestão de risco em HIV/AIDS antes da intervenção, há evidências de maior conhecimento dos alunos universitários na idade entre 25 a 57 anos quando comparados aos de 17 a 20 anos em relação ao indicador “Álcool e outras drogas predisõem a maior exposição sexual as IST, HIV/AIDS e hepatites virais” (Tabela 2). Verificou-se que o conhecimento dos alunos universitários do sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem foi maior em relação ao indicador: “Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV”. Também se observou maior conhecimento de casados/em união estável quando comparados a solteiros em relação ao indicador “Álcool e outras drogas predisõem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais” (Tabela 2)

Encontrou-se diferença no conhecimento dos alunos universitários em dois indicadores quando comparou-se a orientação sexual, no entanto, essa diferença não foi perceptível quando aplicou-se a análise de comparação múltipla. O mesmo ocorreu em um indicador quando comparados por religião e ao índice composto de gestão de risco, no entanto, essa diferença não foi perceptível quando aplicou-se a estatística (Tabela 2).

Não se encontrou evidências de diferença no conhecimento dos alunos universitários quando comparados entre a raça/cor, entre os cursos realizados e o período cursado (Tabela 2).

Tabela 2. Valor médio e desvio padrão do conhecimento sobre *gestão de risco* em HIV/aids antes da intervenção, segundo caracterização dos alunos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, SP, 2022.

Indicadores	Faixa etária (anos)			Sexo		Identidade de gênero		Orientação Sexual					Estado civil				Raça/cor				Religião					Curso		
	17 a 20	21 a 24	25 a 57	Feminino	Masculino	Mulher	Homem	Heterossexual	Homossexual	Bissexual	Outro	Assexual	Solteiro	Casado/ união estável	Outro	Separado/ divorciado	Branca	Parda	Amarla	Preta	Católica	Evangélica	Outra	Espírita	Unbanda/ candomblé	Medicina	Enfermagem	Psicologia
V11	3,92 (1,25)	3,70 (1,54)	3,66 (1,45)	3,80 (1,35)	3,68 (1,60)	3,78 (1,37)	3,76 (1,53)	3,80 (1,37)	3,77 (1,79)	3,38 (1,30)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	3,72 (1,45)	3,94 (1,35)	3,67 (0,82)	4,40 (0,55)	3,86 (1,37)	3,45 (1,52)	3,67 (1,53)	5,00 (-)	3,94 (1,33)	3,67 (1,43)	3,79 (1,55)	3,17 (1,53)	3,50 (2,12)	3,97 (1,32)	3,70 (1,35)	3,65 (1,56)
p	0,739*			0,956***		0,851***		0,515*					0,626*				0,287*				0,323*					0,400*		
V12	2,95 (1,84)	3,00 (1,71)	3,16 (1,78)	2,97 (1,77)	3,21 (1,80)	2,97 (1,77)	3,21 (1,80)	3,01 (1,77)	3,23 (1,69)	3,38 (2,00)	1,00 (-)	5,00 (-)	3,06 (1,77)	2,91 (1,76)	2,33 (2,07)	3,60 (1,95)	3,00 (1,79)	3,13 (1,73)	2,33 (2,31)	4,00 (-)	3,30 (1,80)	2,68 (1,75)	2,32 (1,45)	3,58 (1,78)	4,50 (0,71)	3,06 (1,81)	2,94 (1,74)	3,07 (1,80)
p	0,712*			0,475***		0,475***		0,227*					0,633*				0,920*				0,025**					0,898*		
V13	2,00 (1,37)	1,83 (1,29)	1,98 (1,45)	1,91 (1,35)	2,08 (1,42)	1,91 (1,35)	2,08 (1,42)	1,94 (1,37)	2,31 (1,38)	1,00 (-)	1,67 (1,15)	5,00 (-)	2,02 (1,38)	1,59 (1,13)	1,67 (1,63)	2,40 (1,95)	1,98 (1,41)	1,89 (1,23)	1,00 (-)	1,00 (-)	2,00 (1,38)	1,94 (1,41)	1,84 (1,21)	1,83 (1,34)	1,00 (-)	2,00 (1,43)	1,71 (1,26)	2,15 (1,38)
p	0,831*			0,402***		0,402***		0,054*					0,289*				0,495*				0,833*					0,148*		
V14	3,99 (1,40)	4,27 (1,31)	4,44 (1,18)	4,12 (1,36)	4,50 (1,13)	4,12 (1,36)	4,50 (1,13)	4,18 (1,32)	4,54 (1,13)	4,13 (1,46)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	4,17 (1,34)	4,47 (1,11)	4,00 (1,55)	3,40 (1,82)	4,12 (1,39)	4,58 (0,89)	3,33 (2,08)	4,00 (-)	4,34 (1,18)	3,92 (1,51)	4,11 (1,49)	4,58 (0,90)	5,00 (-)	4,17 (1,41)	4,29 (1,26)	4,13 (1,30)
p	0,062*			0,059***		0,059***		0,764*					0,311*				0,174*				0,197*					0,548*		
V15	1,83 (1,31)	1,53 (1,19)	2,06 (1,57)	1,75 (1,30)	1,97 (1,55)	1,76 (1,32)	1,95 (1,51)	1,82 (1,37)	1,92 (1,50)	1,38 (1,06)	1,00 (-)	2,00 (-)	1,75 (1,33)	1,85 (1,37)	1,83 (1,33)	2,60 (2,19)	1,70 (1,29)	2,24 (1,57)	1,00 (-)	1,00 (-)	1,72 (1,31)	1,90 (1,42)	1,58 (1,17)	2,25 (1,71)	1,00 (-)	1,53 (1,19)	2,06 (1,50)	1,80 (1,32)
p	0,155*			0,516***		0,564***		0,518*					0,800*				0,075*				0,491*					0,088*		
V16	1,71 (1,19)	1,48 (1,00)	1,50 (1,11)	1,59 (1,10)	1,53 (1,16)	1,59 (1,10)	1,53 (1,16)	1,52 (1,04)	2,62 (1,61)	1,13 (0,35)	2,00 (1,73)	1,00 (-)	1,64 (1,15)	1,38 (0,99)	1,17 (0,41)	1,80 (1,30)	1,56 (1,11)	1,66 (1,12)	1,00 (-)	3,00 (-)	1,52 (1,08)	1,76 (1,25)	1,58 (1,02)	1,17 (0,39)	1,00 (-)	1,35 (0,83)	1,58 (1,12)	1,87 (1,32)
p	0,217*			0,457***		0,457***		0,022**					0,318*				0,213*				0,431*					0,063*		
V17	4,29 (1,19)	4,45 (1,13)	4,60 (0,99)	4,49 (1,07)	4,18 (1,29)	4,49 (1,07)	4,18 (1,29)	4,43 (1,09)	4,00 (1,73)	4,75 (0,46)	5,00 (-)	5,00 (-)	4,38 (1,18)	4,56 (0,99)	4,33 (0,52)	5,00 (-)	4,47 (1,10)	4,29 (1,25)	4,33 (0,58)	4,00 (-)	4,41 (1,16)	4,38 (1,16)	4,26 (1,15)	4,92 (0,29)	5,00 (-)	4,59 (0,86)	4,50 (0,96)	4,13 (1,48)
p	0,138*			0,083***		0,083***		0,711*					0,183*				0,275*				0,281*					0,504*		
V18	3,20 (1,43) ^a	3,68 (1,32) ^{ab}	4,12 (1,35) ^b	3,68(1,40)	3,29(1,45)	3,68 (1,40)	3,29 (1,45)	3,65 (1,41)	3,62 (1,26)	2,75 (1,75)	3,33 (2,08)	4,00 (-)	3,45 (1,43) ^a	4,29 (1,14) ^b	3,00 (1,26) ^{ab}	4,00 (1,73) ^{ab}	3,56 (1,45)	3,84 (1,26)	3,00 (1,73)	2,00 (-)	3,68 (1,36)	3,65 (1,43)	3,11 (1,59)	3,42 (1,56)	4,50 (0,71)	3,42 (1,37)	3,73 (1,46)	3,67 (1,43)
p	<0,001*			0,065***		0,065***		0,665*					0,001*				0,412*				0,509**					0,176*		
V19	1,45 (1,04)	1,37 (0,90)	1,48 (1,09)	1,42 (0,97)	1,47 (1,16)	1,42 (0,97)	1,47 (1,16)	1,45 (1,01)	1,38 (1,12)	1,00 (-)	1,00 (-)	4,00 (-)	1,41 (0,99)	1,44 (1,02)	1,33 (0,82)	2,00 (1,73)	1,46 (1,02)	1,37 (1,02)	1,00 (-)	1,00 (-)	1,46 (1,02)	1,46 (1,09)	1,42 (1,02)	1,17 (0,39)	1,00 (-)	1,52 (1,11)	1,32 (0,86)	1,46 (1,04)
p	0,950*			0,994***		0,994***		0,101*					0,637*				0,732*				0,948*					0,593*		
V20	1,39 (0,97)	1,33 (0,84)	1,06 (0,31)	1,30 (0,87)	1,21 (0,47)	1,30 (0,87)	1,21 (0,47)	1,27 (0,81)	1,31 (0,48)	1,00 (-)	2,67 (1,53)	1,00 (-)	1,35 (0,90)	1,09 (0,38)	1,00 (-)	1,00 (-)	1,29 (0,82)	1,29 (0,80)	1,00 (-)	1,00 (-)	1,32(0,88)	1,27 (0,77)	1,32 (0,82)	1,08 (0,29)	1,00 (-)	1,30 (0,78)	1,39 (1,02)	1,13 (0,44)
p	0,046**			0,600***		0,600***		0,025**					0,163*				0,871*				0,923*					0,385*		
V21	3,39 (1,42)	3,10 (1,61)	3,44 (1,46)	3,20 (1,49)	3,74 (1,45)	3,19 (1,50)	3,79 (1,42)	3,27 (1,50)	4,00 (1,29)	3,13 (1,55)	2,67 (2,08)	4,00 (-)	3,28 (1,54)	3,38 (1,39)	3,67 (1,37)	3,20 (1,30)	3,35 (1,52)	3,18 (1,43)	4,00 (-)	1,00 (-)	3,41 (1,52)	3,27 (1,52)	2,84 (1,38)	3,33 (1,44)	4,50 (0,71)	3,42 (1,47)	3,45 (1,48)	3,00 (1,53)

p	0,485*			0,030***		0,018***		0,425*					0,927*				0,408*				0,321*					0,105*		
Gestão de Risco	2,74 (0,53)	2,70 (0,53)	2,86 (0,53)	2,75 (0,52)	2,81 (0,57)	2,75 (0,52)	2,82 (0,57)	2,76 (0,54)	2,97 (0,34)	2,45 (0,28)	2,52 (0,55)	3,73 (-)	2,75 (0,52)	2,81 (0,56)	2,55 (0,39)	3,04 (0,87)	2,76 (0,54)	2,81 (0,50)	2,33 (0,34)	2,45 (-)	2,83(0,48)	2,72 (0,63)	2,56 (0,47)	2,77 (0,47)	2,91 (0,13)	2,76 (0,49)	2,79 (0,50)	2,73 (0,62)
p	0,240*			0,482***		0,375***		0,042**					0,489*				0,368*				0,145*					0,903*		

Legenda: V11- Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado; V12 - Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV; V13 - A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV.; V14 - Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV; V15 - Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV; V16 - Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV; V17 - Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas; V18 - Álcool e outras drogas predis põem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais.; V19 - Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV; V20 - Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV; V21 - Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV.

*Teste de Kruskal-Wallis; **Na análise de comparação múltipla, não apareceu diferença entre os grupos estudados

***Teste Mann-Whitney

p-valor em negrito <0,05

De forma geral, na análise da gestão de risco em HIV/aids antes da intervenção, o conhecimento dos alunos universitários foi classificado como insatisfatório nos indicadores: “A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV”; “Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV”; “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV”; “Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV”; e “Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV”. O conhecimento foi classificado como regular nos indicadores: “Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV”; “Álcool e outras drogas predispõem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais”; e “Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV”. Os participantes apresentaram conhecimento satisfatório em relação aos indicadores: “Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado”; “Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV”; e “Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas” (Figura 2).

Imediatamente após a intervenção, o conhecimento dos alunos universitários foi classificado como insatisfatório nos indicadores: “A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV”; “Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV”. O conhecimento foi classificado como regular nos indicadores: “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV”; “Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV”; e “Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV”. Os participantes apresentaram conhecimento

satisfatório em relação aos indicadores: “Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado”; “Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV”; “Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV”; “Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/AIDS e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas” “Álcool e outras drogas predispõem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais”; e “Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV” (Figura 3).

Na análise da gestão de risco em HIV/AIDS três meses após a intervenção, o conhecimento dos alunos universitários foi classificado como insatisfatório no indicador: “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV. O conhecimento foi classificado como regular nos indicadores: “A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV”; “Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV”; “Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV”; e “Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV”. Os participantes apresentaram conhecimento satisfatório em relação aos indicadores: “Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado”; “Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV”; “Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV”; “Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas” “Álcool e outras drogas predispõem a maior exposição

sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais”; e “Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV” (Figura 3).

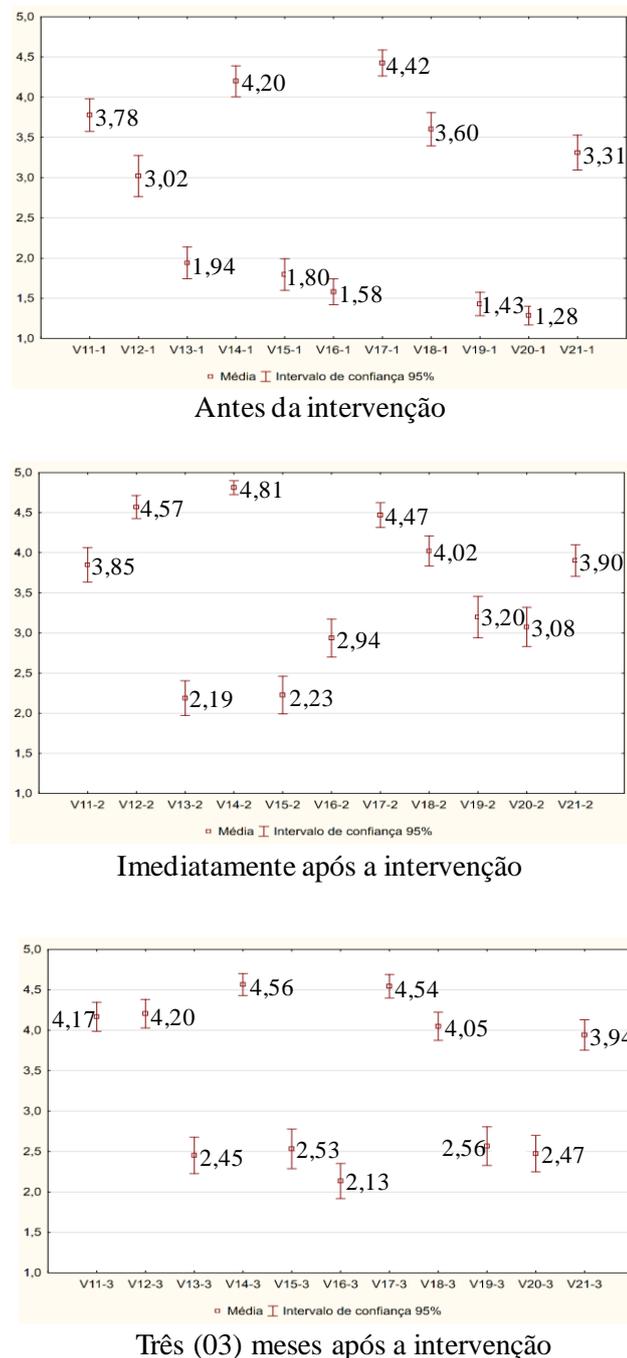


Figura 3 - Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários sobre os indicadores de *gestão de risco* em HIV/aids antes, imediatamente após e três meses após a intervenção, Santa Fé do Sul, SP, 2022.

Legenda: V11- Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado; V12 - Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV; V13 - A higienização

das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV; V14 - Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV; V15 - Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV; V16 - Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV; V17 - Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas; V18 - Álcool e outras drogas predispõem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais; V19 - Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV; V20 - Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV; V21 - Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV.

Na comparação dos indicadores de conhecimento da gestão de risco em HIV/aids entre os três períodos do estudo, verificou-se aumento no conhecimento após a intervenção em todas os indicadores do estudo, exceto nos indicadores “Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado”; “A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV”; “Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas”. Quanto à retenção do conhecimento três meses após a intervenção, houve redução no mesmo nos indicadores “Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV”; “Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV”; “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV”; “Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV”; e “Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV” (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento de alunos universitários em relação à gestão de risco em HIV/aids, segundo estágios de avaliação dos alunos (antes da intervenção – 1ª avaliação; imediatamente após a intervenção – 2ª avaliação; e três meses após a intervenção – 3ª avaliação). Santa Fé do Sul, 2022.

Indicadores	1ª avaliação média(dp)	2ª avaliação média(dp)	3ª avaliação média(dp)	p*
V11- Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	3,78(1,40) ^a	3,85(1,48) ^a	4,17(1,24) ^b	<0,001
V12 - Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV	3,02(1,77) ^a	4,57(1,00) ^b	4,20(1,22) ^c	<0,001
V13 - A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV	1,94(1,36) ^a	2,19(1,50) ^{ab}	2,45(1,56) ^b	<0,001
V14 - Sexo anal receptivo, desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV	4,20(1,32) ^a	4,81(0,60) ^b	4,56(0,93) ^c	<0,001
V15 - Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV	1,80(1,36) ^a	2,23(1,63) ^b	2,53(1,70) ^c	<0,001
V16 - Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV	1,58(1,11) ^a	2,94(1,64) ^b	2,13(1,50) ^c	<0,001
V17 - Pessoas que usam drogas estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas	4,42(1,12)	4,47(1,07)	4,54(1,01)	0,224
V18 - Álcool e outras drogas predis põem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais	3,60(1,42) ^a	4,02(1,29) ^b	4,05(1,20) ^b	<0,001
V19 - Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV	1,43(1,01) ^a	3,20(1,79) ^b	2,56(1,65) ^c	<0,001
V20 - Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV	1,28(0,81) ^a	3,08(1,68) ^b	2,47(1,56) ^c	<0,001
V21 - Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV	3,31(1,50) ^a	3,90(1,35) ^b	3,94(1,29) ^b	<0,001
Gestão de Risco	2,76(0,53) ^a	3,57(0,69) ^b	3,42(0,67) ^c	<0,001

*Teste de Friedman; ^{a, b, c, ab}- letras diferentes significam nível de conhecimento diferente; p-valor em negrito <0,05

Quando ao índice composto da gestão de risco, verificou-se aumento do conhecimento imediatamente após a intervenção e discreta diminuição no conhecimento três meses após a mesma (Figura 4).

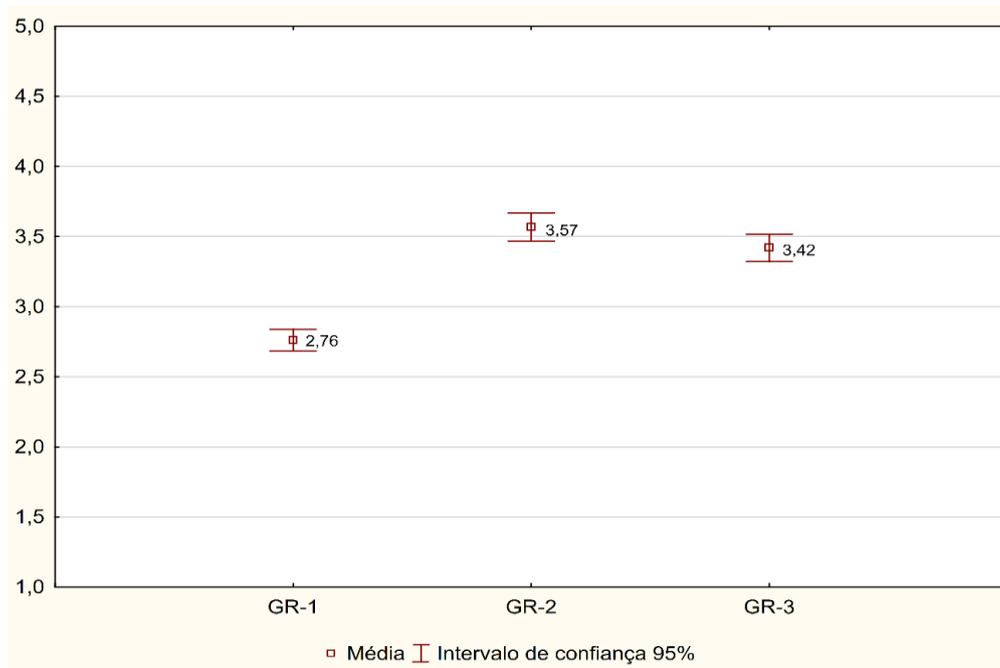


Figura 4 - Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários em relação à gestão de risco em HIV/aids (índice composto) nos três períodos do estudo, Santa Fé do Sul, 2022.

Legenda: GR-1 – conhecimento sobre gestão de risco em HIV/aids antes da intervenção; GR-2 – conhecimento sobre gestão de risco em HIV/aids imediatamente após a intervenção; GR-3 – conhecimento sobre gestão de risco em HIV/aids três meses após a intervenção.

5.3 Análise do conhecimento sobre prevenção combinada

Na análise do conhecimento da prevenção combinada antes da intervenção, há evidências de maior conhecimento dos alunos universitários na idade entre 25 a 57 anos quando comparados aos de 17 a 20 anos em relação aos indicadores “A amamentação é contraindicada para mulheres que vivem com HIV/aids” e “A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha” (Tabela 4).

O conhecimento dos alunos universitários do sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem foi maior em relação ao indicador: “Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção” e do sexo feminino foi maior em relação à “A amamentação é contraindicada para mulheres que vivem com HIV/aids” (Tabela 4). Houve maior conhecimento de casados/em união estável quando comparados a solteiros em relação aos indicadores “Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção” e “A amamentação é contraindicada para mulheres que vivem com HIV/aids” (Tabela 4).

Ao avaliar o conhecimento de prevenção combinada por tipo de curso realizado, encontrou-se maior conhecimento dos alunos de Medicina e Psicologia em relação ao indicador “Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis”. O conhecimento sobre “O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV” foi maior nos alunos de Medicina em comparação aos da Psicologia. Identificou-se ainda maior conhecimento dos alunos de Medicina e Enfermagem em relação aos indicadores “O uso de medicamentos para tratamento do HIV/AIDS faz com que as pessoas alcancem “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se isso se mantiver por pelo menos seis meses”; “Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus – PEP”; “A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, sendo mais eficaz nas duas primeiras horas e deve ser seguida por 28 dias”; “Os SAE são os serviços preferenciais para o acompanhamento da PEP, podendo ser iniciada em serviços de urgência”; “A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha”; e “A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis

prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS”. Este resultado também foi encontrado quando se analisou o índice composto “prevenção combinada” (Tabela 4).

Verificou-se diferença no conhecimento dos alunos universitários em um indicador quando comparou-se a orientação sexual, no entanto, essa diferença não foi perceptível quando aplicou-se a análise de comparação múltipla. O mesmo aconteceu em um indicador quando comparados por religião e em cinco indicadores quando comparados por períodos de realização do curso, no entanto tal diferença não foi perceptível quando aplicou-se a estatística (Tabela 4).

Não há evidências de diferença no conhecimento dos alunos universitários quando comparados entre a raça/cor (Tabela 4).

Tabela 4. Valor médio do conhecimento sobre *prevenção combinada* em HIV/aids antes da intervenção, segundo caracterização dos alunos universitários participantes do estudo. Santa Fé do Sul, SP, 2022.

Indicadores	Faixa etária (anos)			Sexo		Identidade de gênero		Orientação Sexual					Estado civil				Raça/cor				Religião					Curso		
	17 a 20	21 a 24	25 a 57	Feminino	Masculino	Mulher	Homem	Heterossexual	Homossexual	Bissexual	Outro	Assexual	Solteiro	Casado/união estável	Outro	Separado/divorciado	Branca	Parda	Amorela	Preta	Católica	Evangélica	Outra	Espírita	Umbanda/candomblé	Medicina	Enfermagem	Psicologia
V22	4,86 (0,53)	4,88 (0,32)	4,68 (0,91)	4,80 (0,67)	4,89 (0,31)	4,80 (0,67)	4,89 (0,31)	4,80 (0,65)	4,92 (0,28)	4,88 (0,35)	5,00 (-)	5,00 (-)	4,87 (0,45)	4,74 (0,86)	4,83 (0,41)	4,00 (1,73)	4,84 (0,62)	4,74 (0,60)	4,67 (0,58)	5,00 (-)	4,88 (0,42)	4,67 (0,90)	4,95 (0,23)	4,92 (0,29)	5,00 (-)	4,92 (0,27)	4,80 (0,66)	4,70 (0,82)
p	0,483*			0,738***		0,738***		0,935*					0,206*				0,155*				0,451*					0,165*		
V23	3,14 (1,65)	2,92 (1,72)	2,68 (1,68)	2,83 (1,69)	3,39 (1,59)	2,86 (1,69)	3,29 (1,61)	2,96 (1,66)	3,00 (1,87)	2,50 (1,77)	2,33 (2,31)	5,00 (-)	3,03 (1,68)	2,44 (1,58)	3,00 (1,90)	4,00 (1,73)	2,96 (1,65)	2,79 (1,77)	5,00 (-)	1,00 (-)	3,01 (1,68)	2,67 (1,67)	3,58 (1,77)	3,25 (1,42)	1,00 (-)	3,20 (1,58) ^a	2,33 (1,62) ^b	3,39 (1,69) ^a
p	0,321*			0,064***		0,159***		0,618*					0,189*				0,085*				0,075*					0,001*		
V24	2,24 (1,49)	1,63(1,15)	1,82 (1,42)	1,84 (1,34)	2,26 (1,54)	1,84 (1,34)	2,26 (1,54)	1,83 (1,30)	2,85 (1,68)	1,88 (1,64)	2,33 (2,31)	5,00 (-)	1,91 (1,35)	1,79 (1,37)	2,50 (1,76)	2,60 (2,19)	1,97 (1,41)	1,76 (1,26)	2,33 (2,31)	2,00 (-)	1,91 (1,39)	1,89 (1,32)	2,47 (1,71)	1,33 (0,89)	2,50 (2,12)	1,80 (1,33)	2,09 (1,40)	1,89 (1,45)
p	0,023**			0,130***		0,130***		0,077*					0,612*				0,794*				0,268*					0,379*		
V25	4,21 (1,27)	3,95 (1,42)	3,74 (1,50)	3,86 (1,47)	4,53 (0,83)	3,86 (1,47)	4,53 (0,83)	4,02 (1,34)	4,15 (1,52)	2,75 (1,91)	5,00 (-)	5,00 (-)	4,14 (1,31) ^a	3,24 (1,60) ^b	4,67 (0,52) ^{ab}	4,40 (0,89) ^{ab}	4,06 (1,38)	3,82 (1,45)	3,33 (1,15)	4,00 (-)	3,94 (1,40)	4,08 (1,32)	4,53 (0,96)	3,58 (1,78)	1,50 (0,71)	3,83 (1,38)	4,21 (1,27)	3,94 (1,52)
p	0,106*			0,019***		0,019***		0,081*					0,003*				0,275*				0,096*					0,102*		
V26	4,33 (1,41)	4,52 (1,21)	4,60 (1,01)	4,51 (1,19)	4,29 (1,47)	4,51 (1,19)	4,29 (1,47)	4,52 (1,18)	4,23 (1,48)	4,50 (1,41)	2,33 (2,31)	5,00 (-)	4,41 (1,30)	4,65 (1,01)	4,33 (1,63)	4,80 (0,45)	4,49 (1,20)	4,53 (1,25)	3,67 (2,31)	1,00 (-)	4,48 (1,22)	4,40 (1,34)	4,26 (1,48)	4,92 (0,29)	5,00 (-)	4,41 (1,25)	4,73 (0,97)	4,20 (1,48)
p	0,681*			0,565***		0,565***		0,180*					0,771*				0,130*				0,684*					0,014**		
V27	1,75 (1,38)	1,83 (1,51)	2,20 (1,65)	1,89 (1,50)	1,95 (1,52)	1,91 (1,52)	1,84 (1,44)	1,97 (1,54)	1,54 (1,20)	1,50 (1,41)	1,00 (-)	1,00 (-)	1,89 (1,51)	2,06 (1,56)	1,00 (-)	2,00 (1,73)	2,01 (1,59)	1,55 (1,11)	1,00 (-)	1,00 (-)	2,22 (1,64)	1,62 (1,31)	1,53 (1,31)	1,33 (0,89)	3,00 (2,83)	1,97 (1,51)	2,20 (1,70)	1,44 (1,09)
p	0,235*			0,881***		0,770***		0,471*					0,390*				0,3738				0,030**					0,021**		
V28	3,28 (1,70)	3,63 (1,65)	2,92 (1,69)	3,23 (1,70)	3,55 (1,67)	3,24 (1,70)	3,53 (1,66)	3,28 (1,69)	3,38 (1,98)	3,63 (1,69)	2,67 (1,53)	4,00 (-)	3,37 (1,69)	3,09 (1,71)	2,83 (1,72)	3,20 (2,05)	3,35 (1,71)	3,26 (1,61)	1,00 (-)	4,00 (-)	3,32 (1,74)	3,10 (1,69)	3,21 (1,65)	4,08 (1,38)	4,50 (0,71)	3,47 (1,68) ^a	3,74 (1,51) ^a	2,54 (1,69) ^b
p	0,064*			0,274***		0,370***		0,841*					0,699*				0,159*				0,247*					<0,001*		
V29	3,29 (1,77)	3,77 (1,69)	3,58 (1,76)	3,48 (1,77)	3,68 (1,68)	3,49 (1,77)	3,66 (1,66)	3,54 (1,73)	3,23 (1,88)	3,00 (2,14)	4,67 (0,58)	5,00 (-)	3,59 (1,73)	3,56 (1,74)	2,17 (1,83)	3,00 (1,87)	3,56 (1,72)	3,55 (1,80)	1,00 (-)	5,00 (-)	3,41 (1,76)	3,62 (1,72)	3,53 (1,81)	3,58 (1,93)	5,00 (-)	3,92 (1,56) ^a	4,14 (1,41) ^a	2,28 (1,72) ^b
p	0,191*			0,750***		0,924***		0,626*					0,200*				0,104*				0,678*					<0,001*		
V30	3,55 (1,79)	3,63 (1,69)	3,88 (1,61)	3,63 (1,70)	3,82 (1,74)	3,63 (1,70)	3,82 (1,74)	3,65 (1,71)	3,62 (1,71)	3,50 (2,07)	4,67 (0,58)	5,00(-)	3,72 (1,68)	3,79 (1,65)	2,33 (2,07)	2,80 (2,05)	3,76 (1,67)	3,53 (1,80)	1,00 (-)	4,00 (-)	3,87 (1,57)	3,33 (1,85)	3,63 (1,86)	3,75 (1,71)	5,00 (-)	4,05 (1,47) ^a	4,39 (1,24) ^a	2,31 (1,71) ^b
p	0,544*			0,369***		0,369***		0,815*					0,369*				0,092*				0,394*					<0,001*		
V31	3,16 (1,73)	3,68 (1,58)	3,42 (1,81)	3,40 (1,69)	3,39 (1,81)	3,41 (1,69)	3,37 (1,79)	3,50 (1,66)	3,00 (1,96)	2,38 (1,92)	2,00 (1,73)	5,00(-)	3,38 (1,68)	3,65 (1,77)	2,67 (1,86)	3,00 (2,00)	3,42 (1,69)	3,42 (1,80)	2,00 (1,73)	4,00 (-)	3,61 (1,60)	3,21 (1,72)	3,26 (2,00)	3,08 (1,93)	3,00 (2,83)	3,85 (1,51) ^a	3,70 (1,60) ^a	2,48 (1,75) ^b
p	0,232*			0,772***		0,937***		0,182*					0,393*				0,494*				0,714*					<0,001*		
V32	3,70 (1,57)	4,03 (1,46)	4,22 (1,33)	4,06 (1,38)	3,50 (1,80)	4,06 (1,38)	3,50 (1,80)	3,91 (1,49)	4,15 (1,46)	3,75 (1,75)	5,00 (-)	5,00(-)	3,86 (1,55)	4,29 (1,14)	3,17 (1,72)	5,00 (-)	3,89 (1,52)	4,18 (1,33)	3,33 (2,08)	5,00 (-)	3,86 (1,50)	4,16 (1,42)	3,63 (1,71)	3,92 (1,51)	4,50 (0,71)	4,02 (1,49)	4,23 (1,26)	3,52 (1,65)

p	0,129*			0,152***		0,152***		0,404*					0,052*				0,454*				0,518*					0,040**		
V33	2,93 (1,53) ^a	3,00 (1,77) ^{ab}	3,64 (1,72) ^b	3,29 (1,66)	2,58 (1,65)	3,26 (1,67)	2,68 (1,68)	3,06 (1,67)	3,38 (1,76)	4,25 (1,39)	4,67 (0,58)	1,00(-)	2,90 (1,67) ^a	4,21 (1,27) ^b	3,00 (1,79) ^{ab}	3,00 (2,00) ^{ab}	3,08 (1,66)	3,32 (1,73)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	3,09 (1,68)	3,19 (1,72)	3,05 (1,75)	3,17 (1,53)	5,00 (-)	2,79 (1,71)	3,50 (1,60)	3,15 (1,69)
p	0,019*			0,020***		0,060***		0,073*					<0,001*				0,459*				0,554*					0,056*		
V34	2,45 (1,69)	2,02 (1,51)	2,18 (1,67)	2,17 (1,63)	2,50 (1,66)	2,17 (1,63)	2,50 (1,66)	2,18 (1,62)	2,85 (1,72)	1,25 (0,71)	4,33 (1,15)	5,00 (-)	2,31 (1,66)	2,09 (1,64)	2,33 (1,51)	1,00 (-)	2,35 (1,66)	1,87 (1,51)	1,00 (-)	4,00 (-)	2,31 (1,59)	2,06 (1,61)	2,32 (1,83)	2,42 (1,93)	2,50 (2,12)	2,30 (1,58)	2,26 (1,68)	2,13 (1,67)
p	0,310*			0,274***		0,274***		0,012**					0,210*				0,178*				0,882*					0,650*		
V35	3,20 (1,76) ^a	3,70 (1,72) ^{ab}	3,96 (1,70) ^b	3,64 (1,72)	3,29 (1,87)	3,64 (1,72)	3,29 (1,87)	3,60 (1,74)	3,38 (1,98)	3,00 (1,77)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	3,50 (1,76)	3,97 (1,70)	2,17 (1,17)	4,20 (1,79)	3,63 (1,74)	3,61 (1,70)	1,00 (-)	1,00 (-)	3,72 (1,68)	3,51 (1,79)	2,79 (1,96)	3,67 (1,67)	5,00 (-)	3,83 (1,64) ^a	4,00 (1,48) ^a	2,70 (1,91) ^b
p	0,012*			0,400***		0,400***		0,644*					0,034**				0,060*				0,233*					<0,001*		
V36	4,12 (1,39)	4,07 (1,55)	3,98 (1,57)	3,98 (1,53)	4,39 (1,26)	3,98 (1,53)	4,39 (1,26)	4,06 (1,47)	4,54 (1,13)	3,00 (2,14)	4,67 (0,58)	5,00 (-)	4,17 (1,42)	3,71 (1,71)	3,17 (1,83)	4,60 (0,55)	4,15 (1,44)	3,87 (1,55)	2,33 (2,31)	5,00 (-)	4,11 (1,45)	3,97 (1,59)	4,11 (1,49)	4,33 (1,15)	3,00 (2,83)	4,38 (1,27) ^a	4,14 (1,41) ^{ab}	3,59 (1,71) ^b
p	0,874*			0,082		0,082***		0,432*					0,191*				0,233*				0,966*					0,012*		
V37	3,42 (1,72)	3,33 (1,75)	3,42 (1,69)	3,45 (1,67)	3,18 (1,89)	3,45 (1,67)	3,18 (1,89)	3,40 (1,72)	3,15 (1,86)	3,13 (1,81)	4,33 (1,15)	4,00 (-)	3,38 (1,73)	3,32 (1,72)	3,50 (1,97)	4,20 (1,30)	3,53 (1,68)	2,97 (1,79)	2,33 (2,31)	3,00 (-)	3,40 (1,69)	3,30 (1,76)	3,21 (1,90)	3,92 (1,51)	4,50 (0,71)	3,52 (1,72)	3,50 (1,64)	3,11 (1,80)
p	0,975*			0,717***		0,717***		0,831*					0,678*				0,255*				0,809*					0,399*		
V38	3,93 (1,61)	4,17 (1,55)	4,42 (1,33)	4,22 (1,43)	3,82 (1,83)	4,22 (1,43)	3,82 (1,83)	4,20 (1,45)	3,46 (2,03)	4,00 (1,85)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	4,07 (1,57)	4,56 (1,19)	4,17 (1,60)	3,20 (2,05)	4,21 (1,45)	3,89 (1,77)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	4,31 (1,34)	4,03 (1,62)	3,11 (2,05)	4,92 (0,29)	5,00 (-)	4,53 (1,17) ^a	4,36 (1,32) ^a	3,39 (1,87) ^b
p	0,079*			0,505***		0,505***		0,811*					0,105				0,854*				0,062*					<0,001*		
V39	3,93 (1,48)	4,02 (1,55)	4,12 (1,53)	3,94 (1,57)	4,29 (1,25)	3,94 (1,57)	4,29 (1,25)	4,01 (1,50)	4,00 (1,47)	4,00 (1,85)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	4,05 (1,47)	3,91 (1,60)	3,50 (1,97)	4,20 (1,79)	4,04 (1,49)	3,89 (1,59)	3,67 (2,31)	5,00 (-)	4,04 (1,46)	3,73 (1,68)	4,47 (1,02)	4,33 (1,56)	5,00 (-)	4,27 (1,39)	4,11 (1,39)	3,57 (1,71)
p	0,380*			0,405***		0,405***		0,913*					0,803				0,804*				0,199*					0,027**		
Prevenção combinada	3,42 (0,75)	3,49 (0,62)	3,53 (0,69)	3,46 (0,67)	3,52 (0,78)	3,46 (0,67)	3,51 (0,77)	3,47 (0,68)	3,49 (0,73)	3,16 (0,90)	3,67 (0,50)	4,44(-)	3,48 (0,69)	3,50 (0,65)	3,07 (0,90)	3,51 (0,75)	3,51 (0,68)	3,36 (0,72)	2,56 (0,47)	3,56 (-)	3,53 (0,65)	3,36 (0,73)	3,42 (0,78)	3,58 (0,58)	3,89 (0,86)	3,61 (0,57) ^a	3,69 (0,65) ^a	3,02 (0,68) ^b
p	0,726*			0,372***		0,434***		0,453*					0,633				0,102*				0,692*					<0,001*		

Legenda: V22 - preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada; V23 - Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis; V24 - Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV; V25 - Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção; V26 - O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV, sífilis e das hepatites B e C; V27 - Atualmente é possível realizar o autoteste para HIV; V28 - O uso de medicamentos para tratamento do HIV/aids faz com que as pessoas alcancem “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se isso se mantiver por pelo menos seis meses; V29 - Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus - Profilaxia Pós Exposição (PEP); V30 - A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, sendo mais eficaz nas duas primeiras horas e deve ser seguida por 28 dias; V31 - Os serviços ambulatoriais de atenção especializada em HIV e Aids (SAE) são os serviços preferenciais para o acompanhamento da PEP, podendo ser iniciada em serviços de urgência; V32 - Mulher grávida em tratamento para o HIV tem risco diminuído de passar o vírus para o filho; V33 - A amamentação é contra indicada para mulheres que vivem com

HIV/aids; V34 - Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - Profilaxia Pré Exposição (PrEP); V35 - A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha; V36 - O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV; V37 - Ofertar insumos para uso individual de drogas constitui uma estratégia para reduzir os riscos de transmissão do HIV; V38 - A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS; V39 - Prevenção Combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV.

*Teste de Kruskal-Wallis; **Na análise de comparação múltipla, não apareceu diferença entre os grupos estudados

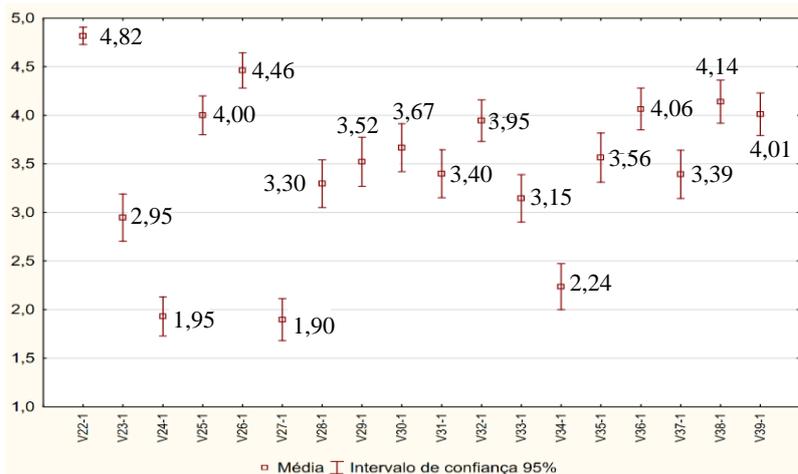
***Teste Mann-Whitney

p-valor em negrito <0,05

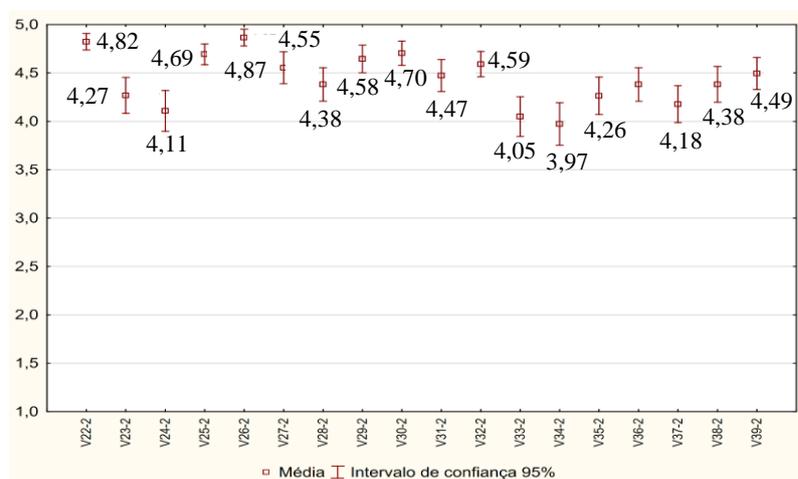
De modo geral, na análise da prevenção combinada antes da intervenção, o conhecimento dos alunos universitários foi classificado como insatisfatório nos indicadores: “Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV”; “Atualmente é possível realizar o auto teste para HIV”; e “Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - PrEP”. O conhecimento foi classificado como regular nos indicadores: “Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis”; “O uso de medicamentos para tratamento do HIV/AIDS faz com que as pessoas alcancem “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se isso se mantiver por pelo menos seis meses”; “Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus - PEP”; “A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, sendo mais eficaz nas duas primeiras horas e deve ser seguida por 28 dias”; “Os SAE são os serviços preferenciais para o acompanhamento da PEP, podendo ser iniciada em serviços de urgência”; “A amamentação é contra indicada para mulheres que vivem com HIV/aids”; “A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha”; e “Ofertar insumos para uso individual de drogas constitui uma estratégia para reduzir os riscos de transmissão do HIV”. Os participantes apresentaram conhecimento satisfatório em relação aos indicadores: “preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada”; “Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção”; “O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV, sífilis e das hepatites B e C”; “Mulher grávida em tratamento para o HIV tem risco diminuído de passar o vírus para o filho”; “O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV”; “A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis prevenidas pela vacinação, disponível

pelo SUS”; e “Prevenção Combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV” (Figura 4).

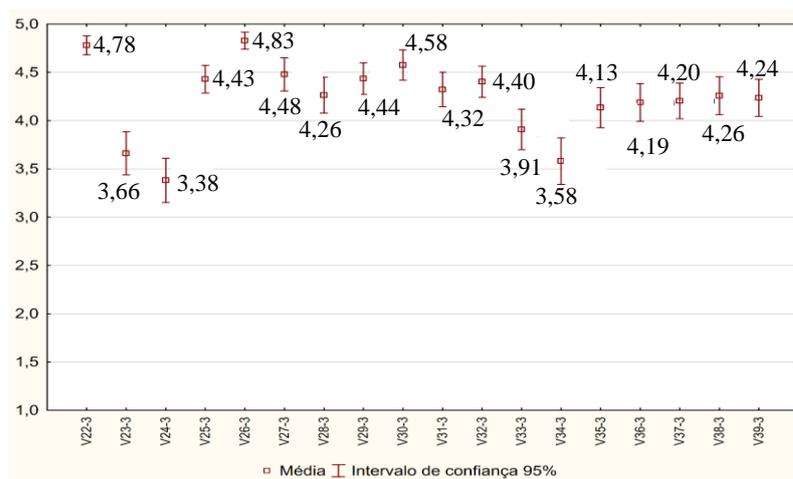
Todos os indicadores foram considerados satisfatórios imediatamente após a intervenção e três meses após a intervenção, todos os indicadores foram considerados satisfatórios, com exceção de três considerados regulares: “Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis”; “Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV”; e “Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - PrEP” (Figura 5).



Antes da intervenção



Imediatamente após a intervenção



Três (03) meses após a intervenção

Figura 5 - Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários sobre os indicadores de *prevenção combinada* em HIV/aids antes, imediatamente após e três meses após a intervenção, Santa Fé do Sul, SP, 2022.
Legenda: V22 - preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada; V23 - Preservativo não é o único método para

prevenção das infecções sexualmente transmissíveis; V24 - Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV; V25 - Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção; V26 - O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV, sífilis e das hepatites B e C; V27 - Atualmente é possível realizar o autoteste para HIV; V28 - O uso de medicamentos para tratamento do HIV/aids faz com que as pessoas alcancem “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se isso se mantiver por pelo menos seis meses; V29 - Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus - Profilaxia Pós Exposição (PEP); V30 - A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, sendo mais eficaz nas duas primeiras horas e deve ser seguida por 28 dias; V31 - Os serviços ambulatoriais de atenção especializada em HIV e Aids (SAE) são os serviços preferenciais para o acompanhamento da PEP, podendo ser iniciada em serviços de urgência; V32 - Mulher grávida em tratamento para o HIV tem risco diminuído de passar o vírus para o filho; V33 - A amamentação é contra indicada para mulheres que vivem com HIV/aids; V34 - Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - Profilaxia Pré Exposição (PrEP); V35 - A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha; V36 - O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV; V37 - Ofertar insumos para uso individual de drogas constitui uma estratégia para reduzir os riscos de transmissão do HIV; V38 - A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS; V39 - Prevenção Combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV.

Na comparação dos indicadores de conhecimento da prevenção combinada entre os três períodos do estudo, verificou-se aumento no conhecimento após a intervenção em todos os indicadores do estudo, exceto nos indicadores “Preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada”; “O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV”; e “A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS”. Quanto à retenção do conhecimento três meses após a intervenção, houve redução no mesmo nos indicadores “Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis”; “Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV”; “Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção”; “Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus - Profilaxia Pós Exposição (PEP)”; “Mulher grávida em tratamento para o HIV tem risco diminuído de passar o vírus para o filho”; “Pessoas com alto grau de exposição ao HIV

podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - Profilaxia Pré Exposição (PrEP)”; e “Prevenção Combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV” (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimento de alunos universitários em relação à prevenção combinada, segundo estágios de avaliação dos alunos (antes da intervenção – 1ª avaliação; imediatamente após a intervenção – 2ª avaliação; e três meses após a intervenção – 3ª avaliação). Santa Fé do Sul, 2022.

Variáveis	1ª avaliação média(dp)	2ª avaliação média(dp)	3ª avaliação média(dp)	P
V22 - Preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada	4,82(0,61)	4,82(0,59)	4,78(0,67)	0,773
V23 - Preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis	2,95(1,68) ^a	4,27(1,28) ^b	3,66(1,54) ^c	<0,001
V24 - Gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV	1,93(1,39) ^a	4,11(1,46) ^b	3,38(1,58) ^c	<0,001
V25 - Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção	4,00(1,39) ^a	4,69(0,74) ^b	4,43(0,99) ^c	<0,001
V26 - O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV, sífilis e das hepatites B e C	4,46(1,25) ^a	4,87(0,60) ^b	4,83(0,60) ^b	<0,001
V27 - Atualmente é possível realizar o autoteste para HIV	1,90(1,50) ^a	4,55(1,14) ^b	4,48(1,19) ^b	<0,001
V28 - O uso de medicamentos para tratamento do HIV/aids faz com que as pessoas alcancem “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se isso se mantiver por pelo menos seis meses	3,30(1,69) ^a	4,38(1,19) ^b	4,26(1,28) ^b	<0,001
V29 - Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV após o risco de contato com o vírus - Profilaxia Pós Exposição (PEP)	3,52(1,75) ^a	4,65(0,98) ^b	4,44(1,13) ^c	<0,001
V30 - A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, sendo mais eficaz nas duas primeiras horas e deve ser seguida por 28 dias	3,67(1,71) ^a	4,70(0,87) ^b	4,58(1,08) ^b	<0,001
V31 - Os serviços ambulatoriais de atenção especializada em HIV e Aids (SAE) são os serviços preferenciais para o	3,40(1,71) ^a	4,47(1,14) ^b	4,32(1,24) ^b	<0,001

acompanhamento da PEP, podendo ser iniciada em serviços de urgência				
V32 - Mulher grávida em tratamento para o HIV tem risco diminuído de passar o vírus para o filho	3,95(1,48) ^a	4,59(0,90) ^b	4,40(1,12) ^c	<0,001
V33 - A amamentação é contra-indicada para mulheres que vivem com HIV/aids	3,15(1,68) ^a	4,05(1,42) ^b	3,91(1,45) ^b	<0,001
V34 - Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento de forma contínua, antes de fazer sexo com outras pessoas - Profilaxia Pré Exposição (PrEP)	2,24(1,63) ^a	3,97(1,52) ^b	3,58(1,67) ^c	<0,001
V35 - A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha	3,56(1,75) ^a	4,26(1,34) ^b	4,13(1,44) ^b	<0,001
V36 - O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais também reduz as chances de infecção pelo HIV	4,06(1,49)	4,38(1,20)	4,19(1,35)	0,066
V37 - Ofertar insumos para uso individual de drogas constitui uma estratégia para reduzir os riscos de transmissão do HIV	3,39(1,72) ^a	4,18(1,31) ^b	4,20(1,27) ^b	<0,001
V38 - A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS	4,14(1,53)	4,38(1,28)	4,26(1,35)	0,159
V39 - Prevenção Combinada faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV	4,01(1,51) ^a	4,49(1,14) ^b	4,24(1,33) ^a	<0,001
Prevenção combinada	3,47(0,69) ^a	4,43(0,60) ^b	4,23(0,67) ^c	<0,001

*Teste de Friedman; ^{a, b, c} - letras diferentes significa nível de conhecimento diferente; p-valor em negrito <0,05

Quando ao índice composto da prevenção combinada, verificou-se aumento do conhecimento imediatamente após a intervenção e discreta diminuição no conhecimento três meses após a mesma (Figura 6).

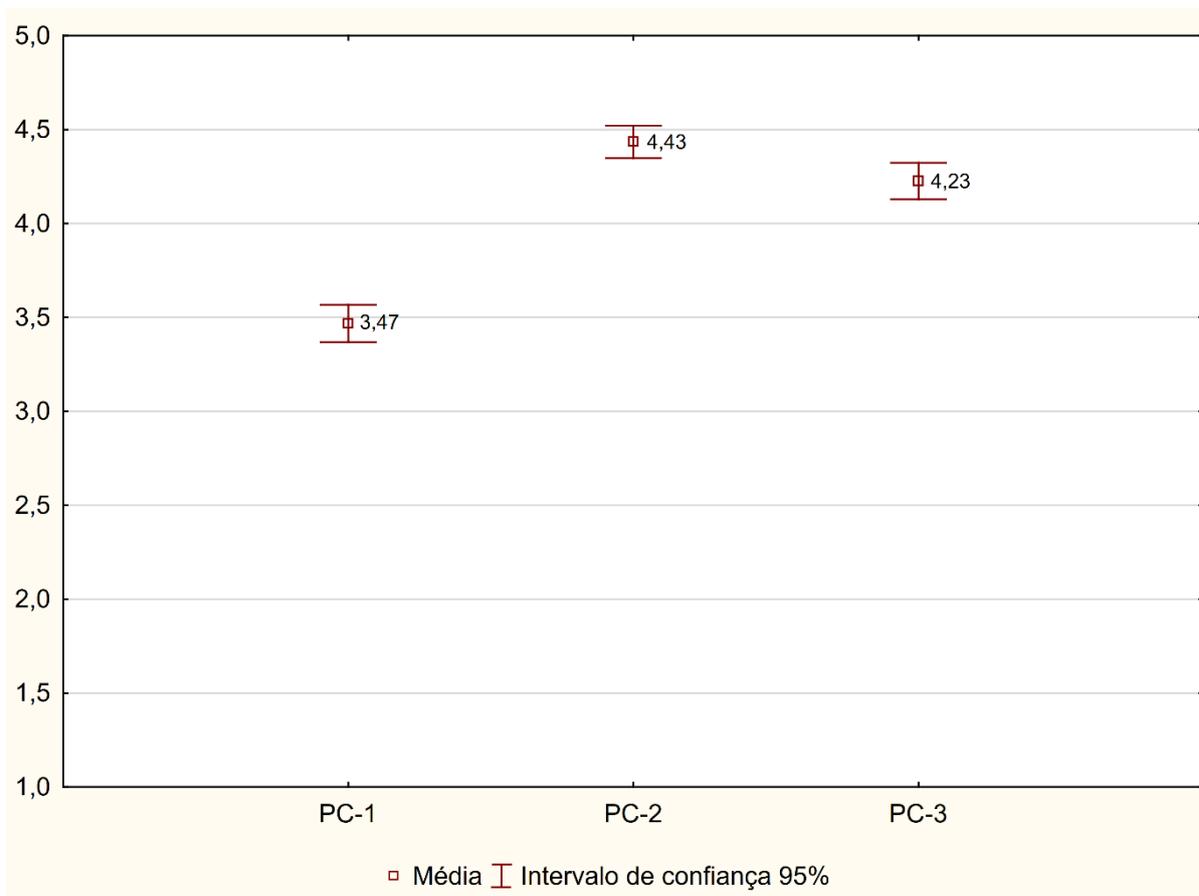


Figura 6 - Box plot das médias e intervalos de confiança do conhecimento de alunos universitários em relação à prevenção combinada (índice composto) nos três períodos do estudo, Santa Fé do Sul, 2022.

Legenda: PC-1 – conhecimento sobre prevenção combinada antes da intervenção; PC-2 – conhecimento sobre prevenção combinada imediatamente após a intervenção; PC-3 – conhecimento sobre prevenção combinada três meses após a intervenção.

6 DISCUSSÃO

A convivência com o HIV/AIDS durante as últimas quatro décadas culminou em grandes avanços, principalmente, no que tange ao tratamento, com cuidados específicos como à tomada diária de medicamentos, exames de rotina e comprometimento na autogestão do cuidado, acarretando na supressão da carga viral e, conseqüentemente, na redução da transmissibilidade do vírus e da taxa de mortalidade, que contribuíram consideravelmente para a qualidade de vida e longevidade dos sujeitos, configurando a cronicidade da doença. Tal cronicidade representa uma maior expectativa de vida, no entanto, carrega em si a ideia de menor importância atribuída à noção de morte,²⁶⁻²⁸ e mudanças na percepção do tempo para preocupações imediatas, o que certamente tornou a gestão do risco mais complexa.²⁹

Considerando que gerenciar risco é um processamento cognitivo, no qual avaliações são realizadas pela pessoa para decidir sobre a escolha que tomará de se prevenir ou não, em função do conhecimento sobre o agravo e os modos de prevenção,³⁰ é necessário inicialmente perceber-se em risco.

O conceito de risco no que se refere ao HIV/aids está muito longe de ser um evento matemático, associado a ideia de probabilidade, ou seja, as chances de um determinado evento vir a acontecer. No contexto individual, os riscos podem estar relacionados a fatores intrínsecos (genéticos, etário e de gênero, por exemplo) e a fatores comportamentais.³¹

No entanto, na concepção antropológica, o risco é socialmente construído a partir das verdades e ou incertezas construídas nas sociedades e que não implicam em concordância ou discordâncias únicas e absolutas, estando em constante (re) construção. Esses valores são organizados em sistemas complexos adquiridos pela socialização ou aculturação e que determinarão se os comportamentos são aceitáveis ou não,³² definidos conforme acordos

estratégicos de convivência nas interações sociais.³³ Através dessa percepção sobre o mundo é que o homem lida com o risco, filtrando-o por meio de (re) significados socioculturais.³⁴

Desta forma, entende-se que os resultados encontrados neste estudo perpassam tanto as questões do conhecimento, bem como aspectos culturais e de vivência experimentados pelos sujeitos durante o seu percurso de vida.

Encontrou-se no estudo, antes da intervenção, conhecimento insatisfatório com relação aos indicadores de gestão de risco referente à “A higienização das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV”; “Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV”; “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV”; “Circuncisão contribui na prevenção da infecção pelo HIV”; e “Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV”

Chama atenção o fato de que estratégias de gestão de risco ligadas a higiene pessoal não se configuram como prevenção para a população estudada, reafirmando a ideia de que as pessoas constroem noções de riscos de várias formas, de acordo com a particularidade social de cada ser ou de seus grupos sociais, ou seja, a importância dada a alguns riscos em detrimento de outros está relacionada ao processo sociocultural e que raramente tem a ver como o caráter objetivo dos riscos.²⁹

Assim, este resultado pode refletir a negação de que simples medidas de higiene podem impedir a aquisição da doença. A falta de representatividade de que essa medida simples de higiene se configura como uma forma de gestão de risco é tão marcante que foi possível observar neste estudo que, mesmo após a intervenção, o conhecimento relacionado a esses indicadores manteve-se insatisfatório, indicando a necessidade de reforço constante das orientações dialógicas corretas acerca das medidas preventivas, ancoradas no saber científico.

O conhecimento insatisfatório apresentado quanto à circuncisão como uma das formas de prevenção também pode estar relacionados a não vivência dessa prática no cotidiano cultural de um país ocidental como o Brasil. Embora a circuncisão masculina seja uma das intervenções médicas mais antigas realizada por três motivos principais: religioso ou cultural, tratamento de patologias ou medida profilática (impedir ou evitar risco de transmissão de doença), na realidade, ainda se trata de um procedimento muito mais comum em culturas por motivos religiosos (judaísmo e islamismo) do que como um procedimento cirúrgico que possa ser recomendado para fins médicos.³⁵

Estudos realizados na Uganda e Kenya evidenciaram após 24 meses de acompanhamento uma menor incidência do HIV em grupos de pessoas circuncidadas do que no grupo que não realizou essa intervenção cirúrgica. O risco relativo de infecção pelo HIV em homens circuncidados foi evidenciado como fator de proteção, o que correspondeu a uma redução no risco de adquirir uma infecção pelo HIV de 53%.³⁶⁻³⁷

Encontrou-se neste estudo maior conhecimento dos universitários na idade entre 25 a 57 anos quando comparados aos de 17 a 20 anos em relação ao indicador “Álcool e outras drogas predis põem a maior exposição sexual as IST, HIV/AIDS e hepatites virais”. Este indicador também teve conhecimento maior no grupo de casados/união estável quando comparados ao grupo dos solteiros.

Também foi verificado que os universitários na idade entre 25 a 57 anos tinham maior conhecimento sobre prevenção combinada quando comparados aos de 17 a 20 anos em relação aos indicadores “A amamentação é contraindicada para mulheres que vivem com HIV/aids” e “A PrEP não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha”.

A associação entre menores índices de conhecimento sobre prevenção do HIV em indivíduos jovens também foi verificada em outros estudos.³⁸ Considerando os dados

epidemiológicos da HIV e sua prevalência na população jovem, o baixo nível de conhecimento dessa população pode contribuir como fator associado ao alto percentual de casos de nessa faixa etária, fazendo com que esse grupo esteja sob risco acrescido de infecção pelo HIV/aids.³⁹

Para além do baixo nível de conhecimento dos jovens quanto à associação de álcool e droga a maior exposição sexual HIV/aids, deve-se considerar a falta de percepção de risco e até mesmo a negação deste risco com essas substâncias comumente vivenciados no ambiente universitário.

Alguns estudos têm sido realizados no Brasil para um diagnóstico sobre o abuso ou dependência de álcool em estudantes, particularmente nas regiões Sudeste e Sul.^{40 41 42 43} Estudo realizado em universidades de Alagoas encontrou uma alta periodicidade de consumo de álcool pelos universitários especialmente entre os homens, entre os quais 42% relataram beber pelo menos uma vez por semana.⁴⁴ Este estudo também evidenciou a desinformação sobre a aids mais frequente entre os que abusavam de álcool, o que potencializa riscos, uma vez que o abuso de álcool correlaciona-se com práticas sexuais não seguras, como evidenciado na literatura científica.^{45 46 47}

Neste estudo também foi possível identificar um conhecimento precário com relação ao indicador “Não ejaculação interna durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV”, evidenciando a hegemonia da cultura masculina da sociedade, influenciada pelo imaginário social que enfoca a sexualidade do homem no órgão sexual, como ao tamanho do pênis e na importância do coito, sendo a ejaculação vista como uma prova de virilidade.⁴⁸

Estudo realizado por Silva e Iriart,⁴⁹ a respeito dos conflitos e interrogações sobre aspectos da sexualidade e saúde masculina encontrou na percepção dos participantes que a ejaculação interna traz sensação de sexo 'original', remetendo a imagem do esperma à

"ejaculação interna dentro da mulher", à fecundação e que este ato traduz ideias de "cumplicidade", "intimidade" e até mesmo "risco".

Os padrões de masculinidade impostos colocam o homem numa posição superior em que desde a infância são estimulados a serem "machões", sendo o sexo um importante aspecto da masculinidade, podendo ser até definidor do conceito na cultura ocidental, onde ser homem significa ser ativo em vários contextos, tendo como um dos principais sê-lo no ato sexual.⁵⁰

No entanto, características associadas à masculinidade podem se apresentar como barreiras para a prevenção, como a heterossexualidade masculina cuja crença de imunidade à infecção pelo HIV se faz presente.⁵¹ Ademais, Leal, Knauth e Couto⁵² ressaltam que os homens heterossexuais tem sido invisibilizados no campo da prevenção ao HIV, sendo excluídos tanto das intervenções como da produção científica sobre HIV. Os estudos sobre estes os colocam no papel de transmissores ativos e não como agentes ativos da prevenção.

A associação da doença com determinados grupos ainda domina o imaginário social proporcionado pela forte presença da mídia no início da epidemia e o fato da doença ter afetado algumas celebridades homossexuais, sendo a aids ainda é vista como uma doença distante da identidade sexual dos homens heterossexuais. Estudo realizado para avaliar as circunstâncias e estratégias por meio das quais os homens que se identificam como heterossexuais descobrem o diagnóstico do HIV encontrou que eles se consideram imunes ao HIV, sendo o diagnóstico um evento inesperado. As mulheres (parceiras afetivo-sexuais e/ou ex-parceiras) são peças fundamentais para o diagnóstico masculino, pois revelam, seja pelo pré-natal, seja pelo adoecimento, a presença do HIV. Uma parcela importante dos homens se descobriu soropositivo por ocasião de alguma doença, como a tuberculose, ou após várias idas e vindas dos serviços de saúde. A busca pela testagem de forma espontânea só acontece mediante a identificação de situações e sinais associados a uma possível contaminação.⁵¹

O fato de não se sentirem vulneráveis ao HIV associado ao conceito de que o HIV está presente somente na população homossexual distancia esse público também das outras estratégias de prevenção existentes. Corroborando com esta afirmação, os resultados deste estudo mostraram conhecimento insatisfatório referente ao uso de microbicidas durante a relação sexual para prevenir o HIV e quanto ao papel do gel lubrificante como uma estratégia de prevenção combinada. Embora não tenha verificado diferença estatisticamente significativa no conhecimento dos universitários quando se comparou à orientação sexual; estas estratégias de gestão de risco são mais frequentemente usadas em relações homoafetivas, principalmente no sexo anal receptivo. É possível observar que as estratégias de gestão de risco não são divulgadas de forma homogênea a toda população, ficando sob domínio de conhecimento de grupos específicos que tem conhecimento destas por colocá-las em prática com mais frequência por perceber e experimentar o risco de forma distinta.

Se por um lado é necessário redobrar os esforços da prevenção nos grupos considerados população chave (Homens que fazem sexo com homens, Trans, entre outros) para que seja alvo das ações dado a maior prevalência da doença nesta população, por outro lado, tem-se que privilegiar grupos mais afetados pela epidemia pode contribuir para invisibilizar segmentos mais vulneráveis ou ainda fazer com que certos grupos não se identifiquem com o HIV/aids.⁵³

Este estudo também verificou que o conhecimento dos universitários do sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem foi maior em relação ao indicador: “Práticas sexuais não penetrativas reduzem os riscos para a transmissão do HIV”, o que pode estar associado à alusão de práticas sexuais como masturbação e sexo oral, que corroborando com a masculinidade hegemônica já discutida, é vivenciada ou mais explicitada pelos homens em detrimento às mulheres.

Nesta sociedade “homem centrada”, a sexualidade da mulher é neutralizada desde a infância onde as meninas são orientadas a não manifestar seus desejos, vontades e prazeres, sendo restritas de exercerem a própria sexualidade com autonomia de seus corpos, proibidas então de se masturbarem ou falarem sobre isso como se expressar a sexualidade fosse algo errado para mulheres. Masturbar é um comportamento muito incentivado nos meninos, mas para as meninas está ainda relacionado à punição.⁵⁴

Estudo de revisão breve acerca da sexualidade feminina e da masturbação e prazer nas mulheres evidenciou a escassez da literatura em relação aprendizado da mulher sobre sexualidade, especialmente a respeito da masturbação, apontando que temática ainda não é aceita, mesmo dentro da área científica. Quando existe uma educação sexual ela é voltada para o uso de camisinha e prevenção às IST.⁵⁵

Com base nestes resultados e ancorados pela literatura, reflete-se na necessidade de se repensar as estratégias de prevenção sob a luz das masculinidades; uma vez que a socialização e as normas de gênero podem impactar de forma significativamente negativa o comportamento dos homens, desde a forma como se relacionam até como cuidam da própria saúde.⁵⁶

Encontrou-se maior conhecimento com relação ao indicador “A amamentação é contraindicada para mulheres que vivem com HIV/AIDS” entre os universitários casados/em união estável e do sexo feminino, embora o conhecimento tenha sido considerado regular entre as mulheres. Acredita-se que o conhecimento maior de mulheres acerca da amamentação pode também estar associado às diferenças existentes entre a relação conhecimento/gênero, uma vez que amamentar faz parte do constructo feminino, presente no imaginário da menina desde a infância quando se brinca de boneca. Desta forma, preocupações sobre a maternidade e conseqüentemente sobre amamentação são mais

vivenciadas pelas mulheres e parece fazer mais sentido quando se está em uma união estável em que se busca ou se espera por esta outra fase da vida.

Ainda entre os universitários casados/em união estável encontrou-se conhecimento maior referente à “Testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção” quando comparados a solteiros. Embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa, também foi encontrado conhecimento satisfatório nos universitários casados/em união estável com relação ao indicador “Risco de transmissão do HIV é reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado”.

Os relacionamentos estáveis, caracterizados por relações fixas, trazem consigo a sensação de estabilidade e acordos de fidelidade que, permeados pela confiança, o comprometimento e o sentimento de paixão, acabam resignificando o risco das relações sexuais e, portanto, a diminuição do uso de prevenção. Desta forma, é comum observar que quando ocorre a transição de relacionamentos casuais para mais estáveis, uso de preservativo como prática de prevenção ao HIV pode se tornar inconsistente, tendendo a progredir para o abandono da utilização de preservativos sem que haja para isso uma negociação ou acordos prévios. A testagem regular dos parceiros tende a ser uma boa opção para esses casos como uma forma de proteção.⁵⁷

Para Rios et al.,³⁰ a testagem do HIV é quase uma norma que, apoiada pelas políticas de prevenção, funcionaria como uma garantia de definição de status em relação ao HIV ou estaria ligada a uma comprovação de fidelidade ou a uma maneira de reparar um dano após uma exposição de risco. Talvez isso se reflita em virtude de que as outras estratégias de prevenção combinada sejam pouco divulgadas, principalmente nos espaços de sociabilidade, já que o que se percebe é que ainda se limitam a divulgação e distribuição de camisinhas e a oferta de testagem em casos de falha no uso do preservativo.³⁰

No que se refere ao conhecimento insatisfatório com relação aos indicadores de prevenção combinado antes da intervenção, encontrou-se neste estudo baixo nível de conhecimento de novas formas de prevenção como o auto teste para o HIV e a disponibilização da PrEP. Tal resultado reflete que, embora se discuta às estratégias globais de prevenção, o avanço obtido através da inserção destas ainda é incipiente quanto à divulgação de outros métodos de prevenção como os biomédicos, por exemplo.

Os programas de educação sexual e de prevenção ainda se configuram na ênfase do uso do preservativo, entendido como fundamental nas práticas de prevenção do HIV, por meio de um discurso normativo. Isto impõe que a sua utilização deva ser considerada e estabelecida, independentemente da vontade ou de qualquer dificuldade de cada indivíduo que possa por acaso contrariar a adoção desse método,⁵⁸ estimando que essas informações sejam capazes de mudar hábitos.⁵⁹

No presente estudo, o indicador “Preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e evitar gravidez não planejada” teve conhecimento satisfatório e elevado (próximo à media 5) em todas as fases da pesquisa, reforçando que o discurso acerca do preservativo masculino como método de prevenção do HIV e outras ISTs é amplamente divulgado através de campanhas e diversas políticas públicas que enfatizam a importância de se divulgar tal método em espaços escolares, visando garantir o desenvolvimento de uma vida sexual segura e saudável. O intuito dessas ações é tornar a camisinha mais presente nos contextos sexuais e sugerir-la como melhor maneira de prevenção para as pessoas consideradas sexualmente ativas.⁵⁸⁻⁵⁹

Mesmo com políticas públicas e educação sexual voltadas para os adolescentes no campo da prevenção, o que se indica é que eles são limitados quanto ao conhecimento de outros métodos de prevenção, já que os discursos se pautam sempre na camisinha. Além disso, as intervenções que seriam necessárias para fortalecer a divulgação de outras estratégias

não são ofertadas com base no respeito de diversidades de identidade de gênero e de orientação sexual.⁵⁷

O reforço da manutenção da normatização do preservativo no cenário da prevenção também é verificado por parte de alguns profissionais e serviços de saúde também, uma vez que ainda há uma descredibilidade de que outras estratégias previstas na prevenção combinada podem se configurar como forma de interromper a circulação da transmissão do HIV, conforme previsto nas estratégias de prevenção combinada.⁶⁰

Ainda que considerada como um recurso estratégico de prevenção combinada do HIV com alto potencial protetor, o baixo conhecimento sobre a PrEP também foi verificado em outros estudos realizados por Szwarcwald et al.,⁶¹ Kerr et al.,⁶² Sperhake et al.,⁶³ Uma das contribuições para a falta de informação a respeito dessa estratégia pode estar associada aos serviços de saúde que se limita em disseminar informações sobre essa profilaxia, receosos em banalizar seu uso e em estimular o abandono do preservativo. De acordo com Kauss,⁶⁴ é possível ainda que exista uma percepção pessoal dos profissionais de saúde, que culpabilizam os indivíduos que procuram por esse método, através do julgamento atrelado a irresponsabilidade por não cuidarem de si mesmo.⁵⁷

Cabe a reflexão de que, quando se trata em prevenção, existem no cenário prático os formuladores de políticas, especialistas em conhecimento biomédico que operam com base na confiança que depositam seus participantes e usuários, propagando conhecimentos técnicos válidos para além do campo imediato de suas atuações. Por outro lado, há sujeitos que gerenciam seus próprios riscos e manejam comportamentos por meio de relação complexa de crenças, desejos e sentido. Desta forma, nas relações de poder estabelecidas entre sujeitos e os formuladores de políticas a consciência do risco nem sempre se alinhará às normas outorgadas pelas instituições de saúde.⁶⁵

Uma vez que o gerenciamento de risco está intimamente ligado ao reconhecimento do risco, é necessário pensar estratégias que promovam o fornecimento de informações de forma diferenciada, com o enfoque no sujeito, motivando-o a utilizar a própria autonomia na busca de comportamento adequado.

A informação em saúde é o passo primordial para subsidiar a estruturação do conhecimento e o incremento do saber.⁶⁶ De acordo com Bateson,⁶⁷ a informação em saúde é “[...] uma diferença que faz a diferença”; é tudo o que for capaz de transformar estruturas e vir a ser conhecimento para ação.

No entanto, observa-se um hiato entre possuir a informação e usar efetivamente essa informação⁶⁸ na adoção de comportamentos sexuais mais seguros, caracterizado por uma ausência da reflexão da consciência no processo de uso da informação⁶⁸⁻⁶⁹ na vida cotidiana, diante do contexto do HIV/aids.

Desta forma, a informação em saúde só produz efeito quando o sujeito lhe infunde significado, torna sentido e gera conhecimento. O conhecimento em saúde constitui um elemento crucial na adoção de comportamentos e práticas sexuais protetoras, posto que melhores níveis de conhecimento estimulam demandas por informações a respeito de prevenção e autocuidado e facilitam a compreensão das formas de transmissão e de risco referentes à infecção pelo HIV.³⁸

Assim, o conhecimento em saúde torna-se capaz de influenciar sobremaneira as decisões preventivas dos indivíduos, suas atividades de autocuidado, a promoção da sua própria saúde e, como consequência, comportamentos de adesão às recomendações médicas e a promoção da literacia em saúde,⁷⁰ com vistas a produzir benefícios e bem-estar para o indivíduo e para a sociedade em que este vive.⁶⁶

Considerando a importância do conhecimento em saúde para maior autonomia dos sujeitos com relação ao manejo dos riscos, é evidente a necessidade de refletir sobre o

vínculo existente entre a informação e a conjuntura sociocultural do usuário, pensando em estratégias de divulgação das informações em saúde preventiva que considere o público alvo em todas as suas dimensões sociais.³⁸

As campanhas de prevenção as IST/AIDS, embora importantes, não têm sido estratégias de divulgação de informações satisfatórias, sobretudo, entre os jovens,⁷¹ que buscam fontes de informações mais fáceis e ágeis, como a internet e outras mídias sociais. Para tanto, são necessárias ações de educação em saúde com Metodologias que desconstruam crenças, valores e atitudes negativas sobre a doença, e proporcionem interações que promovam comportamentos positivos em relação às práticas sexuais saudáveis e seguras.²⁹

A educação em saúde constitui-se em uma estratégia de divulgação de informação permeado por espaço de construção e difusão de conhecimentos por meio de uma abordagem transdisciplinar levando em consideração as subjetividades e as singularidades da vida na esfera individual e coletiva. Faz parte deste processo, atuar junto ao conhecimento dos indivíduos, dando subsídios para que se tornem participantes ativos do processo de cuidar e possibilita mudanças de comportamento em relação à saúde, tendo o indivíduo como o seu público alvo articulando conhecimentos populares e técnicos, como também mobilizando recursos (comunitários e institucionais, privados e públicos), que permitam a mudança social.⁷²

O enfoque na educação em saúde faz com que os indivíduos tenham maior clareza nas ações e assertividade nas escolhas, mesmo que em determinadas situações como aspectos culturais, regionais, crenças ou situações de saúde específicas sejam respeitadas, o conhecimento sempre evolui e o reflexo prático é inerente.⁷³

Nesse sentido é possível perceber que as intervenções de educação e saúde possibilitam aumento de conhecimento e direciona as pessoas a agirem de uma forma mais assertiva, inclusive levando-se em conta outros aspectos tais como, religião, cultura, uso de

álcool e drogas, pois a abordagem educacional contribuí para o aumento da responsabilidade individual quanto ao tema e suas consequências, de forma que a ampliação de ações educacionais e intervenções teóricas pelo Estado tem como consequência prática a construção de uma sociedade mais responsável e coesa no que tange a forma de agir diante das situações abordadas.¹⁸

O conhecimento disseminado norteia e emancipa a sociedade, que passa a agir de forma mais autônoma e assim possibilita prevenção e ações mais eficazes no combate a transmissão do HIV.¹⁸

Embora tenham sido escolhidos cursos da saúde para avaliar o conhecimento sobre prevenção e gestão de risco para o HIV/AIDS, observou-se diferença no conhecimento entre os cursos, identificando maior conhecimento dos alunos de Medicina e Enfermagem em relação aos alunos de Psicologia. Tal resultado pode estar relacionado à grade curricular dos cursos, pois de acordo com as abordagens dos cursos de enfermagem e medicina em relação a temática, as ações de prevenção em IST/AIDS acontece na disciplina de Saúde Coletiva dos referidos cursos, no qual é abordada a teoria em sala de aula, e a parte prática ocorre de acordo com o cronograma que é construído na pactuação entre a Integração ensino/serviço. Abrangend vários segmentos do município como: escolas (Programa Saúde na Escola), CREAS, CRA (Centro de Referência e Apoio à Criança e Adolescente), campanhas e também um programa da prefeitura municipal cujo nome é “Domingo Com Você,”em que são realizadas diversas ações em parceria com os cursos.

Em todos os espaços são desenvolvidas ações educativas de prevenção, orientação e diagnóstico de ISTs. As atividades desenvolvidas oferecem aos alunos oportunidades de ensino voltadas para educação e promoção da saúde da comunidade em geral. Por ser uma temática transversal poderia ser discutida em outras disciplinas como a Saúde do Adulto, SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem), teoria de gerenciamento, ginecologia e

clínica médica e IESC (Integração Ensino Serviço e Comunidade). Já na grade curricular do curso de psicologia não são contempladas a temática IST/aids.

A integração ensino/serviço configura-se como uma ferramenta nas ações de educação em saúde na prevenção do HIV/aids. No entanto, na realidade ainda é incipiente a integração entre políticas públicas de saúde e o ensino/serviço, que mesmo após os avanços, a efetivação desta integração tem um longo caminho a ser percorrido, ou seja, um desafio a ser superado para que as ações sejam plenas e atinjam o objetivo central.

Pensando em uma forma de superar esta distância entre as políticas públicas e a integração ensino/serviço e com o objetivo de subsidiar informações que geram conhecimento aos universitários tanto para instrumentalizá-los tecnicamente enquanto futuros profissionais de saúde quanto para permitir gerenciamento de seus próprios riscos; a partir deste estudo, foi pactuado junto à coordenação do Centro Universitário, a implantação da educação em saúde sobre prevenção de HIV/AIDS de forma contínua através da disciplina de saúde coletiva do curso de Enfermagem (primeiro termo). Pretende-se expandir a ação aos outros cursos da universidade, instituindo esta ação no plano de ensino institucional.

Como fruto desta ação, foi proposta, neste semestre, uma ação de extensão entre pares, em que os alunos do curso de Enfermagem que estão realizando aulas práticas em saúde coletiva foram em todas as salas do “primeiro ano” de todos os cursos de graduação, e através uma de roda de conversa foi levado ao conhecimento sobre a Prevenção Combinada do HIV, assim como, saneamento de eventuais dúvidas e distribuído autoteste de HIV para aqueles alunos que estiveram dispostos em adquiri-los.

Outras estratégias de integração ensino/serviço sob a perspectiva da prevenção do HIV podem ser adotadas nas universidades como a divulgação da prevenção combinada durante a semana de recepção dos calouros, por exemplo. Ainda, a formação de grupos de extensão ou ligas acadêmicas formadas pelos próprios universitários, com cronograma anual instituído

para espaços de *stands* de prevenção (fornecimento de preservativos, autotestes, folders informativos), além de estratégias para abordar essa temática dentro dos eventos já instituídos, como semana da enfermagem, semana da psicologia, dentre outros, configurando-se como educação em pares, apoiados e capacitados pelo Programa Municipal de Aids.

Este estudo objetivou avaliar o conhecimento e a retenção deste conhecimento antes e após uma intervenção caracterizada por uma educação em saúde. A análise dos dados permitiu identificar que na comparação dos indicadores de conhecimento da gestão de risco do HIV/AIDS e da prevenção combinada entre os três períodos do estudo, houve aumento do conhecimento dos universitários, após a intervenção educativa na maioria dos indicadores. Quando ao índice composto da gestão de risco, verificou-se aumento do conhecimento imediatamente, após a intervenção e discreta diminuição no conhecimento três meses após a mesma.

De acordo com Henssen,⁷⁴ o conhecimento passa por três fases distintas: na primeira, o sujeito sai de si; na segunda, está fora de si, em contato com o objeto, impregnando-se de suas propriedades; e, na terceira, reentra em si mesmo, enriquecido das propriedades do objeto. Desse modo, retrata um ciclo ou processo de aprendizado, construído de forma processual. Verificam-se, então, particularidades inerentes ao aproveitamento e à absorção do conhecimento no referido processo de aprendizagem, por exemplo, o reconhecimento da lógica e do pertencimento que justificam a decisão de apreender algo e poder se modificar a partir disso.

A partir desse pensamento e com base nos resultados aqui encontrados, foi possível validar a hipótese deste estudo quanto à efetividade da ação de intervenção por meio da exposição dialogada. O impacto da ação de intervenção foi evidenciado pelo aumento de conhecimento satisfatório tanto em gestão de risco quanto em prevenção combinada

verificado imediatamente após a intervenção quanto, também, após três meses, demonstrando conhecimento assimilado.

Desta forma, o conhecimento individual preexistente pode ser modificável e construído ao longo da vida e processo de aprendizagem, sendo capaz de influenciar a prática de prevenção, proteção ou aquisição do HIV/aids. Embora a obtenção do conhecimento não seja garantia de comportamentos seguros, compreende-se que o processo de obtenção do conhecimento visa instrumentalizar as pessoas com recursos cognitivos que os habilitem ao uso metódico e competente da razão e discernimento sobre o HIV/aids e medidas preventivas mediante a adoção de práticas sexuais seguras.

Torna-se importante discutir que, no atual contexto, é necessário repensar a educação em saúde e buscar novas metodologias que além de subsidiar com conhecimentos científicos, tragam sentido a vida de cada um que é envolvido por estas ações. Sendo assim, diversas estratégias podem ser utilizadas para o desenvolvimento de canais de comunicação com os, tais como: oficinas; rodas de conversas; cine-debates; ações interativas; simulações realísticas e, sobretudo, ações de educação em saúde, que possibilitem a troca de informações e experiências entre a população e pessoas habilitadas para mediarem à construção desses conhecimentos, dando-lhes vez e voz na expressão do seu modo de ver e sentir o meio em que vive.⁷⁵

Ao pensar novas formas de divulgação de informações sobre HIV/AIDS que melhor dialoguem com o público deve-se considerar a nova realidade de comunicação dominada pelo âmbito virtual, constituída pela Cibercultura, em que existe uma valorização da informação em quantidade, fluidez e velocidade até então inimagináveis, rompendo barreiras geográficas, com mudanças incontroláveis, que aumentam a tendência das pessoas se reunirem em grupos sociais que compartilham interesses comuns.⁷⁶

As grandes plataformas de mídias digitais (Facebook, Instagram e Twitter) e os aplicativos de relacionamento têm se configurado como importantes meios para a busca de novas parcerias e como espaço privilegiado de interação social, socialização e sociabilidade entre pessoas com vínculo afetivo-sexual e entre amigos próximos ou distantes geograficamente. Associadas a isso, estas redes sociais têm sido ferramentas para o protagonismo de mobilização política por meio do compartilhamento de informações e trocas de experiências sobre o HIV/ AIDS, particularmente entre jovens.⁷⁶

O acesso a estas plataformas é desmedido. O Instagram se apresenta como uma comunidade virtual muito forte no país, com atualmente 113, 5 milhões de usuários ativos em 2023, sendo 31% dos usuários brasileiros entre 25 e 34 anos. Brasileiros gastam cerca de três horas e 30 minutos todos os dias em plataformas sociais. O Brasil fica em segundo lugar no ranking de usuários desta rede, perdendo apenas para os EUA.⁷⁷

Entre essas novas tecnologias da Cibercultura destaca-se também o podcast que se configura por meio de um arquivo de áudio que pode ser combinado com vídeo para a abordagem de temáticas variadas.⁷⁸ Cada arquivo de áudio do podcast é chamado de episódio e deve possuir um tempo relativamente pequeno para se obter maior adesão dos ouvintes, cujas informações abordadas alcançam a comunidade com uma Metodologia que ultrapassa a informação textual⁷⁹ e podem ser publicados em plataformas virtuais de distribuição, como Spotify e Castbox, com acesso gratuito à população.⁸⁰

Desta forma, essas redes sociais configuram-se atualmente como um importante meio de diferentes formas de aprendizagens do HIV/AIDS. Na contramão do campo científico que possui termos e explicações de difícil compreensão para leigos e privilegia a visão biologicista da síndrome, descrevendo apenas seu caráter epidemiológico, sintomático e seus métodos de tratamento; a comunicação nas redes sociais proporciona um acesso rápido e fácil ao conhecimento. Isto por meio de uma lógica que pressupõe uma comunicação direta com

todos, trazendo uma linguagem objetiva e de fácil compreensão e incorporando discursos de outros campos sobre o vírus, como o campo religioso ou o campo político (discutindo sobre a formulação de políticas públicas para o tratamento e para a prevenção), dando espaço para que outros atores como representantes dessas áreas, intelectuais e pessoas que vivem com o vírus para publicarem sobre a sua rotina e a sua relação com o estigma e a discriminação.

Apesar da robustez dos resultados apresentados, algumas limitações devem ser mencionadas. Entre as limitações deste estudo, observa-se a dificuldade de coleta de dados no que se refere à participação dos universitários em todas as fases do estudo, sendo que alguns responderam apenas uma vez o formulário. Aqueles que participaram da intervenção e não responderam as três fases e outros que não participaram da intervenção e responderam as três fases, podendo acarretar em viés de informação. Também vale apontar que, embora o instrumento de coleta de dados possa ter proporcionado um parâmetro eficaz para mensurar o nível de conhecimento, este não se apropriou de elementos que definem a sexualidade humana e suas vulnerabilidades.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Diante do exposto neste estudo, conclui-se que, antes da intervenção, o maior conhecimento dos universitários sobre gestão de risco foi encontrado entre aqueles do sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem, na idade entre 25 a 57 anos e entre os casados/em união estável. Também se conclui que antes da intervenção, o maior conhecimento sobre prevenção combinada foi encontrado entre universitários sexo masculino e que se identificavam com o gênero homem, na idade entre 25 a 57 anos, e entre os casados/em união estável e nos alunos que cursavam Medicina e Enfermagem.

Encontrou-se que a intervenção educativa exerceu uma considerável influência nos níveis de conhecimento dos universitários, verificando-se aumento no conhecimento sobre gestão de risco e prevenção combinada, após a intervenção em quase todos os indicadores do estudo e uma discreta diminuição no conhecimento três meses, após a mesma, mantendo-se satisfatória na maioria dos indicadores.

Neste sentido, este trabalho traz subsídios para o fortalecimento de estratégias educativas em saúde em diversos contextos e, principalmente, dentro das universidades, que possibilitem o protagonismo, propiciando o desenvolvimento de conhecimentos contextualizados, críticos e reflexivos sobre a temática. Visam o empoderamento para a tomada de decisões que possam reduzir seus próprios riscos, bem como, no seu preparo profissional para a realização de ações educativas voltadas à população, enquanto alunos em estágios, aulas práticas e também após a sua formação profissional.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Pereira ECL, Santos AAG, Sá AO, Silva IV, Cunha-Filho MAA, Oliveira JR. Jovens universitários da área da saúde são vulneráveis ao HIV. *TEMPUS* [periódico na Internet]. 2018 Jan [acesso em 2013 Abr 23];11(2):41-52. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2355/1792>
2. Bossonario PA, Ferreira MRL, Andrade RLP, Sousa KDL, Bonfim RO, Saita NM, et al. Risk factors for HIV infection among adolescents and the youth: a systematic review. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 2022 Out [acesso em 2023 Jun 14];30(Spec.):e3696. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9647917/pdf/1518-8345-rlae-30-spe-e3697.pdf>
3. Paiva V, Antunes MC, Sanchez MN. O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. *Interface Comum Saúde Educ* [periódico na Internet]. 2020 Jan./Dez. [acesso em 2013 Abr 23];24:e180625. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SbJ4wW39xzdCHT5gnDnwxCG/?format=pdf&lang=en>
4. Souza FMA. Conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids: uma abordagem da Ciência da Informação. Tese [doutorado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2020.
5. Galvão JMV, Costa ACM, Galvão JV. Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS. *Rev Enferm UFPI* [periódico na Internet]. 2020 Jan./Mar. [acesso em 2013 Abr 23];6(1):4-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/423/402>
6. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2020 [Acesso em: 14 mai. de 2021];54:41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WkRVZRqRqy438XxmVTrzxn/?format=pdf&lang=en>
7. Stephanou AT, Delatorre MZ, Dias ACG. Opiniões sobre contracepção e comportamento sexual em jovens universitários do sul brasileiro. *Psicol Teor Prát* [periódico na Internet]. 2020 Set./Dez. [acesso em 2013 Abr 23];22(3):115-36. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v22n3/pt_v22n3a04.pdf
8. Fonte VRF, Spindola T, Lemos A, Francisco MTR, Oliveira CSR. Knowledge and perception of risks related to sexually transmissible infections among young university students. *Cogit Enferm (Online)* [periódico na Internet]. 2018 Jan [acesso em 2023 Jun 14];23(3):e55903. Disponível em: DOI: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v23n3/en_1414-8536-ce-23-3-e55903.pdf
9. Gomes RRFM, Ceccato MGB, Kerr LRFS, Guimarães MDC. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 Out. [acesso em 2023 Jun 15];33(10):e00125515. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kh8sS5QRnhG8NDzdzHcXxc/?format=pdf&lang=pt>

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
11. Vieira GN, Ferreira LM, Sousa RJA, Costa AGS, Figueiras LA, Almeida YS. O HIV/AIDS entre os jovens no Brasil: revisão integrativa da literatura, Health Biosci [periódico na Internet]. 2021 Abr [acesso em 2023 Jun 15];2(1):16-30. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/healthandbiosciences/article/view/32460/23328>
12. Gutierrez EB, Pinto VM, Basso CR, Spiassi AL, Lopes MEBR, Barros CRS. Factors associated with condom use in young people - A population-based survey. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2019 Jan./Dez. [acesso em 2013 Abr 23];22:e190034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/MTQGXDZZHgRdMZnPrW69cJk/?format=pdf&lang=en>
13. Spindola T, Santana RSC, Costa CMA, Martins ERC, Moerbeek NT, Abreu TO. It won't happen: college students' perception of sexual practices and vulnerability to sexually transmitted infections. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2020 Ago [acesso em 2023 Jun 15];28:e49912. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49912/35428>
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [homepage na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 Jun 15]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV ;[aproximadamente 52 p.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
16. Kunguma O, Pelsler A, Tanyi P, Muhame C. Social and structural vulnerability as a barrier in HIV and/or AIDS communication campaigns: Perceptions of undergraduate students at a South African tertiary institution. Jamba. 2018;10(1):407.
17. Hosek S, Pettifor A. HIV Prevention Interventions for Adolescents. Current HIV/AIDS Reports [Internet] 2019. [Acesso em: 28 fev. de 2021]; 16(1):120-128. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11904-019-00431-y>
18. Miranda AE, Freitas LS, Leal MRP, Lopes MAA, Pereira FM. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [periódico na Internet]. 2021 Jan. [acesso em 2023 Jun 15];30(N. Esp.):e2020611. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/4PN8LTxznTgSGZwnvVrvYFH/?format=pdf&lang=pt>
19. Almeida AM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Rev Port Saúde Pública [periódico na Internet]. 2005 Jan./Jun [acesso em 2023 ago.29];23(1):91-6. Disponível em:

- https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf
20. Lima SMM, Picanço Júnior FR, Carvalho EW, Honorato LGF, Honorato MM. Níveis de prevenção em saúde e correlações com a gestão e competências da atenção primária. *Ciênc Saúde [periódico na Internet]*. 2022 Set [acesso em 2023 ago 29];(11):[aproximadamente 27 telas]. Disponível em: <https://revistaft.com.br/niveis-de-prevencao-em-saude-e-correlacoes-com-a-gestao-e-competencias-da-atencao-primaria/>
 21. Martins GB. Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2020.
 22. Fernandes I, Bruns MAT. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do hiv/aids. *Rev Bras Sex Hum [periódico na Internet]*. 2021 Jun [acesso em 2023 Set 13];32(1):60-7. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916/868
 23. Lucas MCV, Böschemeier AGE, Souza ECF. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. *Physis (Rio J.) [periódico na Internet]*. 2023 [acesso em 2023 Set 13];33:[aproximadamente 25 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/M8zKMJsfMBSPbXgnDVMQtnk/?format=pdf&lang=pt>
 24. Calazans GJ, Parker R, Terto Junior V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. *Saúde Debate [periódico na Internet]*. 2022 Dez [acesso em 2023 Ago 30];46 (Esp. 7): 207-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qr9cptjJJgsCKJzQnJtJ4bw/?format=pdf&lang=pt>
 25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
 26. Cecilio HPM, Oliveira DS, Apostolidis T, Dany L, Oliveira DC. Perspectiva temporal, status socioeconômico e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. *RSD [periódico na Internet]*. 2020 Jun [acesso em 2023 Set 12];9(8):e148985451. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5451/4600>
 27. Hipólito RL, Oliveira DC, Cecilio HPM, Marques SC, Flores PVP, Costa TL, Lima FO. Qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e suas relações multifatoriais. *RSD [periódico na Internet]*. 2020 Apr [acesso em 2023 Set 12];9(7):e82973749. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3749/2883>
 28. França LCM, Gomes AMT, Nogueira VPF, Mercês MC das, Couto PLS. A espiritualidade para pessoas que vivem com o HIV/Aids: uma análise da abordagem processual das representações sociais. *RSD [periódico na Internet]*. 2020 Jul [acesso em 2023 Set 12];9(8):e443985903. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5903/5024>

-
29. Shimizu HE. Representações sociais acerca do HIV/aids e a gestão de riscos em tempos de cronificação da doença. RSD [periódico na Internet]. 2021 [acesso em 2023 Set 8];10:e257101018357. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/18357/16800/232226>
30. Rios LF, Albuquerque AP, Santana W, Pereira AF, Oliveira Junior CJ. O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens. Sex Salud Soc (Rio J.) [periódico na Internet]. 2019 Maio/Jun [acesso em 2023 Set 12];(32):65-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/ktDQyXN4sThvtvqcPkryfgd/?format=pdf&lang=pt>
31. Baral S, Logie CH, Grosso A, Wirtz AL, Beyrer C. Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. BMC Public Health. 2013;13:482.
32. Couto, M. E se Obama fosse Africano? E outras interinvenções. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
33. Moreira LR, Dumith SC, Paludo SS. Condom use in last sexual intercourse among undergraduate students: how many are using them and who are they? Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2018 Maio [acesso em 2023 Set 12];23(4):1255-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GVzjxHqTYd83TXZVFVFTdVvj/?format=pdf&lang=en>
34. Romero ROG. Fatores socioestruturais e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV em jovens: análise subsidiada pelos elementos do Modelo Social Ecológico Modificado [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2022.
35. Carvalho e Campanella S, Campanella C. Circuncisão masculina de menores para fins não terapêuticos ou médicos. J² J Jur [periódico na Internet]. 2023 Jun [acesso em 2023 Set 12];6(1):5-18. Disponível em: <https://revistas.ponteditora.org/index.php/j2/article/view/703/734>
36. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet. 2007;369(9562):643-56.
37. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet. 2007;369(9562):657-66.
38. Souza FMA, Munõz IK, Possas CA, Wendland EMDR, Bessel M, Pinto FKA. Prática informacional no contexto do HIV: Análise espacial do conhecimento acerca de estratégias de prevenção. RICI R Ibero-amer Ci Inf [periódico na Internet]. 2021 Jan [acesso em 2023 Set 12];14(1):70-91. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/29596/28762>
39. UNAIDS [homepage na Internet]. Geneva: © Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2010 [acesso em 2023 Set 12]. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies 10 to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper [aproximadamente 36 p.].

- Disponível em:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
40. Barros MSMR, Costa LS. Alcohol consumption between students. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [periódico na Internet]. 2019 Ago [acesso em 2023 Set 12];15(1):4-13. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161503/155444>
 41. Silva DA, Pereira Junior RJ, Gomes CFM, Cardoso JV. Envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias por estudantes universitários. *Rev Cuidarte* [periódico na Internet]. 2019 Maio [acesso em 2023 Set 12];10(2):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/641/1308>
 42. Pires ITM, Farinha MG, Pillon SC, Santos MA. Uso de Álcool e outras Substâncias Psicoativas por Estudantes Universitários de Psicologia. *Psicol Ciênc Prof* [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2023 Set 9];40:e191670. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/9svpjDvj66gJz7zWCCkfcWz/?format=pdf&lang=pt>
 43. Fagundes LC, Paz CJR, Freitas DA, Barbosa HA, Soares WD. Consumo de álcool entre universitários na cidade de Montes Claros - MG. *Arq Catarin Med* [periódico na Internet]. 2020 Out [acesso em 2023 Set 9];49(3):12-2. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/561/435>
 44. Pedrosa AAS, Camacho LAB, Passos SRL, Oliveira RVC. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 Ago [acesso em 2023 Set 12];27(8):1611-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hSVTvsKvhNcDXh6Y8tXC5Cg/?format=pdf&lang=pt>
 45. Rehm J, Probst C, Shield KD, Shuper PA. Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Popul Health Metr*. 2017;15(1):4.
 46. Berry MS, Johnson MW. Does being drunk or high cause HIV sexual risk behavior? A systematic review of drug administration studies. *Pharmacol Biochem Behav*. 2018;164:125-38.
 47. Fernandes SS, Benzano D, Paz AF, Ornell F, Kessler FHP, Schuch JB, et al. Fatores associados à exposição ao HIV em usuários de álcool. *Clin Biomed Res* [periódico na Internet]. 2023 Maio [acesso em 2023 Set 12];43(1):95-9. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/262844/001171275.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 48. Massa VC. Masculinidades e juventudes na prevenção combinada frente ao HIV/aids: um estudo sobre risco/vulnerabilidade e contexto assistencial de homens jovens que buscam profilaxia pós-exposição sexual (PEPSexual) em cinco cidade [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.
 49. Silva LAV, Iriart JAB. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. *Interface Comum Saúde Educ* [periódico na Internet]. 2010 Out/Dez [acesso em 2023 Set 9];14(35):739-52. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/icse/a/nMhxxm3Rx44MvLV9StFGXmN/?format=pdf&lang=pt>
50. Passos GF, Ramos MM, Cerqueira-Santos E. Masculinidade, práticas sexuais e uso de preservativo em homens. *Bol Acad Paul Psicol.* 2022;42(103):145-54.
 51. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL, Pilecco FB, Leal AF. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2020 [acesso 2023 Ago 30];36(6):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7514/16669>
 52. Leal AF, Knauth DR, Couto MT. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(Suppl 1):143-55.
 53. Fleming PJ, DiClemente RJ, Barrington C. Masculinity and HIV: Dimensions of Masculine Norms that Contribute to Men's HIV-Related Sexual Behaviors. *AIDS Behav.* 2016;20(4):788-98.
 54. Ressel LB, Junges CF, Sehnem GD, Sanfelice C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2011 Jun [acesso em 2023 Set 12];15(2):245-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TWkXbZDxcGtKLRHhNqngwTb/?format=pdf&lang=pt>
 55. Dallarosa AR. O controle social exercido sobre a masturbação feminina. In: Rodrigues Jr OM, Zeglio C, Vaccari VL, Levatti GE, organizadores. *Estudos em Sexualidade.* São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade; 2020. p. 54-64.
 56. Rivera A, Scholar J. (2020). Traditional Masculinity: A Review of Toxicity Rooted in Social Norms and Gender Socialization. *Adv Nurs Sci* [periódico na Internet]. 2020 Jan/Mar [acesso em 2023 Set 12];43(1):[aproximadamente 10 telas]. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2020/01000/traditional_masculinity__a_review_of_toxicity.10.aspx
 57. Martins GB, Pinheiro TF, Ferraz D, Grangeiro A, Zucchi EM. Use of HIV prevention methods and contexts of the sexual practices of adolescent gay and bisexual men, travestis, and transgender women in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet] 2023 [acesso em 2023 Set 12];39(Sup 1):e00161521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Rk4FJ45vm3gRMr4frZ5CRnk/?format=pdf&lang=en>
 58. Pinheiro TF. *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.
 59. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Jun [acesso em 2023 Ago 30];42(Suppl 1):45-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HrWN86BQ6NQgrH3HMf7TL3r/?format=pdf&lang=en>
 60. Monteiro SS, Brigeiro M, Villela WV, Mora C, Parker R. Challenges facing HIV treatment as prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing. *Ciênc Saude Colet.* 2019;24(5):1793-807.

61. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza-Júnior PRB, Guimarães MDC, Almeida WDS, Souza Ferreira AP, et al. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1S Suppl 1):S54-S61.
62. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1S Suppl 1):S9-S15.
63. Sperhackle RD, Motta LR, Kato SK, Vanni AC, Paganella MP, Oliveira MCP, et al. HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1S Suppl 1):S25-S31.
64. Kauss BS. A implementação da profilaxia pós-exposição na perspectiva dos trabalhadores da linha de frente. In: Leite V, Terto VJ, Parker R, organizadores. *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA; 2018. p. 75-80.
65. Mathias A, Santos LA, Grangeiro A, Couto MT. HIV risk perceptions and post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in five Brazilian cities. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2021 Nov [acesso em 2023 Ago 30];26(11):5739-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t7LVydvR9Vjqzbp9KSYqSP/?format=pdf&lang=en>
66. Barreto AA. A condição da informação. *São Paulo Perspec* [periódico na Internet]. 2002 Jul [acesso em 2023 Set 12];16(3):67-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/5Q85NCzRFvJ8BLjdd54jLMv/?format=pdf&lang=pt>
67. Bateson G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books; 1972.
68. Choo CW. *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2003.
69. Gasque KCGD. Arcabouço conceitual do letramento informacional. *Ci Inf* [periódico na Internet]. 2010 Dez [acesso em 2023 Ago 30];39(3):83-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ci/a/9L8b38v48WBQSQVRX63BMsw/?format=pdf&lang=pt>
70. Alentejo ES. Qualidade da informação em saúde mediada pelas bibliotecas universitárias no Brasil e na Alemanha. *RICI* [periódico na Internet]. 2016 Jun [acesso em 2023 Set 12];9(2):565. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/2431/2167>
71. Hoyos-Hernández PA, Mazo JPS, Pineda LTO, Gallego AL, Ceballos MG, Muñoz TO. Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saude Soc*. 2019;28(2):227-38.
72. Conceição DS, Viana VSS, Batista AKR, Alcântara ASS, Eleres VM, Pinheiro WF, et al. A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. *Braz J Develop* [periódico na Internet]. 2020 Ago. 20 [acesso em 2023 Set 12];6(8):59412-6. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15195/12535>

-
73. Stoltz EM. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stoltz EM. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p.11-22.
74. Henssen J. Teoria do Conhecimento. 4^a ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
75. Ramos FBP, Carvalho IM, Filho WPS, Nunes PS, Nóbrega MM. A educação em saúde como ferramenta estratégica no desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do HIV: um relato de experiência. REAS [periódico na Internet]. 2019 Mar [acesso em 2023 Set 12];(19):e509. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/509/307>
76. Jesus A. As publicações de HIV/aids nas redes sociais: um estudo netnográfico no Instagram [tcc]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Museu da Vida; 2020.
77. Kemp S [homepage na Internet]. Singapore: Kepios; 2023 [acesso em 2023 Ago 30]. Digital 2023 Global Overview Report [aproximadamente 97 telas]. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>
78. Freitas MG, Teixeira, BO, Teixeira AB. A utilização de podcasts como ferramenta facilitadora no processo de ensino e aprendizagem nas monitorias de imunologia. In: Conexão Unifameto. XV Semana Acadêmica; 2019 nov 30; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Centro Universitário Fameto – Unifameto; 2019.
79. Gomes RMCM, Alencar MP, Santos MJMN, Silva RS, Messias JB, Florêncio MS. Café com Saúde: Podcast como Ferramenta de Ensino nos Cursos de Saúde. In: Congresso sobre Tecnologias na Educação (ctrl+e), 4. , 2019, Recife. Anais [...]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação; 2019 . p. 155-163
80. Bragé EG, Ribeiro LS, Ramos DB, Fialho IR, Rocha DG, Busatto C, et al. Desenvolvimento de um podcast sobre saúde mental na pandemia de COVID-19: Um relato de experiência. Braz J Health Rev. 2020;3(4):11368-76.
- .
- .

Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário:		Responsável pela coleta de dados: _____
Local da coleta:		
Data da entrevista: ___/___/_____		
Data da digitação: ___/___/_____		
I. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS		
1.	Iniciais	
2.	Idade	
3.	Data Nascimento	
4.	Sexo Biológico	() Feminino () Masculino () Intersexo
5.	Identidade de gênero	() Mulher () Homem () Transexual () Travesti () Não Binário
6.	Orientação sexual	() Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Assexual () Outro _____
7.	Estado civil	() Solteiro () Casado/União estável () Separado/Divorciado () Viúvo () Outro _____
8.	Raça/cor	() Branco(a) () Preto(a) () Indígena () Amarelo(a) () Pardo(a) () Não sabe
9.	Religião	() Católica () Evangélica () Espírita () Ubanda/Candomblé () Outra _____
10.	Curso	
11.	Período	
II. CONHECIMENTO SOBRE GESTÃO DE RISCO		
Respostas: 1 – Discordo completamente; 2 – Discordo parcialmente; 3 – Não discordo e nem concordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo completamente; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe		
12.	O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado.	
13.	Relações sexuais desprotegidas em períodos menstruais aumentam a chance de transmissão do HIV.	
14.	A higiene das regiões genitais após as relações sexuais reduz a transmissão do vírus HIV.	
15.	O sexo anal receptivo (ser penetrado no ânus), desprotegido, aumenta as chances de transmissão do HIV.	

16.	Escovar os dentes antes do sexo oral pode aumentar as chances de contágio do HIV.	
17.	A não ejaculação interna (vaginal, anal ou oral) – “gozar fora” - durante o ato sexual reduz o risco de transmissão do vírus HIV.	
18.	As pessoas que usam drogas, independente do padrão de uso, estão mais expostas às IST, HIV/aids e hepatites virais pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas.	
19.	O álcool e outras drogas predispõem a maior exposição sexual as IST, HIV/aids e hepatites virais.	
20.	A circuncisão/ “cirurgia de fimose” contribui na prevenção da infecção pelo HIV.	
21.	Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV.	
22.	Práticas sexuais não penetrativas (ex: masturbação) reduzem os riscos para a transmissão do vírus HIV.	
III. CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA		
Respostas: 1 – Discordo completamente; 2 – Discordo parcialmente; 3 – Não discordo e nem concordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo completamente; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe		
23.	O preservativo é o método mais eficaz para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV, alguns tipos de hepatites, sífilis e evita a gravidez não planejada.	
24.	O preservativo não é o único método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, HIV, alguns tipos de hepatites.	
25.	O gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV, dado que sua presença nas relações sexuais diminui o atrito e a possibilidade de provocar microlesões das mucosas genitais e anais que funcionam como porta de entrada para o HIV e outros microorganismos.	
26.	A testagem regular para HIV é uma das formas de prevenção, uma vez que é possível conhecer o status sorológico do(a) parceiro(a).	
27.	O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV, sífilis e das hepatites B e C, sendo dois tipos de testes: os exames laboratoriais e os testes rápidos.	
28.	Atualmente é possível realizar o autoteste para HIV, ou seja, é você mesmo(a) fazer o teste do HIV em casa, da mesma forma que se faz o teste de gravidez.	
29.	O uso de medicamentos para tratamento do HIV/aids faz com que as pessoas vivendo com essa infecção/doença alcancem a chamada “carga viral indetectável”, não transmitindo o HIV se a carga viral indetectável se mantiver por pelo menos seis meses.	
30.	Existem medicações disponíveis no SUS que evitam a contaminação do vírus HIV, após qualquer situação em que exista o risco de contato com o	

	vírus, conhecido como Profilaxia Pós Exposição (PEP).	
31.	A Profilaxia Pós Exposição (PEP) deve se iniciada o mais rápido possível após o contato: em até 72 horas, sendo mais eficaz se iniciado nas duas primeiras horas após a exposição e deve ser seguida por 28 dias.	
32.	Os serviços ambulatoriais de atenção especializada em HIV e Aids (SAE) são os serviços preferenciais para o acompanhamento da Profilaxia Pós Exposição (PEP), podendo ser iniciada em serviços de urgência.	
33.	Se uma mulher grávida estiver com o vírus da aids, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o vírus para o filho diminui.	
34.	A amamentação é contra indicada para mulheres que vivem com HIV/aids, independente de sua carga viral.	
35.	Pessoas com alto grau de exposição ao HIV podem tomar medicamento específico de forma contínua, ANTES de fazer sexo com outras pessoas, para prevenir a infecção pelo HIV, conhecida como Profilaxia Pré Exposição (PrEP).	
36.	A Profilaxia Pré Exposição (PrEP) não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis (tais como sífilis, clamídia e gonorréia) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha.	
37.	O tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais é importante para interromper a cadeia de transmissão desses micro-organismos e reduzir as chances de infecção pelo vírus HIV.	
38.	Ofertar insumos descartáveis (ex: canudo, “postit”) e seringa e agulha para uso individual de drogas inaláveis ou injetáveis constitui uma estratégia para reduzir os riscos de transmissão do HIV.	
39.	A hepatite B e o HPV são infecções sexualmente transmissíveis prevenidas pela vacinação, disponível pelo SUS.	
40.	Prevenção Combinada é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV.	

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de SJRP
Av. Brigadeiro Faria Lima, nº5416 - Vila São Pedro- São José do Rio Preto/SP
CEP: 15090-000 - Fone:(17) 3201-5813.

Título do estudo: Conhecimento de universitários quanto à Prevenção Combinada e gestão de risco do HIV/Aids: um estudo quase experimental

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo científico “Conhecimento de universitários quanto à Prevenção Combinada e gestão de risco do HIV/Aids: um estudo quase experimental”, que está sendo realizado por pesquisadores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e que tem como objetivo Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids entre universitários. Esse estudo poderá trazer benefícios aos universitários, uma vez que a compreensão sobre o conhecimento dos mesmos em relação às formas de prevenção do HIV possibilita intervenções e assistência à saúde de forma mais efetiva e assertiva. Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista, podendo durar em média 15 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria das ações de prevenção e educação em saúde desenvolvidas pelo município, portanto os riscos desta pesquisa são mínimos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Vale pontuar que sua participação não é obrigatória e caso se recuse em nenhum momento essa decisão irá interferir em cuidados de saúde que se fizer necessário. No entanto, enfatizamos, que é de extrema importância a suas respostas para a construção de propostas de ações de prevenção do HIV/Aids mais efetivas para o público jovem. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pela pesquisa deste estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa, ou vantagens por estar participando do estudo. Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo. Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a pesquisadora responsável Silvia Regina dos Santos Benitez pelo e-mail enfermeirasilviaregina@hotmail.com ou ainda pelo telefone: (17) 99141-8714, ou de sua orientadora Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce, pelo e-mail amelinha_famerp@yahoo.com.br ou ainda pelo telefone: (17) 99601-4100. Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br, localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas. A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

São José do Rio Preto, ____, de _____ de _____.

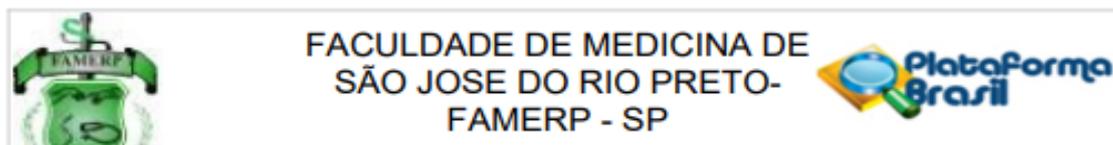
Assinatura do entrevistado
Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento para a melhoria das ações de prevenção do HIV/Aids para a população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente
Mestranda Silvia Regina dos Santos Benitez
Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento de universitários quanto à Prevenção Combinada e gestão de risco do HIV/Aids: um estudo quase experimental

Pesquisador: Sílvia Regina dos Santos Benitez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53471421.1.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.159.680

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas do arquivo contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1846869.pdf) e do Projeto detalhado: resumo, hipótese, metodologia, critérios de inclusão e exclusão.

Introdução:

Após décadas de convívio com AIDS, o número de casos voltou a crescer a nível mundial entre jovens (1). No Brasil, onde se estabeleceu uma política pública que garante acesso universal ao diagnóstico, tratamento, formas de prevenção e por conseguinte à chamada "prevenção combinada" no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda concentramos cerca de 40.000 novos casos de AIDS por ano, sendo o maior crescimento de casos de Aids está entre os jovens (2). A maior concentração dos casos de infecção pelo HIV no Brasil encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 e 34 anos, em ambos os sexos, com percentual de 52,7% dos casos. Estudos apontam que a cada 3 (três) pessoas infectadas no mundo, uma tinha entre 15 e 24 anos (3). Os jovens, apresentam conhecimentos insuficientes em relação as ISTs, possuem uma baixa percepção de risco sobre a importância do uso do preservativo, sendo assim, acabam por não utilizar. (4). Os comportamentos sexuais de risco (CSR), podem ocorrer da atividade sexual com múltiplos parceiros, utilização inconsistente do preservativo entre os

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

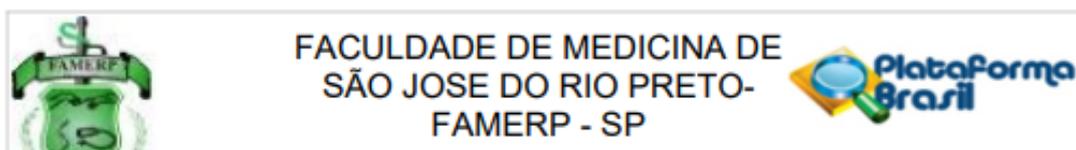
UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

adolescentes e jovens adultos (entre 15 e 24 anos).

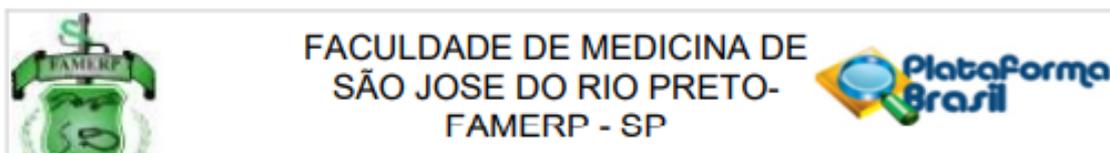
Considerando o ambiente universitário vulnerável, sendo um local de socializações podendo aumentar a ocorrência de CSR. (5)O ingresso no ensino superior é uma transição que traz potenciais mudanças na vida dos jovens universitários, socialização, novos grupos, descobertas e outras experiências como: consumo de substâncias psicoativas, liberdade sexual, comportamentos de riscos e exposição a agravos de saúde como o HIV

(1).Atualmente, o Brasil apresenta políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS e identifica que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para diminuir novas infecções, a transmissão acontece por diversas condições econômicas, sociais, culturais e políticas (7).A Prevenção Combinada pode ser compreendida como associação diferentes métodos de prevenção ao HIV, combinando três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: a biomédica, a comportamental e a estrutural, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa (8).Os Jovens podem se beneficiar de uma série de intervenções de prevenção. Os profissionais da saúde são elementos importantes para facilitar o acesso e a adesão as intervenções eficazes de prevenção existentes (9). Sendo assim, os jovens precisam receber informações de Educação em

HIV/AIDS para diminuir a transmissão e estigmatização da doença, pois em várias partes do mundo especialmente a faixa etária mencionada correm o risco de infecção pelo HIV/AIDS (10).A literatura constata que a população de jovens universitários, mesmo sendo possuidora de conhecimento em relação a outras faixas etárias, ainda se expõem a situações de vulnerabilidade (10).A necessidade de prevenção às IST entre os jovens, especialmente os universitários, é objeto de pesquisa em investigações que buscam melhor compreender o fenômeno que ocorre nos campos do conhecimento/comportamento (4).Nota-se que o comportamento relacionado à saúde potencializa a percepção de risco como condição necessária para mudança comportamental, pois o nível de risco constatado atua como gatilho para adoção de medidas preventivas no que concerne ao controle real individual. No entanto, a percepção de risco assim como o conhecimento, são influenciados por fatores socioambientais e culturais (4).Deste modo, o objetivo do estudo é avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids entre universitários, porquanto, são necessárias pesquisas que estimulem novas abordagens para discutir estratégias de enfrentamento nesta conjuntura e tornar relevante o desenvolvimento de ações de prevenção (4).

Hipótese:

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

Educação em Saúde contribui para o conhecimento sobre prevenção combinada e gestão de risco do HIV/AIDS?

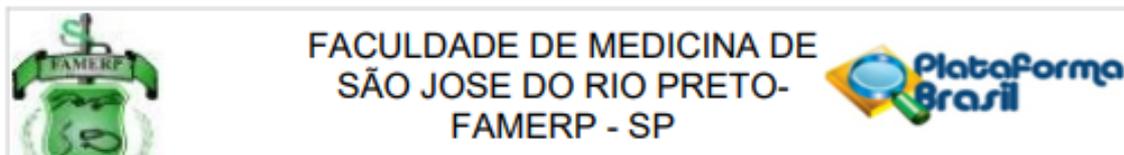
Metodologia Proposta:

MÉTODOS Delineamento do Estudo. Trata-se de um estudo quase experimental, de natureza quantitativa. Local de estudo O estudo será desenvolvido no Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC), localizado no município de Santa Fé do Sul/SP, Região Noroeste do Estado de São Paulo, que conta com os cursos de graduação em Administração, Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Ciências Biológicas, Direito, Engenharia Civil, Engenharia Agrônoma, Enfermagem, Educação Física (Licenciatura e Bacharelado), Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia e Psicologia, divididos em três campi, com estruturas para aulas teóricas e práticas, nos períodos diurnos e noturnos.

População do estudo A escolha pela população que cursa exclusivamente tais cursos deve-se pelo fato desses estarem se preparando para atuar profissionalmente como enfermeiros, psicólogos e médicos, profissões essas que atuam diretamente e mais intensamente com a prevenção combinada e gestão de risco do HIV/Aids nas equipes de saúde e que, por isso, devem estar devidamente preparados e capacitados para tal. Segundo dados informados pela secretaria da UNIFUNEC anualmente encontram-se matriculados nos cursos de enfermagem, psicologia e medicina um total aproximado de 600 alunos. Assim, pretende-se convidar todos para participar do estudo, sendo incluídos apenas aqueles que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I). Coleta de Dados Para avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids entre universitários a coleta de dados

ocorrerá em dois momentos: antes e após a realização de uma intervenção educativa em saúde que versará sobre a temática da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids. Em ambos momentos será utilizado um questionário elaborado com base nas Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids (8) e na experiência profissional das pesquisadoras coordenadoras do estudo (APÊNDICE I). Tal questionário é composto por 2 seções: "caracterização do participante" (sexo biológico, idade, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, raça/cor, religião, curso e período que está cursando) e "conhecimento sobre gestão de risco e prevenção combinada do HIV/Aids" entre as quais distribuem-se 40 variáveis. As questões relacionadas às características dos participantes contemplam escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. Já as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre gestão de

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

risco e prevenção combinada do HIV/Aids contêm uma escala de possibilidade preestabelecida do tipo Likert, cuja categoria de resposta varia entre os valores de "1" a "5", cuja resposta mais favorável corresponde

ao valor mais alto. Uma vez que o instrumento de coleta de dados a ser utilizado no presente estudo fora elaborado exclusivamente para o objetivo que se pretende alcançar, com a finalidade de adequá-lo quanto ao seu conteúdo o mesmo passará pela validação de profissionais/expertises da área que trabalham diretamente com a prevenção combinada e gestão de risco. Para proceder a coleta de dados os estudantes dos cursos de

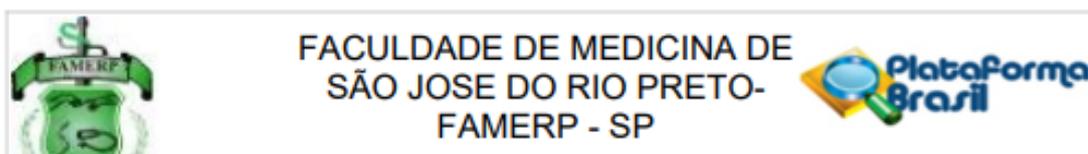
psicologia e enfermagem serão abordados em sala de aula no período noturno e os estudantes de medicina no período diurno. Destaca-se que os períodos que os mesmos serão abordados referem-se aos períodos que são ofertadas as aulas desses cursos. Nessa abordagem, que ocorrerá em dias e horários acordados previamente com as coordenadoras e professores dos referidos cursos, inicialmente será realizada a apresentação sobre o projeto e posteriormente o convite para participação do estudo. A aplicação do formulário será em duas etapas, sendo a primeira uma semana antes da intervenção e a segunda uma semana após a intervenção. Independentemente dos alunos aceitarem participar do estudo, todos serão convidados a participar de uma capacitação sobre Prevenção.

Metodologia de análise de dados:

Os dados coletados serão tabulados e analisados com o auxílio do software Statcal Package for the Social Sciences (SPSS versão 23). Para caracterização dos participantes será utilizada a análise descritiva dos dados, sendo que as variáveis numéricas serão expressas em média, mediana, desvio-padrão e variação e as variáveis categóricas serão expressas em número absoluto e porcentagem. A análise do conhecimento dos universitários será feita com base em indicadores construídos a partir de variáveis relacionadas à "conhecimento sobre gestão de risco" e "conhecimento sobre prevenção combinada", bem como, um indicador geral. O indicador criado corresponde ao valor médio de todas as respostas para cada variável. Os indicadores sobre o conhecimento serão classificados em: insatisfatórios (valores entre 1 e 2,5 correspondendo a valores até

50% da escala), regulares (maior que 2,5 e menor que 3,5, correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) e satisfatórios (maior que 3,5, correspondendo a valores maior que 70% da escala). Para análise do comportamento das variáveis contínuas será realizada estatísticas descritivas, gráficos de histograma e boxplot e o teste específico para o pressuposto teórico de normalidade

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os grupos de universitários antes e após a intervenção educativa será analisada por meio do teste de hipótese Mann-Withney ou Teste t de Student. O nível de significância estatística a ser adotado em todos os testes será de 5% de probabilidade.

Critérios de exclusão:

Serão excluídos os alunos que não estiverem regularmente matriculados nos referidos cursos no momento da coleta de dados e cuja idade for inferior a 18 anos.

Critérios de inclusão:

Serão incluídos todos os alunos do UNIFUNEC que estiverem matriculados no período de coleta de dados nos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento da prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids entre universitários.

Objetivo secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos universitários;
- Comparar o conhecimento sobre prevenção combinada e a gestão de risco para o HIV/aids entre universitários, antes e após uma intervenção educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

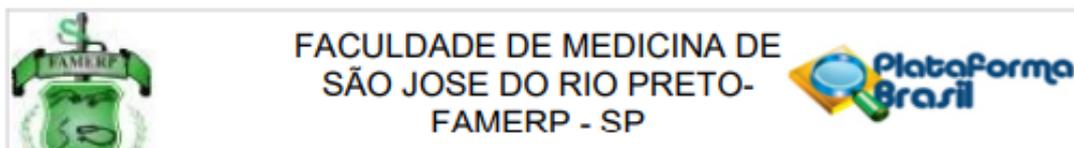
Riscos:

Os riscos podem estar relacionados ao constrangimento por não terem conhecimento em relação a algumas questões do instrumento da coleta de dados, sendo assim, para que isso seja evitado será explicado aos universitários sobre possíveis riscos e os objetivos do estudo.

Benefícios:

Os benefícios serão de forma indireta para os sujeitos da pesquisa. No entanto, este estudo possibilitará analisar a compreensão dos universitários sobre o tema e fornecer subsídio para que o Programa Municipal de IST/Aids de Santa Fé do Sul identifique possibilidades de trabalhar a prevenção entre esse público-chave de forma mais realística por meio de orientações e assistência mais

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

qualificada e resolutiva, além de possibilitar reflexões entre eles sobre as práticas sexuais seguras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, quase experimental, de natureza quantitativa. Com amostra de 603 participantes. Este estudo possibilitará analisar a compreensão dos universitários sobre o tema e fornecer subsídio para que o Programa Municipal de IST/Aids de Santa Fé do Sul identifique possibilidades de trabalhar a prevenção entre esse público-chave de forma mais realística por meio de orientações e assistência mais qualificada e resolutiva, além de possibilitar reflexões entre eles sobre as práticas sexuais seguras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória se encontra de acordo e contemplam as exigências da resolução 466/12 e 510/2016.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto esta de acordo com as exigências e se encontra apto a ser executado.

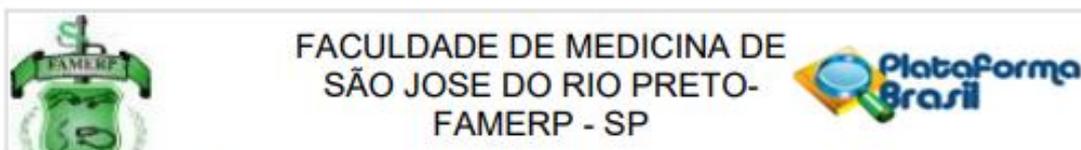
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1846869.pdf	20/11/2021 11:53:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	29/10/2021 15:11:07	Silvia Regina dos Santos Benitez	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	29/10/2021 15:09:47	Silvia Regina dos Santos Benitez	Aceito

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
 Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 5.159.680

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/10/2021 15:09:19	Silvia Regina dos Santos Benitez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/10/2021 17:53:53	Silvia Regina dos Santos Benitez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 10 de Dezembro de 2021

Assinado por:

BEATRIZ BARCO TAVARES JONTAZ IRIGOYEN
(Coordenador(a))

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br