



PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV EM UNIVERSITÁRIOS:

UM OLHAR DA PSICOLOGIA

Taís Turatti

Caxias do Sul, 2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

**PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV EM UNIVERSITÁRIOS:
UM OLHAR DA PSICOLOGIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e Intervenções Clínicas em Contextos Psicossociais, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Cemin.

Taís Turatti

Caxias do Sul, 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

T929p Turatti, Taís

Prevenção combinada ao HIV em universitários [recurso eletrônico] : um olhar da psicologia / Taís Turatti. – 2021.

Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2021.

Orientação: Tania Maria Cemin.

Modo de acesso: World Wide Web

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>

1. HIV (Vírus) - Prevenção. 2. AIDS (Doença) - Prevenção. 3. Estudantes universitários - Atitudes. 4. Estudantes universitários - Orientação. 5. Psicologia. I. Cemin, Tania Maria, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 616.98:578.828HIV

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Ana Guimarães Pereira - CRB 10/1460



“Prevenção combinada ao HIV em universitários: um olhar da psicologia”

Taís Turatti

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Diagnóstico e intervenções clínicas em contextos psicossociais.

Caxias do Sul, 19 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Tânia Maria Cemin Wagner (Orientadora)
Universidade de Caxias do Sul

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Alice Maggi
Universidade de Caxias do Sul

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Maria Lucia Rosa Rossetti
Universidade Luterana do Brasil

AGRADECIMENTOS

A construção desta dissertação contou com o auxílio de algumas pessoas, dentre as quais agradeço:

À minha orientadora, Dra. Tânia Maria Cemin, que desde o início acolheu a ideia da temática, não medindo esforços para a elaboração de cada etapa desta pesquisa. Impossível deixar de agradecer a todas as contribuições, ao olhar atento e cuidadoso para a construção desta dissertação, mas principalmente por ter sido uma orientadora tão sensível, humana e acolhedora.

À minha mãe Wilma, que sempre acreditou em mim, e certamente é minha maior apoiadora. Meu exemplo de mulher forte, guerreira, que supera todas as adversidades, mas não desiste de seus sonhos. Obrigada por todos os ensinamentos, por cada abraço e palavra de afeto.

Ao meu companheiro Jean, que participou de todo este processo, sempre entendeu a importância que esta pesquisa tinha na minha vida, me apoiando e sendo meu parceiro em toda esta caminhada.

Aos meus amigos e amigas, seria impossível nomeá-los sem correr o risco de esquecer de alguém, mas que estavam por perto, seja para fornecer um ombro amigo, apoiar ou para proporcionar momentos de descontração quando os caminhos pareciam difíceis.

Às professoras Dra. Alice Maggi e Maria Lucia Rossetti por aceitarem participar da banca de defesa final, e que com certeza terão contribuições muito valiosas.

A todos os(as) colegas(as) e professores (as) do Programa de Pós Graduação em Psicologia por todos os momentos de aprendizagem e trocas.

Ao professor Dr. João Ignácio Pires Lucas por toda paciência e por todo o auxílio na parte estatística deste trabalho.

Aos 1176 universitários que se dispuseram voluntariamente a participar desta pesquisa, pois sem eles a construção desta dissertação seria impossível.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO	11
REVISÃO DA LITERATURA.....	15
HIV/aids	15
Prevenção Combinada	17
Intervenções Biomédicas	18
Intervenções Comportamentais.....	23
Intervenções Estruturais.....	25
O contexto universitário e o HIV/aids.....	27
Psicologia: possíveis relações com o HIV/aids.....	29
MÉTODO	37
Delineamento.....	37
Participantes	37
Instrumentos e Procedimentos.....	38
Análise de Dados	41
RESULTADOS.....	43
Questionário Quantitativo.....	43
Entrevista Individual.....	66
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
Dados Quantitativos	68
Dados Qualitativos	79
Integração das informações quantitativas e qualitativas.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99

ANEXOS

ANEXO A. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e Estrutura do Questionário	108
ANEXO B. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) da Entrevista individual	117
ANEXO C. Perguntas norteadoras da entrevista individual.....	120
ANEXO D. Carta de Anuência Institucional	121
ANEXO E. Cartilha Virtual.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Respostas outros para pergunta sobre métodos contraceptivos que também são métodos de prevenção ao HIV/aids	47
Tabela 2. Resposta outros para questão sobre transmissão do HIV/aids	48
Tabela 3. Outros motivos pelos quais não utilizou preservativo	57
Tabela 4. Quais comportamentos você modificou ao saber da existência do HIV/aids?....	58
Tabela 5. Por que você considera que esteve ou está exposto ao risco de infecção?	59
Tabela 6. Quais os motivos para você ter feito o último teste para HIV/aids?	61
Tabela 7: Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento (PEP)?	62
Tabela 8: Quais motivos te levariam a não utilizar a PEP?	63
Tabela 9: Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento (PrEP)?	64
Tabela 10: Quais motivos te levariam a não utilizar a PrEP?	65
Tabela 11: Participantes entrevistados individualmente	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mandala da Prevenção combinada	18
--	----

RESUMO

Desde que ocorreram os primeiros diagnósticos de HIV, diversos investimentos têm sido feitos no sentido de prevenção e tratamento. Contudo, os índices desta infecção ainda são altos, sendo que a faixa dos 20 aos 34 anos responde por mais da metade dos casos diagnosticados no Brasil. Em termos de escolaridade, 17,7% dos infectados possuem ensino superior completo ou incompleto. O conhecimento acerca do uso de preservativo como método de prevenção já é consolidado, porém ineficiente ao se considerar os números crescentes. A partir deste contexto surge a Prevenção Combinada que articula intervenções biomédicas, comportamentais e socioestruturais como estratégias concomitantes de prevenção. Esta pesquisa buscou identificar se os universitários possuem o conhecimento básico sobre o HIV e/ou a presença de outras questões que levam universitários a não utilizarem métodos de prevenção ao HIV, refletindo à luz de alguns conceitos psicanalíticos como a compulsão à repetição e a pulsão de morte. A pesquisa teve delineamento quantitativo e qualitativo, sendo de natureza descritiva, exploratória e interpretativa. Para tal foi realizado, em um primeiro momento, um levantamento de dados através de um questionário online, buscando identificar o conhecimento e as percepções de universitários acerca do HIV e, em um segundo momento, entrevistas individuais que auxiliaram na compreensão de possíveis questões inconscientes que estejam afetando o não uso de prevenção. Os dados quantitativos foram analisados através do programa estatístico JASP e os dados qualitativos através da análise de conteúdo de Bardin. O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado de Pearson, sendo considerado significativo quando menor ou igual a 0,05 ($p < 0,05$). O questionário online teve 1176 respondentes e 3 participantes foram entrevistados de forma individual. Em termos de resultados foi possível perceber que parte da população universitária não tem conhecimento suficiente sobre a temática, principalmente sobre a prevenção combinada. Importante ressaltar que 49,2% dos respondentes identificaram que já tinham se exposto a situações de risco de infecção ao HIV/aids. O uso de preservativo não se mostrou consistente, apenas 12,9% referiram tê-lo utilizado em todas as relações sexuais no último ano. Foram encontradas três categorias para a análise de conteúdo que dizem respeito aos primeiros contatos com a temática do HIV, as percepções sobre a exposição ao risco de infecção e acerca do conhecimento dos universitários sobre o HIV/aids. Também foi possível identificar, no discurso dos entrevistados, verbalizações que podem indicar a presença de aspectos inconscientes que podem ajudar na determinação de não utilização de métodos de prevenção. A partir da análise destes dados foi proposto a

divulgação de uma cartilha digital aos universitários para que os mesmos tenham o conhecimento necessário sobre o uso da prevenção combinada.

Palavras-chave: HIV/aids; Prevenção combinada; Estudantes universitários; Psicologia

ABSTRACT

Since the first HIV diagnosis, various investments have been made in prevention and treatment. Therefore, the infection rates are still high, being between the ages of 20 and 34 more than half of the cases diagnosed in Brazil. Considering education level, 17,7% of the infected people hold a higher education diploma or are undergraduate students. The knowledge around the usage of condoms as a prevention method is already consolidated, but inefficient considering the growing numbers. Based on this context appears the Combination Prevention that deals with biomedical, behavioral, and structural interventions together as a prevention strategy. This research sought to identify if the undergraduate students have basic knowledge about HIV and/or if there were other doubts that might influence them on not using methods to prevent HIV, using psychoanalytic concepts such as repetition compulsion and death drive to analyze the information. The research leaned on quantitative and qualitative aspects; it is descriptive, exploratory and interpretative. For this, firstly, a data survey was made through an online questionnaire in order to identify the undergraduate students' knowledge and perceptions about HIV. Secondly, individual interviews helped comprehend possible unconscious aspects that could affect the lack of prevention. The quantitative data was analyzed through the JASP statistical program and the qualitative using Bardin Content Analysis. The statistical test used was Pearson's chi-square, being considered significant when less than or equal to 0.05 ($p < 0.05$). The online questionnaire had 1176 answers and 3 participants were interviewed individually. As a result, it was possible to understand that part of the university population does not have enough knowledge about this topic, mainly about Combination Prevention. It is important to highlight that 49,2% of the participants had already been exposed to HIV infection risk. It also shows that the condom usage was not consistent, only 12,9% claimed that they have used it in all sexual relations within the last year. Three categories were found for the content analysis that relate to the first contacts with the topic of HIV, perceptions about exposure to the risk of infection and about the knowledge of undergraduate students about HIV/aids. It was also possible to identify in the interviewees' speech the presence of unconscious aspects that can help determine not using prevention methods. Analyzing this data, a digital informative was suggested for undergraduate students so that they have the necessary knowledge about the usage of Combination Prevention.

Keywords: HIV/aids, Combination Prevention, Undergraduate Students, Psychology,

INTRODUÇÃO

O HIV/aids vem sendo tema de pesquisas em diversas áreas desde que foram diagnosticados os primeiros casos em 1981 (Rachid & Schechter, 2017). No entanto, apesar dos esforços na disseminação de informações sobre prevenção, os números de infectados no mundo continuam crescendo. No ano de 2020 no mundo, 1,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV (<https://unaids.org.br/estatisticas>). No Brasil foram 41.909 diagnósticos de HIV em 2019 (Ministério da Saúde, 2020). A faixa etária dos 20 aos 34 anos responde por 52,4% dos casos diagnosticados em 2019. Em termos de escolaridade, dos 77% de casos de HIV diagnosticados em que se conhecia a escolaridade, 17,7 % dos indivíduos possuíam ensino superior completo ou incompleto (Ministério da Saúde, 2020). No Rio Grande do Sul, conforme o Boletim Epidemiológico, no ano de 2019 foram 2829 casos de HIV diagnosticados, sendo que em Caxias do Sul foram 129 diagnósticos de HIV (Secretaria De Estado Da Saúde Do Rio Grande Do Sul, 2020). Quando surgiu no mundo, o HIV/aids esteve associado a um prognóstico ruim, de uma doença que não tinha cura, em que o único desfecho era a morte do paciente. Hoje, em decorrência da utilização de medicamentos antirretrovirais, ela pode ser considerada uma doença crônica, mas que ainda é incurável (Veras, 2007).

A taxa de brasileiros que conhecem e reconhecem a importância da camisinha na prevenção do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis é de 94% (Ministério da Saúde, 2016). Desta forma, pode-se identificar que os índices de infecções crescentes demonstram que difundir somente essa informação como maneira de prevenção não parece estar sendo o método mais adequado. Neste sentido, surge a prevenção combinada que é uma estratégia nacional que não foca somente no preservativo como prevenção, mas preconiza o uso ao mesmo tempo das abordagens de prevenção biomédica, comportamental e socioestrutural (<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/organizacao-dos-servicos/diretrizes-nacionais-de-prevencao-combinada-em-HIVaids>). Apesar de algumas das estratégias contempladas na prevenção combinada serem mais antigas, como a Profilaxia Pós Exposição(PEP) lançada no Brasil em 1999, outras, como a Profilaxia Pré Exposição (PrEP) são mais recentes, tendo iniciado no Brasil, no final de 2017. Contudo, nos últimos 2 anos, as campanhas de prevenção ao HIV tinham como tema: “Usar camisinha é uma resposta de todos e Sem camisinha, você assume o risco” (SIC), ou seja, o Governo Federal acabou desconsiderando os demais métodos preventivos contidos na prevenção combinada que haviam sido abordados nos anos de 2018, 2017 e 2016 (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de>

conteudo/campanhas?page=1), o que pode contribuir para a falta de conhecimento da população como um todo sobre a prevenção combinada.

A epidemia do HIV/aids se configura como um grande problema de saúde pública por suas características de pandemia e gravidade, e que ainda necessita de políticas públicas mais humanizadas e eficientes (Perucchi, Rodrigues, Jardim & Calais, 2011). Conceitos como grupos de risco e comportamento de risco foram superados, sendo que a noção de vulnerabilidade tem sido mais utilizada, uma vez que esta é analisada de maneira multidimensional, levando em consideração questões sociais, individuais e institucionais. (Zambenedetti & Both, 2012). Tais conceitos tão utilizados até pouco tempo, ainda levam muitas pessoas a acreditarem que a infecção ao HIV está restrita somente aos grupos de risco, desta maneira não se percebendo vulneráveis e não se protegendo adequadamente (Alves, Kovacs, Stall & Paiva, 2002).

A vulnerabilidade pode ocorrer em qualquer grupo social e com qualquer sujeito, sendo fundamental proporcionar a universalização e singularização das intervenções, ou seja, propiciar a prevenção a todos e de maneira adequada ao seu contexto, grupo ou individualmente (Zambenedetti & Both, 2012). Pensando em estudantes universitários, uma das vulnerabilidades que pode ser identificada é no sentido de que tais indivíduos acreditam ser suficientemente informados, e podem não perceber seu risco de infecção ao HIV (Bezerra, Chaves, Pereira & Melo, 2012).

Com os índices crescentes no mundo, é importante refletir que o HIV por si só não muda conduta e significados, quem pode fazer isso é o sujeito, em razão do seu modo de ser e do seu funcionamento psíquico. Desta forma, o foco de programas de prevenção deveria ser não só no coletivo, mas também com aspectos que abordem a singularidade dos sujeitos. (Moreno, 2001) Neste sentido, para além de informações e orientações, busca-se através desta pesquisa e com base em alguns conceitos psicanalíticos da teoria Freudiana, como de pulsão de vida e de morte e de compulsão à repetição, compreender alguns aspectos que podem haver por trás da questão do comportamento de não uso da prevenção ao HIV, mesmo em sujeitos que possuem conhecimento e tenham acesso aos métodos disponíveis.

O desejo de pesquisar o tema HIV/aids surgiu em um estágio curricular da Graduação em Psicologia, realizado no AMCE (Ambulatório Central), hoje CECLIN (Centro Clínico), da UCS (Universidade de Caxias do Sul), local este em que, fazendo interface com a medicina, eram atendidos os pacientes do setor de infectologia, e, em sua maioria, tinham diagnóstico de HIV e/ou aids. Em relação ao tema da PrEP e PEP, um dos focos da prevenção combinada, foi assunto de um trabalho realizado na disciplina de Psicologia Clínica Ampliada também na graduação em psicologia. Neste, realizou-se uma enquete ou um

levantamento de informações com alguns colegas do curso a respeito do conhecimento deles sobre o tema, uma vez que dentre os próprios colegas, a maioria atuante na área saúde. Constatou-se que sequer sabiam o que eram a PrEP e a PEP focos da prevenção combinada ao HIV. A partir deste trabalho, identificou-se a importância de expandir mais estudos sobre essa temática. Bem como, desde a graduação, os conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte, ambos desenvolvidos pela teoria psicanalítica de Freud, despertaram uma certa curiosidade em poder compreender melhor e quem sabe fazer possíveis relações destes com aspectos de um sujeito soropositivo ao HIV. Rugde (2006) considera que a clínica psicanalítica convida, enfaticamente, a se refletir sobre a repetição presente junto aos caminhos do sofrimento. A autora afirma que as manifestações clínicas com significativo sofrimento impulsionaram a importante reformulação da segunda tópica, apresentando no cerne da nova teoria pulsional, a pulsão de morte, ainda que uma noção tão ambígua e controvertida. Assim, entende-se que é pertinente se pensar nas diferentes possibilidades de um sujeito, frente a uma doença crônica como o HIV, lidar com a dualidade pulsional.

No campo da prevenção do HIV/aids e na interface com a psicologia é necessário que se pense em intervenções que sejam sustentáveis, de maneira que, proporcionando a compreensão das noções de cuidado consigo e com os demais, os indivíduos possam reconhecer as práticas de prevenção e promoção de saúde mais adequadas para si (Sampaio & Araújo, 2006). Contudo, as campanhas de prevenção priorizam fornecer informações que são direcionadas à ordem da consciência, deixando de considerar questões que podem ser inconscientes (Moreno, 2001). Neste sentido, a teoria psicanalítica pode fornecer subsídios teóricos para compreender alguns aspectos relacionados a essas questões inconscientes, uma vez que pensando exclusivamente no uso de preservativo, a falta de conhecimento não justifica seu não uso. Isso deixa uma lacuna a ser aprofundada sobre aspectos psíquicos que podem estar influenciando o comportamento de não uso de preservativo, tornando estes sujeitos vulneráveis à infecção pelo HIV.

Portanto, como problema de pesquisa entende-se investigar: Quais os conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações básicas e de risco de infecção em relação ao HIV/aids, especificando a prevenção combinada, e quais as possíveis interferências no comportamento relacionado a esse aspecto, a partir de alguns conceitos psicanalíticos?

O objetivo geral é identificar conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações básicas e de risco de infecção em relação ao HIV/aids, especificando a prevenção combinada, e estabelecer possíveis interferências no

comportamento relacionado a esse aspecto, a partir de alguns conceitos psicanalíticos. Os objetivos específicos são:

- Descrever o panorama atual do HIV/aids, os conceitos de percepção de risco e a estratégia de prevenção combinada, bem como alguns conceitos psicanalíticos;
- Identificar e analisar as informações acerca dos conhecimentos e das percepções da população universitária sobre o HIV/aids;
- Identificar possíveis contribuições da psicologia na compreensão e organização de estratégias de prevenção ao HIV, enfatizando também um olhar psicanalítico;
- Propor uma estratégia para auxiliar na conscientização do uso da prevenção combinada pela população universitária.

REVISÃO DA LITERATURA

1 - HIV/aids

Os primeiros casos de Aids foram descritos em 1981 nos Estados Unidos, e em 1983 foi identificado o agente etiológico, que foi chamado de HIV ou Vírus da Imunodeficiência Humana. (Rachid & Schechter, 2017). Cabe ressaltar que HIV e Aids não são sinônimos, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o vírus causador que ataca o sistema imunológico e a Aids (Síndrome da imunodeficiência adquirida) é a doença decorrente do quadro de imunodeficiência causado pelo HIV (Giovelli, 2015), mas usualmente, na literatura, é utilizado o termo HIV/aids.

A forma de infecção ocorre por sexo vaginal, anal ou oral sem camisinha; transfusão de sangue contaminado; por transmissão vertical, ou seja, da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, parto ou amamentação; ou por instrumentos que furam ou cortam que não tenham sido esterilizados e que tenham tido contato com alguém infectado (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-HIV>). Mesmo quando o sujeito é soropositivo ao HIV ele pode não desenvolver aids imediatamente, é o caso de 15% dos infectados que transcorridos 20 anos da infecção não haviam desenvolvido a doença (Rachid & Schechter, 2017). Mas cabe ressaltar que mesmo não tendo desenvolvido a aids ou manifestado sintomas, o paciente pode transmitir para outras pessoas o vírus HIV (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-HIV>).

A partir de seu surgimento, o HIV/aids remodelou o papel da medicina e da ciência, ocorrendo, assim, alterações no sistema público de saúde, melhorias no controle de qualidade dos bancos de sangue e também ascendeu o status da área de imunologia (Trindade, Fernandes, Nascimento, Jabbur & Cardoso, 2019). O HIV/aids fez emergir debates a respeito de como a sociedade se relaciona com temas tabus como a doença, a morte, a sexualidade, a infidelidade, entre outros (Zambenedetti & Both, 2012).

Com as pesquisas sobre o vírus ainda em estágio inicial, a doença foi divulgada pela mídia mundial como “peste gay”, câncer rosa, ou ainda, na linguagem científica *Gay-Related Immune Deficiency*, Imunodeficiência relacionada a gays, em tradução livre. (Carvalho & Azevedo, 2019). Esta abordagem contribuiu para a crença, ainda atual no senso comum, de que o HIV/aids seria uma doença restrita apenas aos chamados grupos de risco que incluem os homossexuais. Esse fato se constitui, muitas vezes, em empecilhos para a utilização de estratégias de prevenção ao HIV por mulheres, por exemplo, mesmo os dados epidemiológicos indicando um aumento nos casos de mulheres diagnosticadas (Alves et al., 2002).

No Brasil, visando o enfrentamento ao HIV/aids, foi estabelecido em 1985 a Política Nacional de DST/aids (PNDST/AIDS), pautada na garantia dos direitos humanos e que foi responsável pela criação da Comissão Nacional de aids que é uma instância interna de controle social. Essa comissão conta com a participação da sociedade civil, academia e governo, no sentido de discutir e recomendar ações para o aperfeiçoamento das políticas do programa. Contudo, o enfrentamento ao HIV/aids teve sua expansão e fortalecimento após a criação do SUS em 1990, baseando suas estratégias nos mesmos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O Brasil foi, inclusive, pioneiro em algumas questões, sendo um dos primeiros países a disponibilizar o tratamento na rede de saúde pública para PVHIV (Pessoas Vivendo com HIV/aids) com a promulgação da Lei 9313 em 1996, indo na contramão de outros países industrializados que, devido ao alto custo dos antirretrovirais (ARVs), restringiram o acesso a eles. Com o advento do SUS também foi possível a distribuição irrestrita de preservativos para prevenção, a implementação de rede pública de laboratórios e serviços específicos para cuidar de PVHIV, além do financiamento de pesquisas sobre o tema (Greco, 2016).

É possível apontar que, historicamente, o curso do HIV/aids e da prevenção no Brasil podem ser divididos em três grandes fases. A fase inicial que direcionava o foco somente ao infectado, impossibilitando a criação de ações mais amplas no campo da saúde. Era uma abordagem de cunho epidemiológico e trazia o conceito de grupo de risco: uma população sujeita a alguns condicionantes e fatores, ou com características específicas que as tornavam mais propensas a ter ou adquirir determinada doença. Essa definição, ainda que significativa do ponto de vista epidemiológico, embasou situações de violação de direitos e garantias fundamentais, acentuando o preconceito e estigmas sofridos por PVHA, pois os responsabilizava pela epidemia. A culpabilização desses sujeitos, que também eram vítimas de assimetrias sociais, culminou no aumento de infecções pelo HIV/aids em determinados grupos sociais. A segunda fase contemplou um olhar ampliado a respeito da exposição ao vírus, caracterizado pelo aumento da transmissão em usuários de drogas injetáveis, e uma maior taxa de infecção em sujeitos heterossexuais, assim foi disseminado o conceito de comportamento de risco. Apesar de ainda ter como ponto central o comportamento dos indivíduos, surgem estratégias como a proposta pelo epidemiologista Jonathan Mann que acreditava que as ações de prevenção deveriam focar na veiculação de informações, na atuação nos determinantes sociais e na mudança comportamental. Na terceira fase, o olhar está na suscetibilidade das pessoas ao vírus, abarcando o conceito de vulnerabilidade. Outro marco importante é a compreensão de que prevenção e tratamento não devem ser distintos, sendo que a utilização de estratégias de prevenção focadas no uso de antirretrovirais, que até

então eram utilizados apenas para tratamento, é um dos exemplos. Assim, um novo paradigma foi criado, utilizando estratégias já consagradas, combinadas ao uso de antirretrovirais como prevenção (Ministério da Saúde, 1999; Ministério da Saúde, 2017).

Em relação aos índices epidemiológicos relacionados ao HIV/aids, o estado do Rio Grande do Sul tem demonstrado dificuldade na prevenção da infecção. A capital do estado, Porto Alegre, ocupa o primeiro lugar no ranking de taxa de detecção de gestantes com HIV e o segundo maior coeficiente de mortalidade (Ministério da Saúde, 2020). Para diminuir estes índices, é necessário que as estratégias de prevenção ao HIV/aids sejam aperfeiçoadas, considerando o acervo teórico e as novas tecnologias de prevenção descobertas nos últimos anos, principalmente aquelas baseadas no uso de antirretrovirais. Essas tecnologias somadas a intervenções já validadas constituem o modelo mais recente de prevenção, chamado de Prevenção Combinada (Ministério da Saúde, 2017).

Em termos de projeções futuras, a OMS lançou em 2015 a meta mundial 90/90/90, que prevê que 90% das pessoas conheçam seu estado sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas tenham acesso aos medicamentos para tratamento e 90% das pessoas em uso de antirretrovirais consigam ter a carga viral suprimida até o ano de 2020, prospectando também que até 2030 a doença seria erradicada (Silva, Zihlmann & Barreiros, 2018). Passado o ano de 2020, o Brasil não cumpriu todas as metas estabelecidas, sendo que hoje, 89% das pessoas foram diagnosticadas, 77% estão fazendo uso de antirretrovirais e 94% estão em uso de antirretrovirais e com a carga viral suprimida (<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>). O relatório publicado pela UNAIDS em julho de 2020 aponta que apesar de um progresso significativo, ele também é desigual, sobretudo em relação ao acesso à medicação. Desta forma, é projetado que dentro dos países e em comparação com outros países ocorram desigualdades que não permitirão o alcance das metas. Outro ponto citado pela publicação é o impacto que a pandemia do COVID 19 terá no enfrentamento ao HIV/aids, considerando que podem ocorrer retrocessos significativos principalmente na África Subsaariana, que poderá retornar aos níveis de mortalidade observados em 2008 (<https://unaids.org.br/2020/07/relatorio-sobre-a-epidemia-de-aids-mostra-que-metas-para-2020-nao-serao-cumpridas-covid-19-pode-prejudicar-resposta-ao-HIV/>)

1.1 - Prevenção combinada

A partir da compreensão de que para haver diminuição dos índices epidemiológicos são necessárias múltiplas e atualizadas estratégias de prevenção ao HIV, surgiu a prevenção combinada. No ano de 2009, este conceito de prevenção combinada foi apresentado como

tipo ideal de prevenção nos EUA e em 2010, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) apresentou um documento validando a estratégia. Ela é uma estratégia que faz uso ao mesmo tempo das abordagens de prevenção biomédica, comportamental e socioestrutural para prevenção do HIV, às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e às hepatites virais, conforme representado na Figura 1 (Ministério da Saúde, 2017). Neste estudo, o foco refere-se às questões relacionadas ao HIV.

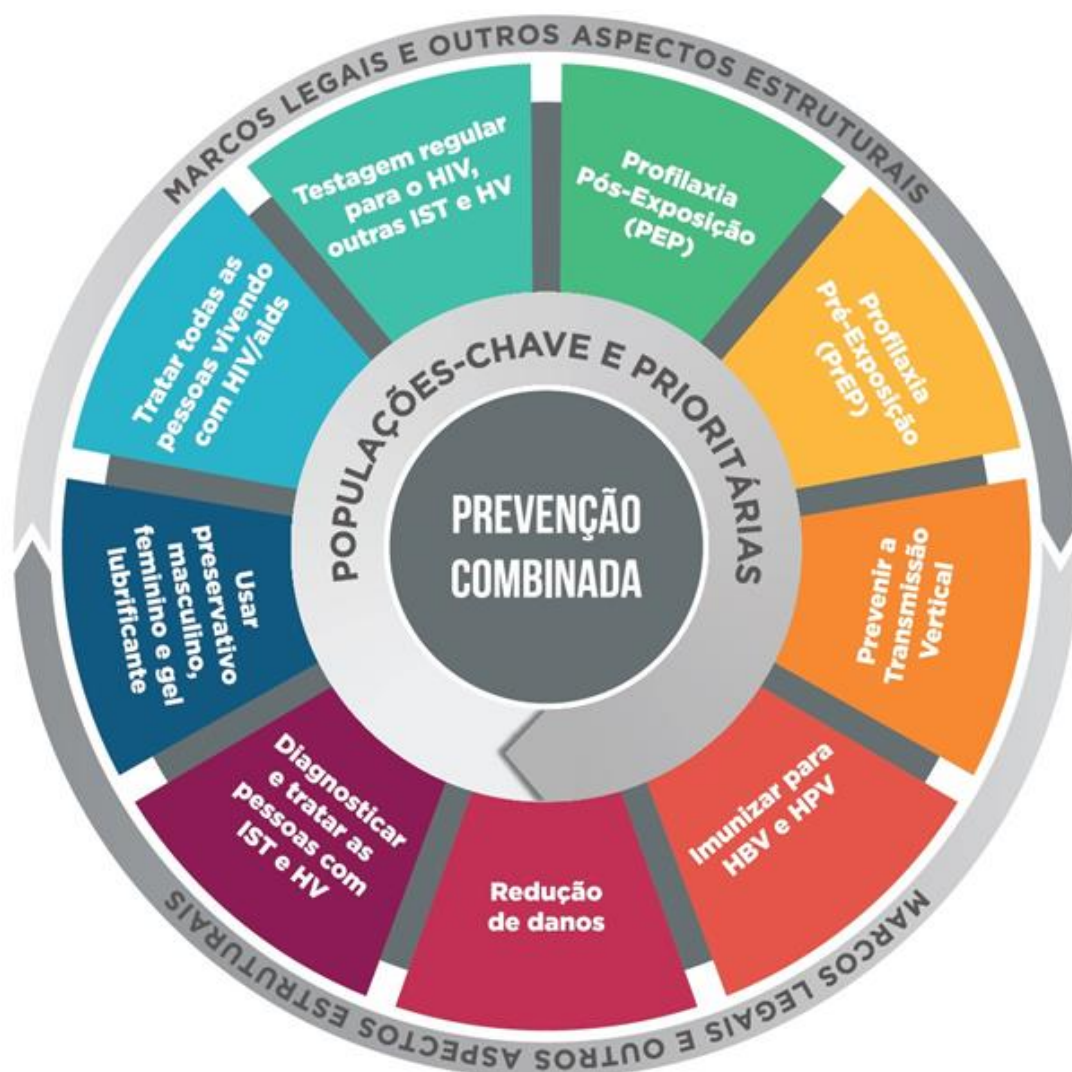


Figura 1: Mandala de prevenção combinada (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>)

1.1.1 - Intervenções Biomédicas

As intervenções biomédicas objetivam a redução de riscos à exposição dos sujeitos ao HIV, com a utilização de ações que impedem a transmissão do vírus. Estão incluídos, nesse contexto, o uso de preservativo que é considerado como estratégia biomédica clássica

de barreira física ao vírus e a utilização de antirretrovirais como na Profilaxia Pré-exposição (PrEP), Profilaxia Pós Exposição (PEP), bem como no Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) (Ministério da Saúde, 2017).

Tradicionalmente, o método de prevenção mais conhecido da população é o uso de preservativo masculino e feminino. Esta é a única estratégia de prevenção que abrange tanto o HIV, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a contracepção. Se fabricados conforme os parâmetros de qualidade e não estiverem perfurados, os preservativos são os métodos que garantem a maior prevenção contra a infecção pelo HIV. Para além da eficiência na prevenção e contracepção, o preservativo é de fácil utilização, uma vez que não possui efeitos colaterais e é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de maneira ampla e irrestrita (Ministério da Saúde, 2017). Apesar de o Ministério da Saúde preconizar a entrega de preservativos de forma irrestrita aos usuários, identificou-se que em algumas unidades de saúde isso não ocorre com naturalidade e autonomia, sendo necessária a solicitação dos preservativos a uma recepcionista que, muitas vezes, acaba limitando o acesso, assim como fornece um número restrito de preservativos (Zambenedetti & Both, 2012). Entretanto, alguns avanços no sentido de contemplar a disponibilização de preservativos não somente nos serviços de saúde, mas também em ações extramuros (Ministério da Saúde, 2017) são percebidos, como nos casos da distribuição em escolas (CREPOP, 2009) e de agentes comunitários de saúde que disponibilizam aos usuários preservativos em suas visitas domiciliares (Zambenedetti & Both, 2012). A prática de distribuir preservativos pode reforçar a percepção de que a prevenção é exclusivamente feita pelo uso destes, culpabilizando e responsabilizando o sujeito que não a utiliza, pois se espera que, disponibilizando o preservativo, a população possui condições de se prevenir e não considera outros entraves ao seu uso, como questões subjetivas e sociopolíticas (Sampaio & Araújo, 2006).

Assim, identifica-se que, apesar do preservativo ser conhecido e reconhecido como o melhor método de prevenção ao HIV por 94% da população, conforme pesquisa realizada com 12.000 indivíduos entre 15 e 64 anos, apenas 39,1% referiram ter utilizado preservativo na última relação sexual (Ministério da Saúde, 2016). Em uma pesquisa realizada em São Leopoldo-RS com 1026 mulheres, constatou-se a prevalência de uso de preservativos em 29,1%, sendo que 12,0% referiram o uso do preservativo como método contraceptivo e 17,1% utilizavam como método de prevenção efetivamente (Carreno & Costa, 2006). Percebe-se um aumento significativo no uso de preservativos se comparado com pesquisas anteriores do Ministério da Saúde (Berquó, Barbosa & Lima, 2008), mas tais índices não têm sido uma medida suficiente para o controle dos crescentes casos de HIV.

Com o avanço das pesquisas na área, novos métodos de prevenção têm surgido, como a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição). A PrEP constitui-se na utilização de ARVs para diminuir o risco de adquirir a infecção pelo HIV (Ministério da Saúde, 2018b). O Brasil foi o primeiro país da América Latina a utilizar essa estratégia de prevenção na rede pública, tendo iniciada sua utilização em dezembro de 2017, ou seja, trata-se de uma estratégia bastante recente, mas que já vem sendo efetivada em outros países como os Estados Unidos, Bélgica e Canadá desde 2012 (<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/PrEP-esta-disponivel-em-36-servicos-do-sus-partir-de-sete-mes>). Em Caxias do Sul, a PrEP está sendo distribuído desde dezembro de 2018 (<http://pioneiro.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2018/12/veja-como-esta-a-distribuicao-da-medicacao-que-previne-o-HIV-em-caxias-10680437.html>).

A utilização do ARV na PrEP é feita por pessoas não infectadas e que pertencem aos grupos de risco (Grangeiro, Ferraz, Calazans, Zucchi & Díaz-Bermúdez, 2015). No Brasil, entende-se como população de risco os gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e profissionais do sexo. Além de evidenciarem maior risco de infecção com o HIV, essas pessoas comumente estão expostas a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito, o que corrobora com a sua vulnerabilidade ao HIV/aids (Ministério da Saúde, 2018b). No entanto, cabe ressaltar que se considera como população de risco os HSH, pessoas trans e profissionais do sexo em razão dos dados estatísticos, mas de fato o que fundamenta a inclusão nos grupos de riscos são a análise das práticas e as parcerias sexuais, assim como os contextos que estão frequentemente associados ao maior risco de infecção (Ministério da Saúde, 2018b).

No Brasil, entre o período de janeiro de 2018 e setembro de 2021, 45.786 usuários iniciaram o uso da PrEP e 19.584 permaneceram em uso. No Rio Grande do Sul, foram 2043 usuários que iniciaram o uso e destes 1006 continuam com a PrEP (<http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>). Em Caxias do Sul, dados dos anos de 2018 e 2019 apontam que 77 usuários iniciaram o uso da PrEP, mas somente 34 permaneceram utilizando. Dos que descontinuaram o uso, 84% não voltou para as consultas, não sendo possível identificar o motivo da decisão em interromper a PrEP (<http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>). Ao analisar os dados epidemiológicos é possível perceber a baixa adesão e a descontinuidade de utilização da PrEP.

Quando a PrEP não foi utilizada e existe a possibilidade de ter se exposto ao HIV, hepatites virais e outras IST, a estratégia utilizada é a PEP que contempla a utilização de medicamentos para diminuir o risco de aquisição dessas infecções. Na rede pública de saúde do Brasil, a PEP está disponível desde 1999 (Ministério da Saúde, 2018c). A PEP para HIV

consiste na utilização de um esquema de tratamento com antirretrovirais que deve iniciar em até 72 horas após a exposição e ser continuado por 28 dias para garantir a eficácia (Grangeiro et al., 2015). Em um estudo com animais, garantiu-se a redução do risco de infecção em 89% com a utilização da PEP, e na Austrália o estudo evidenciou que foram evitados 1 em cada 9 casos de infecção (Grangeiro et al., 2015). As situações de risco nas quais se recomenda a utilização da PEP são em casos de violência sexual, relação sexual desprotegida e casos de acidentes ocupacionais (Ministério da Saúde, 2018c).

O uso da PEP ainda é abaixo do indicado em diversos países, inclusive no Brasil. Em pesquisas realizadas, considera-se que a baixa adesão ao tratamento é influenciada pela não percepção do risco de exposição e da não integralização do período recomendado de tratamento. Outro fator determinante na não efetividade da PEP refere-se ao período de início da terapia e à transmissão de vírus resistentes (Grangeiro et al., 2015).

Apesar do uso ainda pouco representativo em termos gerais, percebe-se um aumento significativo no uso da PEP nos casos de exposição sexual consentida e desprotegida. Em Caxias do Sul, no ano de 2010, 73% dos usuários que utilizaram a PEP foi por acidente ocupacional, 22% por violência sexual e 5% por exposição sexual consentida. No ano de 2019, a PEP foi utilizado por acidente ocupacional em 29% dos casos, 9% por violência sexual e 63% por exposição sexual consentida (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-HIV-prevencao-combinada/painel-pep>).

Independentemente do método escolhido, PrEP ou PEP, alguns obstáculos afetam a população mais exposta, como as barreiras de acesso, a falta de adesão e os erros na utilização (Grangeiro et al., 2015).

O Tratamento para Todas Pessoas (TTP) também é uma estratégia biomédica que parte do pressuposto que, quanto maior o número de pessoas em tratamento com a maior brevidade, menor a transmissão do HIV. Para efetivação desta intervenção são imprescindíveis o acesso universal à testagem do HIV e o tratamento imediato dos soropositivos (Ministério da Saúde, 2018a). O desafio do TTP em relação à testagem é grande, uma vez que 63,9 % da população sexualmente ativa nunca realizou testagem para HIV (Ministério da Saúde, 2016). Esse baixo acesso à testagem influencia no diagnóstico precoce, uma vez que dados indicam que 40% dos casos são detectados tardiamente (Pereira, Shimizu, Bermudez & Hamann, 2018).

Identificou-se, em alguns estudos, a baixa procura espontânea pela testagem e a dificuldade de solicitar diretamente o teste, utilizando de linguagem indireta para tal (Abdalla & Nichiata, 2008; Salvadori & Hahn, 2019; Zambenedetti & Both, 2012). Essa dificuldade pode tanto relacionar-se com a falta de conhecimento, a necessidade de

identificação para fazer e retirar exames, assim como também, pelo medo de um diagnóstico positivo e a discriminação e estigmas da doença (Abdalla & Nichiata, 2008). A prática de alguns profissionais, na hora de solicitar a testagem e definir o foco das ações de prevenção, reforça os preconceitos históricos relacionados ao HIV/aids, uma vez que acabam não sendo direcionados para a população geral, mas para públicos específicos e estigmatizados, ou seja, usuários com relacionamentos aparentemente estáveis não são identificados como vulneráveis, não sendo solicitado testagem ou abordadas as estratégias de prevenção (Zambenedetti & Both, 2012).

Nos casos em que é realizada a testagem, muitos usuários, ao receberem o resultado do teste de HIV reagente, acabam não retornando aos serviços de saúde para repetir o exame ou receber orientações pós teste (Salvadori & Hahn, 2019; Zambenedetti & Both, 2012). Isso ocorre pois, em alguns locais, o serviço de saúde solicita o exame e o usuário se desloca a um laboratório externo para a realização deste, sendo sua responsabilidade retornar ao serviço de saúde com o resultado, assim, o temor dos significados de ser soropositivo permeia essa decisão e o usuário acaba não retornando ao serviço (Zambenedetti & Both, 2012).

Apesar do receio de não ter sua privacidade respeitada, o sigilo no âmbito do HIV é algo bastante discutido e preconizado pelas equipes de saúde. A revelação do diagnóstico deve ser algo privativo do usuário, e todos que estejam vinculados, familiares e equipes de saúde, por exemplo, devem estar sensíveis e respeitar o desejo de revelar ou não o seu diagnóstico, bem como, mesmo que o usuário não solicite sigilo, este deve ser respeitado. Nem mesmo em casos de morte do usuário justificam que o diagnóstico possa ser revelado, devendo ser respeitada a dignidade do paciente pós morte (Salvadori & Hahn, 2019). Nas discussões de equipe, quando o usuário deseja compartilhar suas informações, os dados devem ser abordados apenas com aqueles que possam colaborar na assistência do paciente (Abdalla & Nichiata, 2008). Apesar das orientações claras, são percebidas algumas falhas nos serviços especializados em HIV/aids, como a falta de privacidade na realização da testagem e retirada de resultados, assim como quanto à utilização de veículos adesivados com programas DST/aids em visitas domiciliares (Salvadori & Hahn, 2019).

É importante ressaltar que o paciente vivendo com HIV/aids, apesar de ter autonomia em relação à revelação do diagnóstico, deve estar ciente de que se colocar o companheiro(a) ou um terceiro em risco pode sofrer sanção penal e a equipe tem a prerrogativa de quebra do sigilo. (Salvadori & Hahn, 2019)

Em relação à adesão ao tratamento em pacientes soropositivos, são conhecidos alguns fatores que dificultam a continuidade deste como: a complexidade do esquema

terapêutico; a baixa escolaridade; a não aceitação da soropositividade; efeitos colaterais do medicamento; relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde e os serviços prestados; crenças negativas e informações inadequadas em relação ao tratamento e à doença; estilo de vida; dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento; abuso de álcool e outras drogas; dificuldade de acesso ao serviço; medo de sofrer com a discriminação; e precariedade ou ausência de suporte social (Seidl, Melchíades, Farias & Brito, 2007; Ministério da Saúde, 2018a).

1.1.2 - Intervenções comportamentais

Estas intervenções focam no comportamento do indivíduo como maneira de impedir situações de risco. Pode-se conceituar risco, no sentido da epidemiologia, como a possibilidade de ocorrer uma doença, óbito ou alguma condição relativa à saúde, em um sujeito, em uma população ou grupo específico, e fatores de risco é entendido como “elementos e características positivamente associados ao risco de se infectar ou de desenvolver um determinado agravo” (Ministério da Saúde, 2017, p.19). Apesar de ser uma ferramenta importante em termos de desenvolvimento de estratégias de prevenção, o conceito de risco não esgota as possibilidades e especificidades que compõem a prevenção, desta maneira, o conceito de vulnerabilidade passa a ser adotado.

Como já mencionado, o conceito de grupos de risco foi bastante utilizado no início das pesquisas do HIV/aids. Ele foi elaborado no campo da epidemiologia e tendia a restringir essa doença a um fenômeno viral e biológico. Esse conceito, somado à moral pública, associou-se alguns dos grupos de risco às representações de pecado e promiscuidade (Zambenedetti & Both, 2012). Dados do ano de 2020 apontam que, desde 2007, 43,5 % dos casos diagnosticados de HIV foram em homens homossexuais, 8,1% em bissexuais e 31,3% em heterossexuais (Ministério da Saúde, 2020), ou seja, apesar de representar uma fatia maior dos casos, a orientação sexual não pode ser considerada como único representante da doença, uma vez que os heterossexuais, por exemplo, têm representado um percentual significativo e constante dos casos de HIV. Esse tipo de associação entre HIV e a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e outras identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam no padrão cis-heteronormativo) tende a criar barreiras para a elaboração de estratégias eficazes na prevenção do HIV de toda a população, levando em consideração que a alteração do perfil sociodemográfico da doença não mais exclui nenhum segmento da população (Carvalho & Azevedo, 2019; Trindade et al., 2019).

Superando a noção de grupos de risco, surge a concepção comportamento de risco, deslocando o foco do grupo ou da escolha sexual da pessoa para as práticas e comportamentos individuais. Apesar de representar um avanço nas questões de discriminação de grupos principalmente LGBTI, acabou sendo uma concepção culpabilizante e homogeneizante, desconsiderando outros fatores sociais e de vulnerabilidades que podem perpassar as práticas preventivas. (Zambenedetti & Both, 2012)

A vulnerabilidade, termo que recebeu destaque no início da década de 1990, substituiu os conceitos de grupos e comportamentos de risco. Dentro do contexto epidemiológico, pode ser considerado vulnerável aquele que apresenta maior grau de exposição. Neste sentido, são levados em conta aspectos individuais, sociais, econômicos e estruturais. Em termos práticos, o investimento em ações e programas de informação e educação preventiva, a existência de serviços de saúde e sociais de fácil acesso e de qualidade, e a adoção de políticas de não discriminação nas instituições são exemplos de ações que podem diminuir a vulnerabilidade dos sujeitos em relação ao HIV/aids (Garcia & Souza, 2010).

É necessário que se entenda os significados atribuídos aos métodos de prevenção na vida dos indivíduos. Cada sujeito tem necessidades ajustadas ao contexto em que está inserido, pelas percepções que possui de exposição ao risco e sobre o HIV, pelas relações sexuais que vivencia, e por aspectos estruturais, que reunidos influenciarão na escolha do método de prevenção e na vinculação com algum serviço de saúde. Para além de uma recomendação técnica e normativa de métodos de prevenção, deve-se atentar para uma abordagem dialógica em que o indivíduo tenha autonomia para definir os métodos mais adequados para si. Não deve haver hierarquia quanto aos métodos, pois o melhor método é aquele que o sujeito escolhe, sendo orientado através de informações cientificamente embasadas disponibilizadas pelos profissionais dos serviços de saúde, mas a escolha se dará pelo que é mais adequado às suas necessidades, ao grau de proteção que procura e à perspectiva de utilização correta e duradoura (Zucchi et al., 2018).

Neste ponto, a prevenção combinada se assemelha à redução de danos, o desafio é similar quando se espera que o sujeito mude algum comportamento, deve-se abandonar a prescrição e adotar a negociação. Quanto mais opções o sujeito tiver, maior é a possibilidade de escolher métodos que diminuam sua exposição e vulnerabilidade à infecção ao HIV/aids (Silva et al., 2018). Não cabe o julgamento a respeito do comportamento ser ruim ou bom, certo ou errado, mas o foco é reconhecer se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. Assim, a ênfase é no que funciona e o que ajuda o sujeito dentro da sua singularidade e subjetividade (Queiroz, 2001).

Tem se percebido que, não é através de campanhas que assustem os sujeitos e, tampouco, somente oferecer conhecimento que farão com que eles adotem medidas preventivas ao HIV (Lima & Moreira, 2008). Desta forma, é de suma importância que se possa reconhecer o ser humano também como sujeito do inconsciente, ser com desejo, sujeito barrado já que fragmentado entre o desejo, o princípio da realidade e os valores introjetados, posto que muitas escolhas feitas não são racionais, mantendo práticas sabidamente não saudáveis, mesmo que racionalmente informados (Campos & Campos, 2006). Nesta perspectiva, em tópico a seguir, serão aprofundados alguns conceitos oriundos das teorizações da Psicanálise Freudiana, principalmente no que se referem às pulsões de vida e de morte e compulsão à repetição, no sentido de auxiliar a compreender questões do âmbito psíquico, para além da falta de conhecimento como justificativa para a não utilização de métodos da prevenção combinada. Segue-se, neste momento, com outra forma de intervenção.

1.1.3 - Intervenções estruturais

Este terceiro grupo de intervenções busca trabalhar as vulnerabilidades, principalmente as de ordem social. O objetivo é combater os preconceitos, discriminações e intolerâncias que se transformam em maneiras de alienação ou relativização dos direitos e garantias essenciais à dignidade humana e cidadania (Ministério da Saúde, 2017).

O Ministério da Saúde determinou, como populações-chave para as ações de prevenção ao HIV: gays e HSH, pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade. Essa população foi determinada observando-se, sobretudo, as vulnerabilidades estruturais que estão submetidas, sendo os dados epidemiológicos um reflexo da vulnerabilidade e não a origem. Contudo, para além da população-chave, é preciso atentar para outros estratos da sociedade que também apresentam vulnerabilidades e são caracterizados como população prioritária, são eles: a população negra, população jovem, população em situação de rua e indígenas (Ministério da Saúde, 2017).

É relevante contextualizar a diferença entre gays e HSH. Os gays, além da questão sexual, possuem uma questão de identificação e pertencimento, e os HSH se limitam às práticas sexuais e afetividades, não se incluindo nem se identificando com a comunidade gay. A inclusão de ambas populações como chave, tem como motivação a estimativa de que o risco de transmissão é aumentado em 18 vezes no sexo anal se comparado ao vaginal, essa questão somada às barreiras de acesso aos serviços de saúde são um grande entrave à prevenção. Em muitos casos, gays e HSH sentem-se amedrontados em procurar tais serviços

por não se sentirem acolhidos tanto pelos profissionais quanto pelos usuários e, às vezes, acabam omitindo sua orientação sexual aos profissionais de saúde (Santos et al., 2010).

As pessoas que usam álcool e outras drogas figuram como população chave não somente pelo compartilhamento de seringas e agulhas no caso de drogas injetáveis, mas também, pelos índices de prevalência do HIV/aids nesta população e pelo fato de que mesmo com uso esporádico, o álcool e as drogas podem levar à displicência em relação ao uso de proteção quando ocorrem relações sexuais (Ministério da Saúde, 2017). A segregação da população chave frequentemente é institucionalizada por intermédio de leis e políticas nacionais, uma vez que, o uso de drogas e o trabalho sexual são criminalizados na maior parte do mundo (UNAIDS, 2015).

No Brasil, a atividade de prostituição não é crime, sendo que desde 2002 consta como ofício legal perante o Ministério do Trabalho e Emprego, o que demonstra um avanço no país. Contudo, o estigma deixa os profissionais do sexo à margem da sociedade, impedindo-os de acessar informações e serviços de saúde, não conseguindo exercer seus direitos. A negociação com clientes para uso de preservativo, a vergonha e/ou medo de expor a sua profissão aos profissionais da saúde e os horários muitas vezes inadequados à sua rotina podem ser considerados vulnerabilidades para esta população (Ministério da Saúde, 2017).

A população trans, aqui abarcando homens e mulheres transexuais e travestis, também compartilha das mesmas questões que gays e HSH como a prevalência maior de casos e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Uma das diferenças é que, enquanto gays podem omitir sua orientação sexual, a população trans carrega questões de identidade e fica mais exposta ao preconceito (Santos et al., 2010).

Apesar de não haver dados epidemiológicos brasileiros, no mundo há maior prevalência do HIV/aids em pessoas privadas de liberdade. As vulnerabilidades são inúmeras como: as condições do confinamento, a superpopulação, a violência, a assistência insuficiente, o uso compartilhado de lâminas de barbear e materiais para tatuagem e colocação de piercings (Ministério da Saúde, 2017).

Em relação à população negra, é necessário o enfrentamento do racismo institucional, constituído como fator estruturante, e que se coloca acima das outras vulnerabilidades que esta população já enfrenta. Quanto aos jovens, os dados epidemiológicos demonstram que há uma crescente na taxa de detecção, com importante incidência do HIV/aids na faixa etária dos 15 aos 29 anos. Os indígenas e a população de rua são considerados como vulneráveis devido às suas fragilidades associadas a contextos históricos e sociais (Ministério da Saúde, 2017).

As mulheres, apesar de não estarem associadas à população vulnerável, vem ganhando destaque a partir de dados que apontam para a feminização do HIV/aids. As dificuldades de praticar sexo seguro perpassam as questões de gênero, uma vez que precisam negociar com os parceiros adoção de preservativos. Ressalta-se que esta vulnerabilidade está relacionada às posições sociais ocupadas por homens e mulheres, mesmo na atualidade. Assim, sabendo que muitos homens não gostam de utilizar preservativos por acreditarem que isso interfere no prazer sexual, as mulheres casadas ou com parceiros estáveis têm mais dificuldades na negociação do uso do preservativo (Santos, 2002).

Em relatório publicado pela UNAIDS, em 2014, é destacado que muitas populações-chave estão sendo deixadas para trás, permanecendo sujeitas a riscos e vulnerabilidades desproporcionais. Considera-se que tais populações devem ter uma resposta que seja embasada em direitos humanos. No entanto, os estigmas, a discriminação e a exclusão social acabam por distanciar os sujeitos pertencentes a esta população de um acesso equitativo à atenção à saúde e acabam vivenciando resultados, quanto à saúde, abaixo daqueles preconizados. Além disso, o preconceito em relação à PrEP, por exemplo, que se estigmatizou como um método de prevenção focado na população gay, pode trazer limitações ao uso por outros grupos como o de usuários de drogas e profissionais do sexo.

2 - O Contexto Universitário e o HIV/aids

A população universitária pode ser considerada alvo das políticas de prevenção ao HIV, uma vez que dados indicam que a maior concentração dos casos de HIV/aids encontra-se na faixa etária dos 20 aos 34 anos (Ministério da Saúde, 2020) e 71% dos estudantes matriculados em instituições de ensino superior no ano de 2017 correspondiam a esta faixa etária (Ministério da Educação, 2017). Ademais, nos casos diagnosticados em 2019 foi possível identificar a escolaridade de 76,2% dos indivíduos e destes 17,7% referiram ter ensino superior completo ou incompleto, ou seja, estudantes universitários e/ou que já passaram pelo ensino superior representam 23% dos diagnósticos de HIV (Ministério da Saúde, 2020).

Desta forma, os universitários além de se encontrarem em uma faixa etária que os considera como vulneráveis, também se caracterizam por serem futuros profissionais das mais variadas áreas (Moskovics & Calvetti, 2008). Pode-se citar como vulnerabilidades ao HIV as quais os jovens estão expostos, as seguintes: a iniciação sexual precoce, a necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, o aumento do consumo de álcool e outras drogas, e questões de gênero (Bezerra et al., 2012).

Dentro do meio universitário, os indivíduos podem pensar que têm conhecimento suficiente e acabam não reconhecendo o risco de infecção, assim como, podem adotar comportamentos sexuais que os colocam em situações de vulnerabilidade (Bezerra et al., 2012; Oliveira et al., 2013).

Além disso, a universidade, através de seu papel formador, possui responsabilidade em conjunto com os outros setores sociais, na resposta brasileira à epidemia. (Seidl, 2015). O ambiente acadêmico se constitui de um ambiente favorável para a construção e socialização do saber e para o exercício da cidadania. Os espaços de ensino e a família se constituem em agentes de um processo educativo que objetiva a formação integral dos sujeitos, podendo influenciar no contexto social, político e cultural para mudanças no comportamento (Moskovics & Calvetti, 2008).

Todavia, percebe-se que, nos cursos da área da saúde, aqueles que abordariam questões como as do HIV/aids, os conteúdos da formação voltam-se para técnicas biomédicas, deixando de enfatizar valores da saúde coletiva. Assim, os profissionais que seriam habilitados para orientar os sujeitos acabam replicando práticas autoritárias e higienistas, assim como, o foco dos cursos acaba sendo a doença e a cura, e não a saúde em muitos casos, o que prejudica o planejamento de intervenções psicoeducativas e preventivas (Moskovics & Calvetti, 2008). Pontos como estes reforçam a importância do planejamento e execução de atividades acadêmicas ou extracurriculares voltadas à discussão do tema HIV/aids, buscando a mudança de opiniões e atitudes que possam ser preconceituosas (Seidl, Ribeiro & Galinkin, 2010).

Em relação à questão do preconceito e dos estigmas que as pessoas vivendo com aids sofrem, é possível perceber que mesmo entre universitários isso é uma realidade. Em pesquisa realizada por Seidl et al. (2010), foi constatado que um terço dos estudantes de uma instituição de ensino superior emitiu opiniões que podem resultar em restrição a direitos humanos e de cidadania de pessoas vivendo com aids, concordando com assertivas como: a demissão de pessoas com HIV, que mulheres portadoras de HIV/aids deveriam evitar ter filhos e de que crianças soropositivas não deveriam ir à escola. Ainda que os estudantes de cursos vinculados à saúde tenham apresentado respostas menos preconceituosas (Seidl et al., 2010), um estudo realizado com mulheres matriculadas em cursos das ciências da saúde apontou que estas não apresentam conduta sexual segura, não se protegendo adequadamente, mesmo possuindo conhecimento sobre a temática (Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007).

Pode-se identificar que, apesar da percepção enganada de que estudantes universitários teriam maior conhecimento e este seria suficiente para evitar situações preconceituosas e a redução da vulnerabilidade em relação ao HIV/aids, a literatura tem

demonstrado que a temática em questão exige um olhar mais amplo, identificando as questões que perpassam as situações de exposição ao risco e de vulnerabilidade.

A produção de conhecimento sobre a temática da vulnerabilidade de universitários ainda é incipiente se comparada ao número de casos de HIV em jovens e adultos. Em um estudo de revisão de artigos científicos publicados a partir de 2015, realizado por Wohlgemuth, Polejack e Seidl (2020), os autores encontraram somente 6 artigos que focavam especificamente na temática, tendo sido realizada tal pesquisa em inglês, espanhol e português, o que indica a necessidade de mais pesquisas na área. Alinhado a isso, identificou-se uma falta de estudos com esta população, vários estudos recentes têm se dedicado a estudar questões relacionadas ao HIV com gestantes, crianças, adolescentes e idosos (Aguiar, Leal & Marques, 2020; Almeida, Borges & Oliveira, 2020; Bastos, Bellini, Vieira, Campos & Turato, 2019; Bellotto, Lopez, Piccinin & Gonçalves, 2019; Costa et al., 2019; Guimarães, Silva, Almeida & Rocha Junior, 2019).

3 -Psicologia: Possíveis Relações com o HIV/aids

A psicologia se inseriu no contexto da saúde principalmente após a promulgação da Constituição Federal em 1988 que garantiu direitos em relação à saúde e à criação de políticas públicas. As políticas públicas se constituem com a interdisciplinaridade de diversos profissionais e da sociedade como um todo. Nesta esfera, a psicologia desempenha um papel primordial, pois está vigilante às implicações de sua prática, para que seu trabalho seja mais amplo e auxilie a criar políticas públicas de fato (Perucchi et al., 2011). Em pesquisa realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) sobre a prática do psicólogo no campo HIV/aids, foi constatado que uma importante parte dos psicólogos respondentes exercem funções de coordenação da gestão, estando comprometidos com a elaboração e implementação dos programas e políticas públicas voltadas ao HIV/aids(CREPOP, 2009).

Em relação à atenção básica em saúde no Brasil, a inclusão de ações relacionadas ao HIV/aids iniciou em meados da década de 90 e se intensificou nos anos 2000 (Zambenedetti & Both, 2012), sendo o campo principal de trabalho, as unidades que integram rede do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis municipal e estadual (Seidl, 2015).

Considerando os estigmas que a soropositividade carrega, as implicações tanto psicológicas como psicossociais e sua condição de doença incurável, foi se percebendo a importância de um trabalho interdisciplinar para auxiliar as PVHIV, sendo o psicólogo reconhecido como fundamental na constituição destas equipes. Neste sentido, foi

normatizado, pelo Ministério da Saúde desde 2013, a inclusão do Psicólogo nas equipes mínimas necessárias para funcionamento das unidades de saúde (Seidl, 2015).

Neste contexto de inclusão do psicólogo nos serviços de DST/aids, tem se abordado, cada vez mais, o papel da profissão em termos de prevenção da população e não somente no tratamento de PVHIV. A prevenção pode ocorrer em três níveis: o primário, que busca a promoção de saúde; o nível secundário, que visa impossibilitar o avanço de uma doença, a cronicidade dela ou a morte do sujeito e o nível terciário que se compromete com a tentativa de evitar sequelas após uma doença, utilizando como recurso a reabilitação. A prevenção, a qual se busca enfatizar aqui, refere-se à prevenção primária que tem como exemplos de intervenções: ações na comunidade como palestras, oficinas e treinamentos, aconselhamento pré e pós-teste e aconselhamento coletivo (CREPOP, 2008). Apesar de estratégias que apontam para o trabalho em grupos ou em termos sociais, ainda se compreende a prevenção como tarefa individual, e o fato de manter-se saudável é tratado como algo ao alcance da maioria dos sujeitos (Amorim & Szapiro, 2008).

Desta forma, a prática do psicólogo deve estar pautada principalmente na promoção e prevenção da saúde. Saúde que será compreendida como preconizada pela ONU: um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A saúde não é algo imposto, ela é uma construção de cada indivíduo e da sociedade de um modo geral, refletindo a subjetividade individual e social de um momento histórico determinado. O papel da psicologia, neste sentido, é de contribuir para que os sujeitos possam construir a sua saúde, habilitando-os para controlar e desenvolver sua qualidade de vida e formando sua consciência individual e de grupo (CREPOP, 2008). A prevenção, além do trabalho técnico-teórico, também é um trabalho voltado para a educação, que objetiva a mudança de comportamento e as maneiras de pensar dos sujeitos (Moskovics & Calvetti, 2008).

Identifica-se uma preocupação com a prevenção na maioria dos discursos dos psicólogos, sendo que um grande número de ações, neste sentido, consiste na distribuição de preservativos e palestras em escolas, empresas e centros de saúde (CREPOP, 2009). Os relatos apontam para a direção de desenvolver estratégias e discursos que consigam fazer sentido para os sujeitos, contrapondo-se às campanhas que são mais generalistas. Desta maneira, a prevenção se daria por intermédio dos diálogos e técnicas que propiciam a reflexão e consequente modificação do cotidiano (CREPOP, 2009). A informação qualificada por si só, não é suficiente para a prevenção, pois esta abarca outros aspectos como o afetivo, as relações de gênero, as desigualdades de poder e os significados atribuídos ao sexo e à sexualidade (Zambenedetti & Both, 2012). A prevenção ao HIV não depende somente do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e atitudes individuais, a

vulnerabilidade também está associada a fatores sociais e programáticos (Moskovics & Calvetti, 2008).

Um fator que influencia no aumento da vulnerabilidade e na não utilização de métodos de prevenção ao HIV diz respeito à percepção de risco. Diante do conhecimento já adquirido pela maioria dos sujeitos, vide a pesquisa que apontou que 94% da população sabia sobre a importância da camisinha na prevenção (Ministério da Saúde, 2016), não parece ser difícil reconhecer que o sexo sem preservativo é uma exposição a uma situação de risco de contágio. No entanto, frequentemente o ato de reconhecer implica em alguma ação específica, podendo suscitar mecanismos de negação, desta forma, o indivíduo escolhe não acreditar no risco ao qual tem conhecimento de que pode correr, se sobressaindo a força do desejo ou medo, em detrimento da força da razão (Amorim & Szapiro, 2008).

Em alguns casos de pacientes vivendo com HIV/aids, é possível perceber a utilização da negação, principalmente quando se aborda a questão do diagnóstico. Mesmo evidenciadas as situações de risco de exposição ao HIV, relacionados ao seu comportamento e/ou de seus parceiros, os pacientes negam este cenário e o possível diagnóstico, utilizando-se de recursos que evitam a realidade (Balim, Rodrigues & Santos, 2016). Portanto, a partir de dados que apontam para questões inconscientes atreladas ao não uso de prevenção, faz-se necessário aprofundar alguns tópicos da teoria psicanalítica freudiana que podem auxiliar na compreensão de aspectos possivelmente associados a comportamentos de risco e vulnerabilidades dos sujeitos diante do HIV.

O conceito de pulsão é fundamental na teoria psicanalítica freudiana, partindo do pressuposto que a psique está em contínuo conflito entre instâncias que obedecem a processos de pensamento e a modos de circulação do desejo, irredutíveis entre si. O aparelho psíquico é, segundo Freud, organizado a partir do agenciamento de conflitos e não uma instância unitária de representações que se cindiria apenas em situações patológicas. A função do aparato psíquico é de dominar as excitações que, caso contrário, podem provocar sensações penosas ou efeitos patológicos no sujeito, sendo que esse é regido pelo princípio do prazer (Garcia-Roza, 2008). Considera-se que a pulsão se trata de uma força poderosa, indeterminada, atemporal, arcaica e própria do ser vivo, podendo ser apresentado na esfera individual como um circuito pulsional que parte do somático como "energia-estímulo nervoso" e atinge o sistema nervoso central na forma de sensação e imagens/ideias.

Esse conceito surge no texto "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905/1972) se situando na fronteira entre o psíquico e o somático. Inicialmente Freud aborda a pulsão sexual, diferenciando-a do olhar biológico que estaria a serviço da reprodução, caracterizando-a como uma pulsão em busca de satisfação e que resulta da

reunião das pulsões parciais. Segue-se abordando que a pulsão se apoia no instinto, não para haver confusão, mas para desviar deste ou ainda o contrário, o instinto pode ser considerado um desvio da pulsão. Entretanto, ressalta-se que a pulsão não tem por finalidade manter a vida, como tem o instinto, mas a satisfação (Garcia-Roza, 1986).

Na obra "Os instintos e suas vicissitudes" ou "Pulsão e destinos da pulsão" (1915/2004), dependendo da tradução, Freud aborda a pulsão como um tipo de estímulo, mas os diferencia quanto à origem e à finalidade, na medida em que os estímulos são externos e ocasionais (luz, frio, etc.) e as pulsões advêm de fonte orgânica interna, são gerados incessantemente e possuem uma finalidade. Desta forma, as pulsões são ininterruptas e, após atingir uma certa massa crítica, podem ser percebidas por imagens (representações) carregadas de afetos (Hanns, 1996).

As pulsões, de acordo com Freud (1915/2004), apresentam quatro elementos estruturantes: fonte, pressão, finalidade e objeto. A pulsão tem sua fonte no corpo e tem como meta imediata cancelar esse estímulo que provém de algum órgão, sendo caracterizado como algo corporal que representa um estímulo para o psíquico. A pressão refere-se ao motor ou soma de força ou medida da exigência de trabalho que ela representa, a qual se estabelece como uma força constante. A finalidade da pulsão é sempre a satisfação, permanecendo invariável para todas as pulsões. O objeto da pulsão refere-se a aquilo no qual ou pelo qual sua finalidade pode ser atingida. É o aspecto mais variável da pulsão e é concebido como uma representação e não um objeto externo no sentido de uma coisa no mundo. Outro aspecto importante acerca das pulsões, refere-se aos seus destinos ou suas vicissitudes, sendo elas: transformação no contrário (da atividade para a passividade ou do amor para o ódio); retorno para a própria pessoa; recalcamiento e sublimação.

Nesta abordagem, as pulsões são caracterizadas como sendo de auto conservação e sexuais. Nas de autopreservação do ego, o princípio de prazer dá lugar ao princípio de realidade, o qual também busca a obtenção de prazer. No entanto, postula o adiamento da satisfação, limita algumas possibilidades de obtenção de prazer, e coloca a tolerância temporária relacionada ao desprazer, como um passo na extensa e indireta caminhada para o prazer (Garcia-Roza, 2008).

O princípio de prazer permanece por muito tempo como o modo de funcionamento utilizado pelas pulsões sexuais, que são penosos em educar, e a partir destas, ou mesmo do próprio ego, repetidamente consegue haver uma preponderância do princípio de realidade, em detrimento do organismo como um todo (Freud, 1915/2004). Já as do ego, podem ser caracterizadas como atuantes também no sentido da morte. Elas apresentam um caráter conservador e retrógrado, equivalente a manifestações da compulsão à repetição, pois estas

pulsões têm sua origem na animação da matéria inanimada e buscam retornar ao estado inanimado. Essas pulsões se revelam como impulsos destrutivos ou agressivos (Freud, 1920/2004).

Freud (1920/2004) aponta que “o objetivo de toda vida é a morte”. As pulsões de vida são caracterizadas como as que proporcionam acolhida segura quando os organismos elementares se percebem indefesos contra os estímulos do mundo externo e se estabelecem como o grupo das pulsões sexuais, protegendo a própria vida por mais tempo. Tais pulsões de vida e de morte atuam juntas, enquanto um grupo dessas pulsões se direciona no sentido de alcançar o objetivo final da vida de maneira mais acelerada possível, o outro grupo recua até certo ponto, com o objetivo de realizar uma nova saída e, desta forma, prolongar a jornada (Freud, 1920/2004).

Assim, Freud em "Além do princípio de prazer" (1920) apresenta uma visão de mundo em que a pulsão de morte é essencialmente conservadora. O nirvana freudiano não é humano, já que a própria vida seria compreendida como perturbadora - rompedora da paz-, e o estado de equilíbrio perfeito seria encontrado apenas no mundo sem vida. Desta forma, pode-se afirmar que as pulsões apresentam uma função anárquica (Garcia-Roza, 1986).

Em 1924, Freud retoma o conceito de pulsão de morte de forma mais radical, considerando a destrutividade como sinônimo e a conecta à pulsão sexual, transformando-a em um sadismo, algo projetado para fora. Enfatiza que se não houvesse essa expulsão da destrutividade, acometeria o próprio organismo do sujeito e que, mesmo assim, sempre permanece algum resíduo da pulsão de morte dentro do psiquismo, tomando a forma de um masoquismo originário (Cimenti, 2012). Conforme Garcia-Roza (1986), em *O mal estar da civilização* (1930), Freud define a pulsão de morte como verdadeira destrutividade, ou seja, reconhecer uma pulsão destrutiva como algo totalmente independente da sexualidade estava relacionado a reconhecer a maldade de todo o ser humano. Portanto, pode-se compreender a pulsão de morte freudiana seguindo três caminhos: ligada ao erotismo (sadismo-masoquismo); como desejo puro e autônomo, desligado da sexualidade e voltado para fora; e como destrutividade autônoma, muda, silenciosa, no interior do organismo, por desligamentos acompanhados de expressão de dor (Cimenti, 2012).

De acordo com Vergely (2000), entrar em contato com a destrutividade causa dor, sofrer quer dizer ter dor, seja dor no corpo, dor na alma, dor na vida toda - por pensar na vida. Entretanto, considera a importância de se pensar na vida, refletir sobre as mudanças que ela provoca, até chegar a constituir uma presença no próprio interior, podendo conduzir a um redescobrimento das forças da vida. Esse pensamento está alinhado ao de Garcia-Roza (1986), na medida em que assinala que a pulsão de morte é renovadora, colocando em causa

tudo o que existe e sendo produtora de diferenças, recusas à mesmice, entre outros aspectos. A partir desta perspectiva, o "não" enquanto símbolo da pulsão de morte, inaugura o pensar e a destruição toma o significado de antigos jeitos de ser.

Cimenti (2012) considera que esses estados de não pensar e não sentir aparecem na clínica atual, em patologias cada vez mais graves e mais frequentes. As adições, transtornos alimentares, entre outros, vêm acompanhados por uma compulsividade, muitas vezes tão intensa, que remete à repetição peculiar à pulsão de morte expressa quase em estado puro, ameaçando de fato a vida dessas pessoas. Afirmo que, sobretudo nessas patologias do vazio, há um desinvestimento característico da pulsão de morte, de forma silenciosa. Em nossa sociedade, fala-se de depressões silenciosas ou depressões brancas, ou seja, a cultura barulhenta e escandalosa desse século não dá espaço para expressões de dor. Em função disso, identifica-se sérias dificuldades para significar a dor e expressá-la em toda a sua extensão. Enfatiza que, talvez se tenha a difícil missão de assumir a própria dor de pensar o potencial destrutivo que o humano representa para seus semelhantes e a si mesmo, muito além de um simples prazer masoquista ou sádico, mas ligado a formas que chegam próximo à pulsão de morte.

Green (1988a) retoma dois mecanismos, citados por Freud, como característicos da pulsão de vida e da pulsão de morte que são de ligação e de desligamento. Enfatiza a ideia de que a pulsão de vida tem como objetivo uma função objetualizante, representando tanto o intuito de criar uma relação com o objeto quanto de ser capaz de transformar estruturas em objeto, ou seja, pode fazer chegar à categoria de objeto o que não teria qualidades, propriedades ou atributos para tal, utilizando-se de um investimento significativo. De forma oposta, o objetivo da pulsão de morte é proceder ao máximo uma função desobjetualizante, ou seja, essa pulsão tem como resultado da destrutividade, o desligamento.

O mesmo autor considera, também, a ideia de um narcisismo negativo enquanto expressão da função desobjetualizante, ou seja, "(...) a existência de um narcisismo negativo, duplo sombrio do Eros unitário do narcisismo positivo, de modo que todo investimento de objeto, assim como do Eu, implica seu duplo invertido que visa um retorno regressivo ao ponto zero." (Green, 1988b, p.41). Castoriadis-Aulagnier (1975), citada pelo mesmo autor, concorda com essa abordagem: "(...) o narcisismo negativo dirige-se à inexistência, à anestesia, ao vazio, ao branco (...), quer esse branco invista o afeto (a indiferença), a representação (alucinação negativa), ou o pensamento (psicose branca)." (Green, 1988b, p.41).

Para lidar com as angústias advindas dessas vivências pulsionais, pode-se fazer uso de várias formas de defesa, como: recalçamento, introjeção, identificação negativa, negação,

regressão, etc. Em relação à negação, é importante ressaltar a maneira como o sujeito se serve de negações para produzir relações de síntese, enquanto uma forma de lidar com seus conflitos. Freud afirma que, por meio do símbolo da negação, o pensamento se liberta das limitações do recalque e se enriquece de conteúdos, os quais ele não pode recusar para suas atividades. A negação é uma forma de tomar conhecimento do reprimido, a partir da não aceitação desse material. É necessária uma tomada de decisão, conferir ou recusar determinada qualidade, ou seja, admitir ou contestar uma representação, tendo ou não existência na realidade. Ressaltando que majoritariamente, o que é ruim, que é estranho ao ego e que se encontra fora, é inicialmente idêntico a ele (Freud, 1925/1974).

Em estudo realizado por Heleno e Santos (2004), a respeito da adaptação de PVHIV, foram avaliadas as evoluções da adaptação nos períodos pré-patogênicos e patogênicos, de áreas como afetivo-relacional, sociocultural, produtividade e orgânico. Foi constatado que 77% dos pacientes entrevistados tiveram uma adaptação ineficaz severa e grave. As autoras consideram que, talvez essas respostas e comportamentos pouco adequados frente ao HIV, já poderiam ser apresentadas anteriormente, como no caso da adaptação orgânica que consiste na maneira como efetivamente os entrevistados lidam com o HIV, em que apresentam dificuldades de adesão ao tratamento, e de manter comportamentos que não sejam de risco. As autoras cogitam, ainda, a hipótese de que estas respostas estariam ligadas à pulsão de morte, ou seja, de comportamentos autodestrutivos.

Os conceitos psicanalíticos Freudianos de pulsões de vida e de morte já são abordados em alguns estudos relacionados ao uso de drogas (Pereira & Migliavacca, 2014; Salim & Santos, 2018; Vianna, 2014), e levando em consideração algumas aproximações já realizadas, também entre a prevenção combinada e a redução de danos. É possível que tais conceitos ajudem a compreender alguns processos inconscientes dos sujeitos, também em relação à temática HIV, principalmente no que tange à percepção de risco, uma vez que, de forma similar ao uso de drogas, em que o sujeito tem conhecimento de que não pode/deve utilizá-las, mas mesmo assim o faz, os indivíduos sabem que precisam se prevenir do HIV e não o fazem, levantando-se questionamentos quanto aos processos inconscientes que podem estar implicados em tais decisões.

Existem diversos estudos que utilizam a psicanálise no tratamento de PVHIV. Durante os atendimentos psicológicos, busca-se identificar às situações de risco às quais os sujeitos estavam expostos na época que acreditam terem contraído o HIV, e muitas vezes, é apontada a utilização de mecanismos de defesa do ego, como o de negação para descrever tais situações (Baldim et al., 2016). Alguns estudos atentam também para questões da sexualidade, do ideal de feminilidade e da submissão da mulher ao desejo do homem na

negociação de uso de prevenção (Moreira, Vieira & Ceccarelli, 2018; Oliveira & Moreira, 2016; Veras, 2007) e também a questão do luto, no sentido das perdas que as PVHIV enfrentam, como a perda da saúde e do trauma causado pelo diagnóstico (Oliveira & Moreira; Veras, 2007).

Desta forma, há estudos que têm utilizado a teoria psicanalítica para dar conta de possíveis compreensões quanto a questões psíquicas que envolvem sujeitos já infectados pelo HIV/aids. A partir disso, considera-se que esses estudos e essa teoria poderá embasar possíveis reflexões de estratégias de prevenção que visem abordar a subjetividade dos indivíduos, e não somente repetir estratégias que sustentam que o conhecimento é a única forma de prevenção.

MÉTODO

Delineamento

O delineamento desta pesquisa é misto. Ela contempla a investigação e apresentação de dados nas duas formatações, quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa busca salientar os aspectos mensuráveis da experiência humana, tendo um foco mais objetivo. (Silveira & Córdova, 2009) A pesquisa qualitativa, por sua vez, busca explorar o porquê das questões, enunciando o que pode ser feito, comprometida com aspectos que não podem ser quantificados ou não deveriam ser, focando na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais, abordando o universo dos significados, dos motivos, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2009; Silveira & Córdova, 2009).

Este estudo tem o cunho de uma pesquisa descritiva, exploratória e interpretativa. Descritiva, pois tem como foco o estudo de características de uma população específica, assim como, obter as opiniões, atitudes e crenças destes. Exploratória, pois este tipo de pesquisa se preocupa em desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, propiciando uma visão ampla, de tipo aproximativo a respeito de determinado fato, é utilizada principalmente quando a temática é pouco explorada. E interpretativa, pois ocorre através da interpretação do pesquisador sobre um fenômeno ou um comportamento (Gil, 2008).

Desta forma, o presente estudo se debruça em traçar possíveis compreensões ao fenômeno da percepção em relação à prevenção do HIV em universitários, analisando dados quantitativos acerca de seus conhecimentos e da utilização de métodos de prevenção combinada, através de um questionário estruturado sobre a temática, ao qual obedece a um roteiro previamente estabelecido, e possibilita a comparação das respostas. Em um segundo momento, explorar-se-á informações de cunho qualitativo que auxiliem a compreender os motivos da não utilização destes métodos preventivos, a partir de entrevistas semiestruturadas.

Participantes

A pesquisa foi realizada com estudantes regularmente matriculados em cursos de bacharelado, licenciatura e tecnólogos de uma instituição de ensino superior de Caxias do Sul, tanto na modalidade presencial quanto de ensino à distância. Foi critério de exclusão estar matriculado somente em cursos livres, cursos técnicos, cursos de nível médio ou cursos de pós-graduação desta instituição. Também foi critério de exclusão ter menos de 18 anos. O questionário foi divulgado através das redes sociais e de e-mail institucional após anuência e apoio para divulgação da instituição de ensino.

No mês de setembro de 2020, a instituição em questão contava com 15.201 alunos na graduação, sendo que este dado está em constante alteração, pois ocorrem transferências, desistências e diferentes formas de ingressos. Espera-se que todos recebam e abram o e-mail para ter ciência da pesquisa e a oportunidade de respondê-la, no entanto, não se tem essa garantia. Por isso, a amostra desta pesquisa será não probabilística e por conveniência. A escolha deste tipo de amostra se deu justamente pela imprevisibilidade da amostra. Shaughnessy, Zechmeister e Zechmeister (2012) explicam que esta amostra é comumente utilizada em pesquisas em revistas, pois a revista deverá estar disponível, ser adquirida e o sujeito deve se dispor a encaminhar as suas respostas. Pode-se fazer uma analogia ao formato *online*, o sujeito deverá acessar seu e-mail durante o período que a pesquisa estiver disponível e se propor a responder o questionário. Desta forma, é difícil identificar *a priori* o tamanho da amostra. Contudo, o cálculo amostral, considerando o erro amostral de 5% e o nível de confiança de 95% indica que o ideal é ter 375 respondentes, pelo menos.

Ao término do questionário, os respondentes foram convidados a participar de uma entrevista sobre a temática. Assim, aqueles que desejassem/concordassem com a participação deveriam deixar um e-mail. Foram selecionados os primeiros estudantes que concordaram em participar. Aos demais que se prontificaram, foram realizados agradecimentos e informados de que não foi necessário nesse momento a participação destes, colocando-nos à disposição para qualquer esclarecimento. Entende-se que se abordaria em torno de 3 estudantes. Assim, novamente trata-se de uma amostra não probabilística e de conveniência.

Instrumentos e procedimentos

Inicialmente foi empregado o método de pesquisa de Levantamento de dados ou *Survey*, que consiste em uma pesquisa parecida a um censo, coletando dados de uma população específica, sendo a mais conhecida delas a pesquisa eleitoral (Babbie, 1999). A *survey* caracteriza-se pela indagação direta de pessoas as quais deseja-se conhecer o comportamento, sendo necessário um grupo considerável de sujeitos, coletando, destes, informações a respeito do problema estudado (Gil, 2008). O questionário apresenta como objetivo obter dados sobre o nível de conhecimento dos universitários, identificando se a falta de informação sobre o HIV/aids é uma demanda desta população. Foram coletados também dados sobre as suas percepções acerca da temática, além de cumprir o papel de trazer algumas informações que talvez não sejam de conhecimento dos respondentes sobre os métodos de prevenção e os locais em que eles estão disponíveis.

Como vantagens da utilização do *survey* enquanto instrumento de coleta de dados pode-se citar: o conhecimento direto da realidade, uma vez que os sujeitos respondem eles mesmos os questionários, afastando a interpretação e subjetividade dos pesquisadores; economia e rapidez, à medida que não são necessários inúmeros entrevistadores para uma amostra grande; e a quantificação, pois permite a análise estatística (Shaughnessy et al., 2012).

Para o levantamento de dados objetivando a investigação quantitativa foi utilizado um questionário. Este questionário contou com perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas são elaboradas pelo pesquisador de maneira que somente seja possível a escolha de respostas daquelas opções elencadas por ele e as perguntas abertas são aquelas em que não se disponibiliza opções de respostas, sendo um espaço para o respondente emitir sua opinião, expondo seu pensamento através de seu próprio sistema de referência. É importante que o questionário seja curto, atraente em sua apresentação e com questões simples e claras. (Laville & Dionne, 1999). O questionário contou com 36 perguntas, sendo 6 questões abertas e 30 fechadas. No Anexo A consta o modelo do questionário aplicado. A elaboração deste questionário foi embasada nos questionários aplicados na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) aplicada pelo Ministério da Saúde, e nas pesquisas: Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/aids (Oliveira et al., 2013) e Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/aids (Bezerra et al., 2012).

Mesmo compreendendo a diferença entre HIV e aids, como já referido anteriormente, foi utilizado o termo HIV/aids em todas as questões, visando que os respondentes, que talvez não tenham a compreensão da diferença, consigam responder às perguntas, sem causar prejuízos ao questionário.

Antes da aplicação do questionário, foi realizado um estudo piloto com estudantes da instituição, contemplando pelo menos 3 estudantes de diferentes áreas do conhecimento da instituição universitária. Após responderem ao instrumento, os universitários foram questionados a respeito da clareza e vocabulário utilizados, bem como se surgiram dúvidas na compreensão do mesmo e se possuíam sugestões. Não se percebeu a necessidade de realizar mudanças do questionário antes de sua efetiva aplicação.

Esta coleta de dados através do questionário foi realizada em formato *online*, utilizando a ferramenta Google Formulários. A opção pela coleta de dados de maneira *online* ocorreu no sentido de buscar respostas mais sinceras possíveis, visto que a pesquisa envolve o tema da sexualidade, que ainda é tabu para a sociedade, e que talvez de maneira presencial os sujeitos não se sintam confortáveis em responder, ou respondam de forma que seja

considerado aceito pela sociedade, não expondo suas falhas ou desinformações. Todos responderam de maneira anônima e voluntária, uma vez que esse tipo de questionário pode abordar temas da vida pessoal aos quais talvez não tenham sido sequer revelados a pessoas da convivência do indivíduo, podendo representar uma intrusão na vida pessoal do respondente (Babbie, 1999). Nenhuma das perguntas exigiu respostas obrigatórias, podendo o participante escolher responder ou não a questão, ou até mesmo abandonar o questionário a qualquer momento.

Quanto à investigação na abordagem qualitativa, ao término do questionário *online*, houve um convite ao estudante para participar da segunda parte da pesquisa, que se constituiu de uma entrevista individual com alguns participantes. Desta forma, foi realizada uma entrevista semiestruturada, que necessita de um roteiro sobre a temática, mas o entrevistado é instigado a falar livremente do assunto a ser investigado (Gerhardt, Ramos, Riquinho & Santos, 2009). As entrevistas poderiam ser realizadas nas dependências da Universidade em que ocorreu a pesquisa, mas em razão da permanência das medidas de restrição impostas pela pandemia de COVID-19, foram realizadas em formato online. Estas foram gravadas, utilizando esta funcionalidade no *Google Meet* e, posteriormente, transcritas na íntegra. As questões foram embasadas, também, nos resultados provenientes da aplicação do questionário, mas pode-se apontar algumas perguntas que nortearam a entrevista conforme constam no Anexo C.

Nesta etapa, o objetivo foi aprofundar dados provenientes dos questionários e buscar a identificação de questões ou possíveis compreensões que possam não estar relacionadas à falta de conhecimento e/ou informação acerca da prevenção e sim demandas inconscientes dos sujeitos em relação à temática.

Importante considerar que poderia haver o risco de que os participantes da pesquisa pudessem se sentir invadidos em sua intimidade ou tivessem vergonha de responder, por se tratar de um questionário que aborda a temática da sexualidade, bem como pudessem temer que os dados presentes na pesquisa o identificassem ou que fossem divulgados individualmente. Para minimizar estes riscos, o questionário foi elaborado de forma online e anônima, não sendo coletado nenhum dado que possa identificar o respondente. Também foi possibilitado, caso o sujeito não se sentisse confortável em responder as perguntas, que ele não respondesse alguma questão ou parasse de responder em qualquer fase do questionário, assim como o contato da pesquisadora ficou disponível para dar qualquer suporte ou esclarecimento que se fizesse necessário aos respondentes. Ainda, no sentido de minimizar os riscos, foi garantido que os dados coletados não serão divulgados individualmente e sim em conjunto, impossibilitando a identificação de quem o responder.

Em relação às entrevistas individuais, sejam presenciais ou em formato online, foi assegurada a confidencialidade e garantida a guarda pela própria pesquisadora dos materiais de áudio provenientes da entrevista por 5 anos e em local seguro. Foi facultado ao entrevistado que não respondesse questões que lhe causem constrangimento e o término da entrevista a qualquer momento, também estando a pesquisadora à disposição para esclarecimentos e auxílio.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 39024920.4.0000.5341. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado ao respondente na primeira tela do questionário, sendo necessário que ele fizesse a leitura e concordasse com este para prosseguir o questionário, assinalando o campo “Li e concordo em Participar da Pesquisa”. Também foi disponibilizado um link para que o usuário imprima o TCLE, se desejar. Na entrevista individual, foi orientado sobre o TCLE e solicitada a assinatura do entrevistado antes do início da entrevista. No anexo B consta o modelo de TCLE que foi utilizado na entrevista.

Análise de dados

Após a coleta de dados estes foram lançados em planilha no programa Microsoft Excel. As análises quantitativas dos dados foram realizadas através do programa JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program). Por se tratar de variáveis categóricas, o teste estatístico aplicado para a análise das associações entre tais variáveis foi o qui-quadrado de Pearson, sendo considerado significativo quando menor ou igual a 0,05 ($p < 0,05$).

A análise qualitativa ocorreu através da Análise de Conteúdo de Bardin. Bardin (2016) pontua que a análise de conteúdo é essencialmente um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p.31), sendo um instrumento que propicia, através de sua adaptabilidade e de suas diversas formas, uma análise de um campo tão amplo como é o das comunicações. A autora supracitada propõe que a análise de conteúdo se concretize através de 3 fases: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento e a interpretação dos resultados.

A pré-análise se constitui do momento em que são organizadas as ideias iniciais de forma sistematizada e operacional, mas que permite alterações no decorrer da análise, mesmo adotando essa flexibilidade, esta organização deve ser precisa. Esta etapa possui três objetivos: escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses e objetivos e elaborar os indicadores que embasam a interpretação final, sendo que não existe uma obrigatoriedade de seguir estes objetivos em ordem, pois todos estão interligados (Bardin,

2016). A autora sugere que inicialmente seja realizada uma leitura flutuante dos documentos, e neste momento pode suscitar intuições, as quais é conveniente que se formulem hipóteses e objetivos. No caso de pesquisas ou entrevistas, estas serão agrupadas e constituirão o *corpus* da análise (Câmara, 2013).

Algumas regras devem ser observadas para constituir o *corpus*, sendo elas: Exaustividade, não esquecendo de contemplar nenhum elemento que equivalha aos critérios determinados; Representatividade, a amostra terá que representar o universo analisado; Homogeneidade, os dados a serem analisados devem abordar o mesmo tema, terem sido obtidos através de técnicas iguais e por indivíduos semelhantes; Pertinência, os documentos devem adequar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa (Bardin, 2016; Câmara, 2013; Seramim & Walter, 2017). A formulação das hipóteses e dos objetivos também ocorre neste momento. Uma hipótese se constitui de uma afirmação provisória, a qual será verificada através da análise. Essas hipóteses não necessariamente devem ser definidas e esgotadas nesta etapa. De acordo com as hipóteses pré-determinadas, será realizada a referenciação dos índices que a análise explicita e estes índices serão organizados sistematicamente em indicadores. Antes de iniciar efetivamente a análise, o material deverá ser preparado, transcrevendo por exemplo, todas as questões abertas e entrevistas em uma planilha. (Bardin, 2016).

Na segunda fase, ocorre a exploração dos materiais. Ocorre aqui a aplicação sistemática das decisões tomadas na pré análise e consiste fundamentalmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração. (Bardin, 2016) A busca, neste momento, é pelas categorias, que são expressões ou palavras significativas que serão encontradas nas respostas dos sujeitos. A primeira parte desta fase consiste no recorte do texto em unidades de registro, estas unidades podem ser palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos que podem já ter sido indicados como pertinentes na pré-análise. Após, serão escolhidas regras de contagem, construindo codificações e índices e por fim, é feita a classificação e integração dos dados, selecionando as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela identificação dos temas. (Minayo, 2014).

Na terceira fase é realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Os resultados brutos são tratados de forma a serem significativos e válidos, assim através de operações estatísticas é possível estabelecer quadros de resultados, por exemplo, colocando em destaque as informações obtidas na análise. Através da obtenção de resultados significativos e fiéis, será possível propor inferências e antecipar interpretações e propósitos dos objetivos previamente elaborados, ou mesmo descobertas inesperadas (Bardin, 2016).

RESULTADOS

Esta pesquisa contou com duas etapas, a primeira foi a aplicação de um questionário quantitativo no qual todos os participantes respondiam de forma anônima a questões abertas e fechadas e a segunda etapa consistiu em entrevistas individuais que foram realizadas de forma remota através da ferramenta Google Meet. Abaixo são apresentados os resultados de ambas as etapas.

1- Questionário quantitativo

A pesquisa quantitativa foi divulgada para os alunos de graduação da Universidade, público alvo desta pesquisa, no período de 25 de janeiro de 2021 a 31 de março de 2021. Os alunos receberam o convite para participar através do e-mail institucional e redes sociais da pesquisadora. No total foram 1176 respondentes, sendo que foi interrompida a participação em função do número suficiente para as devidas análises.

Destes 72,9%(N=857) do sexo feminino e 27,0%(N=318) do sexo masculino, sendo que uma pessoa não respondeu à questão, conforme gráfico 1.

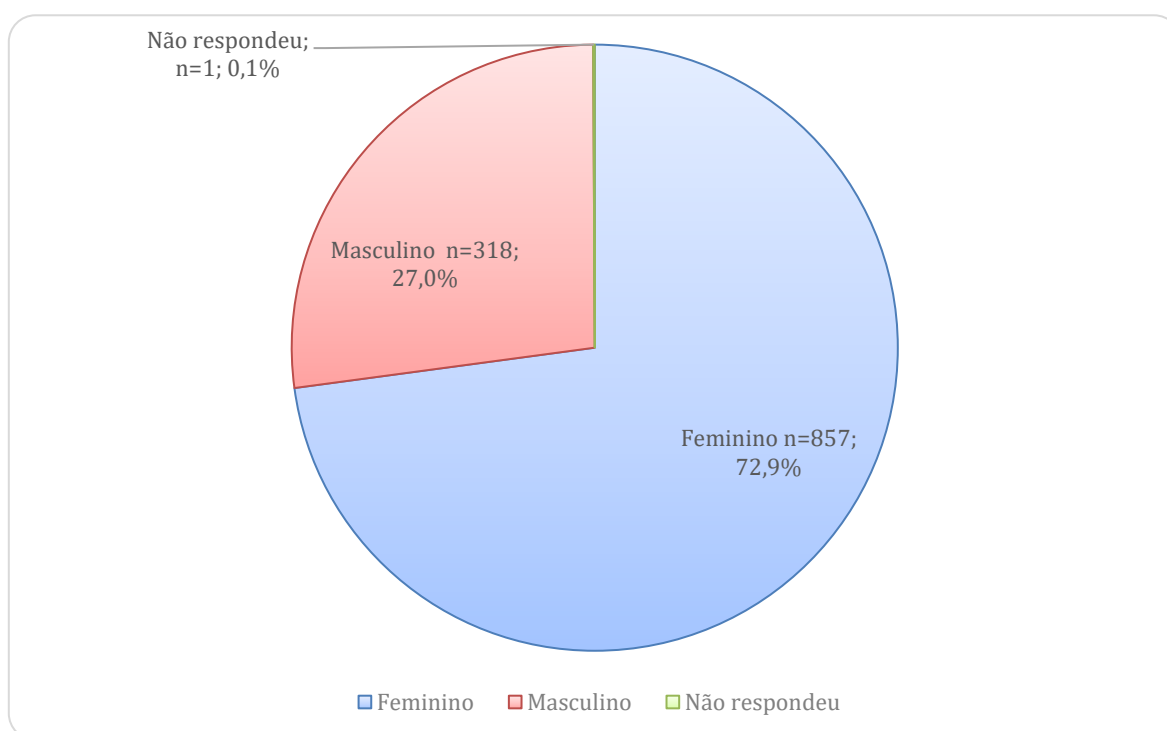


Gráfico 1. Sexo dos respondentes.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

No que se refere ao estado civil, 2 pessoas não responderam à questão, 66,7% (N=784) eram solteiros, 20,6% (N=242) viviam em união estável, 11,8% (N=139) eram casados, 0,7 % (N=8) eram separados ou divorciados, e 0,1% (N=1) era viúvo

Em termos de idade, a média foi de 25 anos. Como descrito no gráfico 2, o respondente mais jovem tinha 18 anos e o mais velho de 70 anos. A maior parte dos respondentes tinha entre 20 e 21 anos.

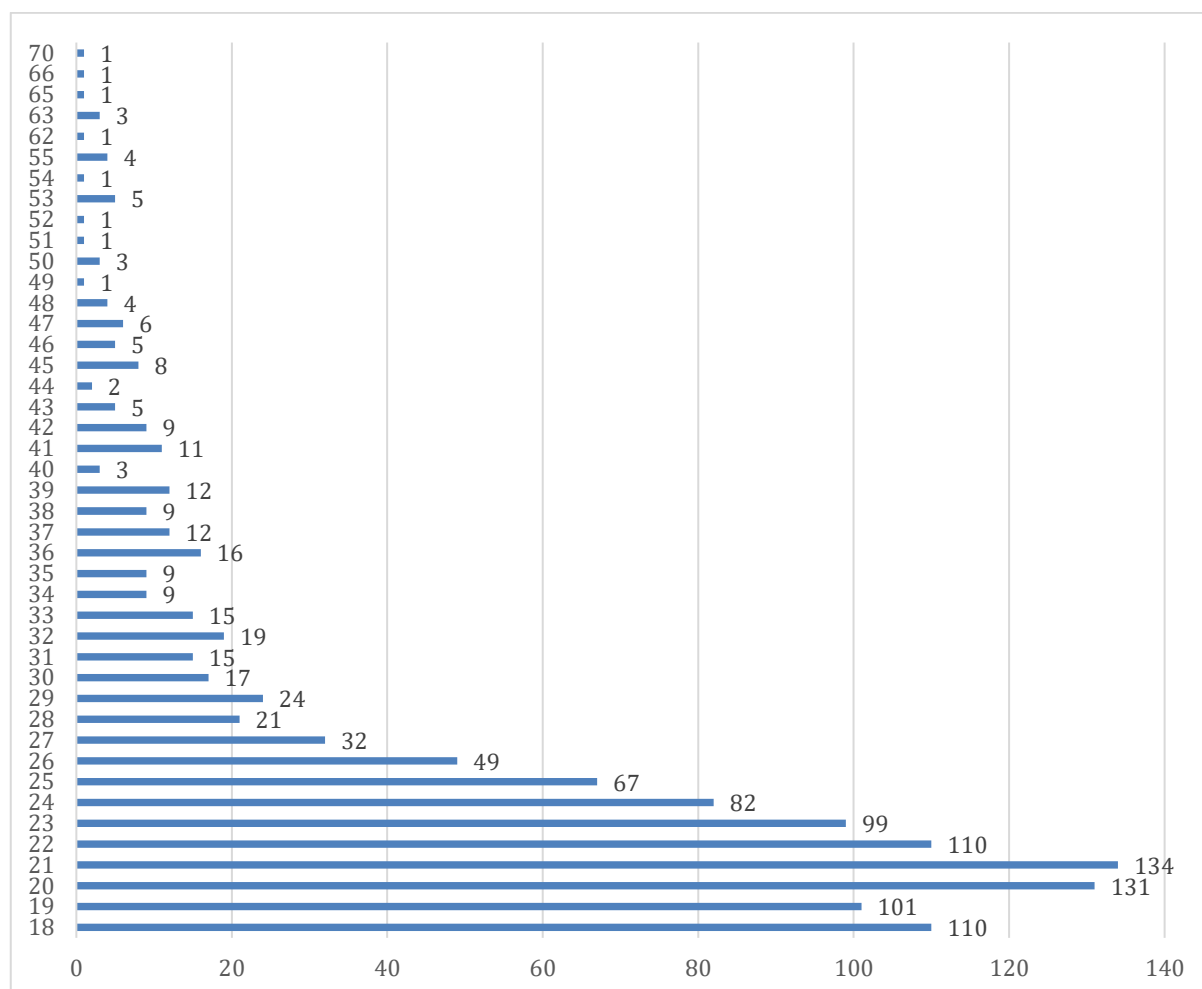


Gráfico 2. Idade dos respondentes

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em relação à escolaridade, 85,3% (N=1003) relatam ensino superior incompleto, 9,3% (n=109) ensino superior completo, 4,1% (N=48) pós graduação lato sensu, 0,9% (N=11) mestrado e 0,3% (N=0,3) doutorado, sendo que 2 pessoas não responderam à questão.

No que se refere à área do conhecimento ao qual o curso está vinculado, conforme demonstrado no gráfico 3, 38,4% (N=451) eram da área de Ciências da Vida que compreende os cursos de Medicina, Agronomia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Nutrição,

Odontologia, Estética e cosmética e Radiologia; 11,6% (N=136) eram da área de Ciências Exatas e engenharias que abarca os cursos de Ciência da Computação, Criação Digital, Engenharias, Química, Tecnologias Digitais, Física, Matemática, Química, Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Jogos Digitais e Redes de Computadores; 14,4%(N=169) eram dos cursos de Humanidades: Filosofia, Psicologia, Serviço Social, Geografia, História, Letras, Pedagogia, Sociologia; 16,8%(N=198), da área de Ciências Sociais que corresponde aos cursos de Administração, Biblioteconomia, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Comércio Internacional, Comunicação Social- Publicidade e Propaganda, Jornalismo, Relações Públicas, Turismo, Fotografia, Gastronomia, Gestão comercial, Gestão da Produção Industrial, Gestão da Qualidade, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Pública, Logística, Marketing, Processos Gerenciais, Produção Audiovisual-cinema 12,6%(N=148) da área de Ciências Jurídicas que compreende o curso de Direito e 5,9 (N=69) da área de Artes e Arquitetura que está vinculada aos cursos de Arquitetura e Urbanismo, Artes Visuais, Design, Moda, Música, Design de Interiores, Design de Moda, e 5 pessoas não responderam a essa pergunta.

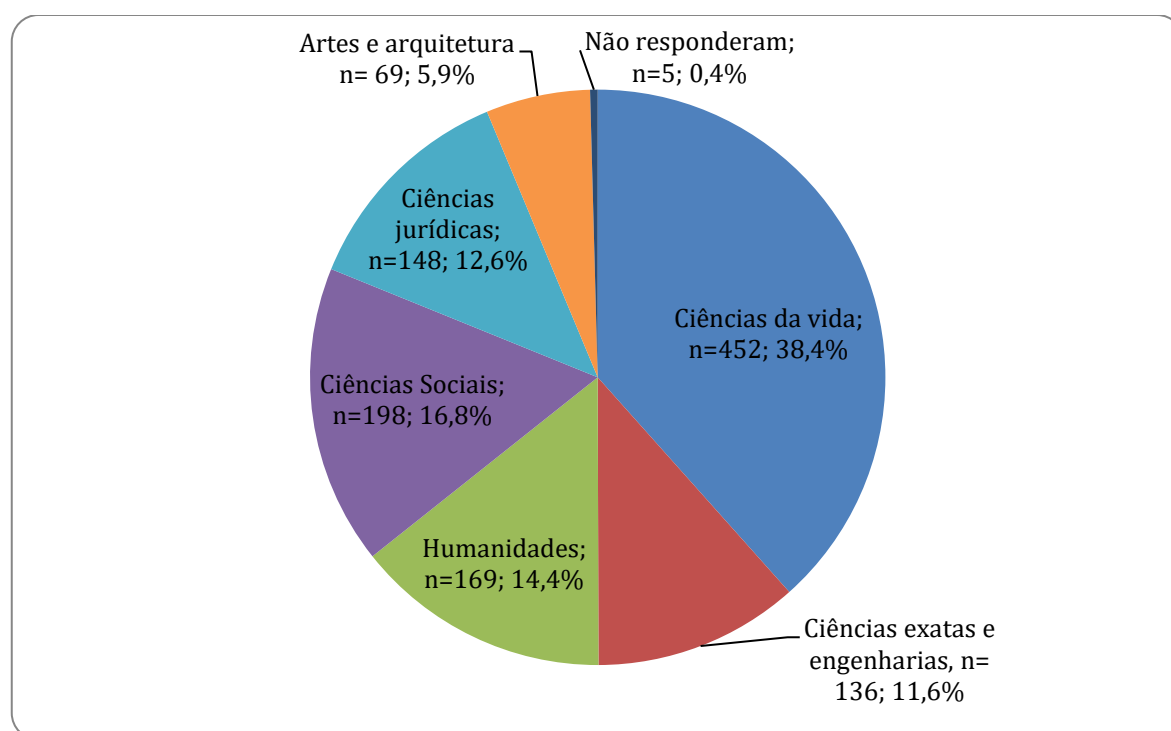


Gráfico 3: Área do conhecimento ao qual o curso está vinculado.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quando questionados sobre quais métodos contraceptivos também são métodos de prevenção ao HIV/aids, os respondentes tinham a opção de selecionar mais de uma resposta.

Os resultados assinalados, apresentados no gráfico 4 foram os seguintes: 98,3% (N=1156) preservativo (camisinha) masculina, 96,1% (N=1130) preservativo (camisinha) feminina, 3,8% (N=45) pílula anticoncepcional, 0,8% (N=9) pílula contraceptiva de emergência (pílula do dia seguinte), 1,5% (N=18) anticoncepcional injetável, 1,5% (N=18) implante anticoncepcional, 2,5% (N=29) dispositivo intrauterino (DIU), 4,0% (N=47) anel vaginal, 2,7% (N=32) diafragma, 0,9%(N=10) espermicida, 0,6%(N=7) laqueadura e 0,9%(N=10) vasectomia.

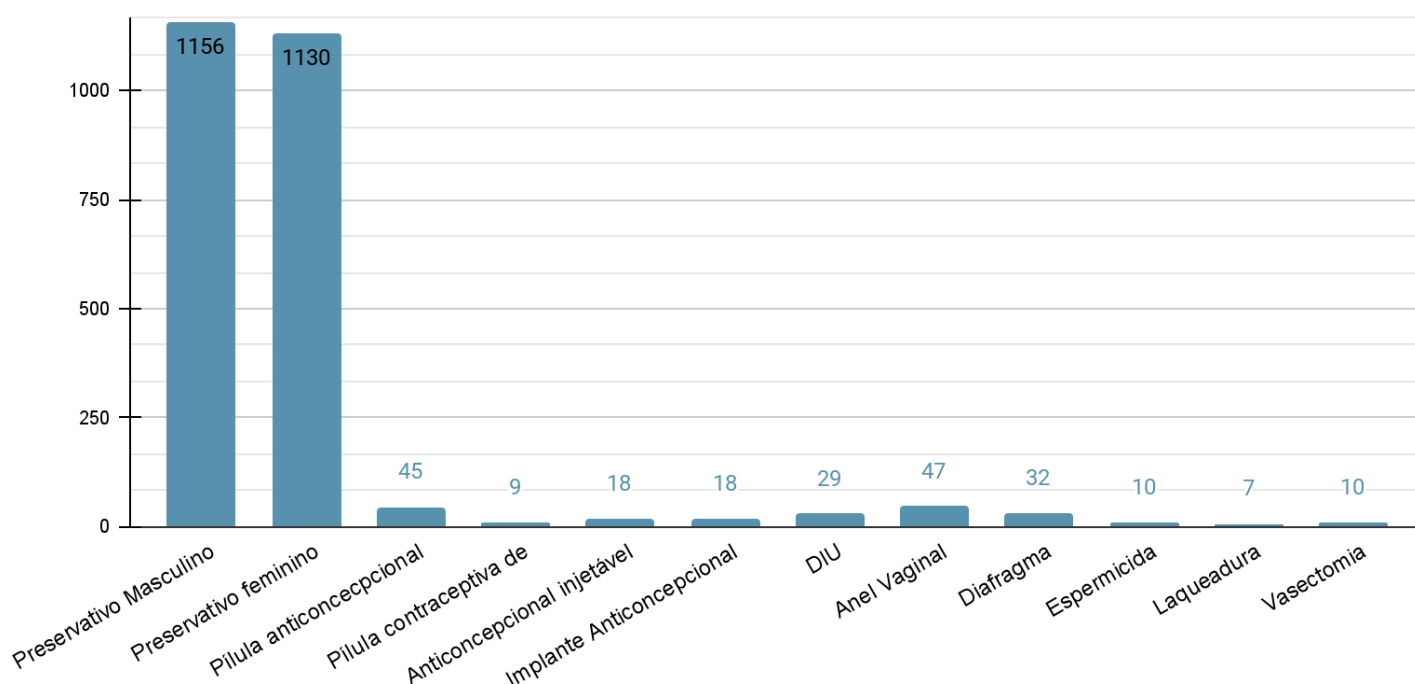


Gráfico 4: Quais destes métodos contraceptivos também são métodos de prevenção ao HIV/aids?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em relação aos métodos considerados apenas de contracepção, encontrou-se diferença significativa apenas na escolha da pílula anticoncepcional ($\chi^2 (1) = 7,8$ $p < 0,05$), que foi assinalada por mais mulheres.

Também existia a opção de “outros” que recebeu as respostas presentes na tabela 1, transcritas na íntegra.

Tabela 1:

Resposta outros para pergunta sobre métodos contraceptivos que também são métodos de prevenção ao HIV/aids

Quantidade	Resposta
4	PrEP
1	Profilaxia
1	PrEP e PEP
1	Histerectomia
1	Abstinência
1	Sexo mandamento: sexo só no casamento

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A questão seguinte abordava sobre as maneiras possíveis de transmissão do HIV/aids, também permitindo múltiplas respostas e os dados são apresentados no gráfico 5. A opção ato sexual sem proteção recebeu 99,8% (N=1174) das respostas, seguida de uso de instrumentos perfurocortantes como agulhas e seringas respondida por 92,9% (N=1093), de mãe infectada para o filho (durante a gestação parto ou amamentação) foi assinalada por 85,0% (N=1000). As demais respostas foram: utensílios de uso comum, como talheres e copos: 8,7% (N=102); toalhas sabonetes ou lençóis: 5,4% (N=63); suor e lágrimas: 4,42% (N=52) picada de inseto: 2,89% (N=34); contato físico, como aperto de mãos e abraço: 1,4% (N=16) beijo no rosto: 1,2% (N=14); pelo ar: 0,3% (N=3).

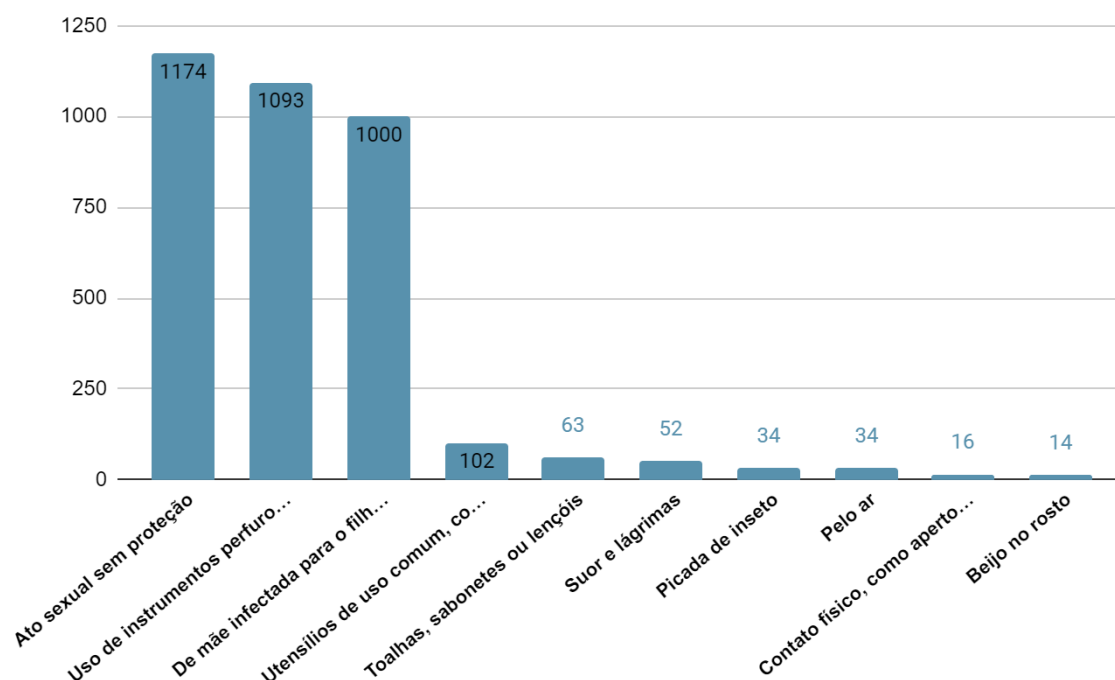


Gráfico 5: - Quais as maneiras possíveis de transmissão do HIV/aids?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Essa questão também tinha a opção de Outros, que recebeu as respostas presentes na tabela 2, transcritas na íntegra:

Tabela 2

Resposta outros para questão sobre transmissão do HIV/aids

Quantidade	Resposta
5	Contato com sangue
2	Transfusão de sangue
1	Contato com ferimentos
1	Sexo fora do casamento

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Não houve diferença significativa ($\chi^2(5) = 6,2$, $p > 0,05$) de quem conhecia as formas de transmissão do HIV em relação ao curso que frequentam, mas houve em relação ao sexo ($\chi^2(1) = 25,4$ $p < 0,05$), sendo que as mulheres demonstraram maior conhecimento.

Na sequência foram 5 perguntas cujas opções eram: concordo, discordo e não concordo, nem discordo, sendo permitido a escolha de apenas uma opção para cada pergunta. A primeira delas era: O risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado? Como apresentado no gráfico 6, do total 14,7% (N=173) respondeu que discorda, 13,5% (N=159) não concorda nem discorda e 71,7% (N=843) concorda, sendo que uma pessoa não respondeu à questão. Os homens foram os que mais assinalaram que concordam com a afirmação, demonstrando diferença significativa ($\chi^2(2) = 17,9$ $p < 0,05$).

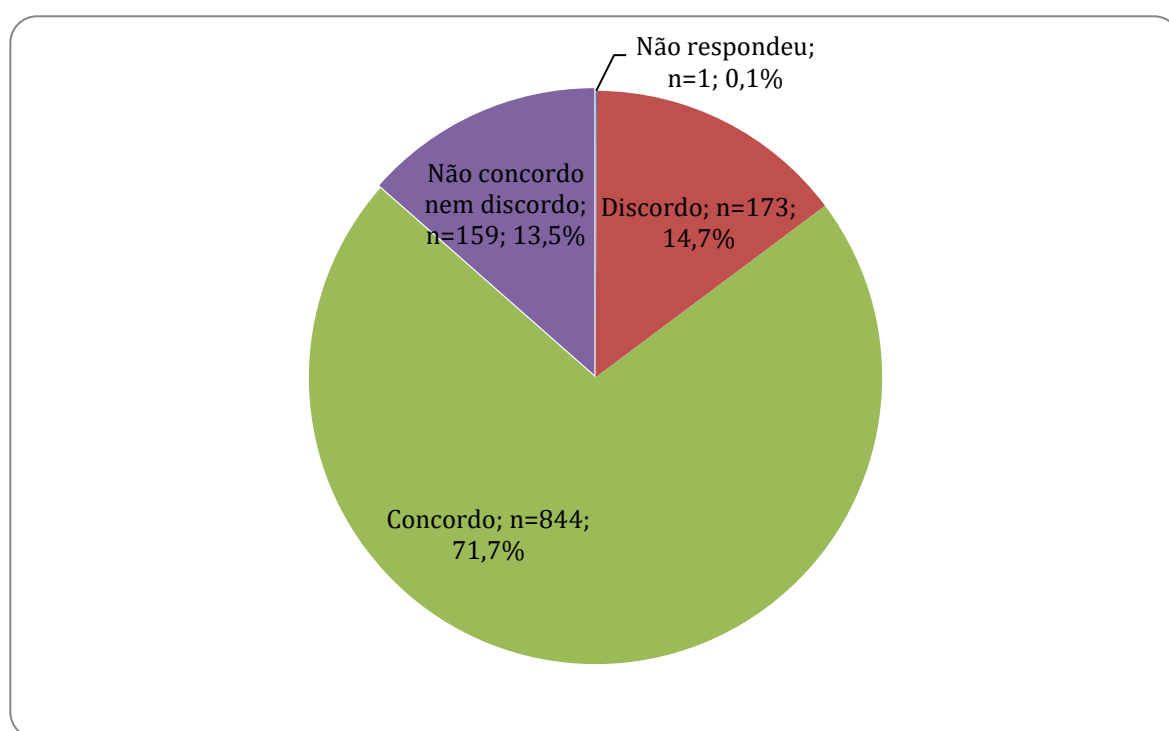


Gráfico 6: O risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A segunda afirmativa era: Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV/aids. Quatro pessoas não responderam à questão, 0,9% (N=11) respondeu que discorda, 1,4% (N=17) não concorda nem discorda e 97,3% (N=1144) concorda com a afirmativa, respostas demonstradas no gráfico 7. Não se percebe diferença significativa (χ^2

(2) = 2,5, $p > 0,05$) na escolha das respostas entre homens e mulheres e nem em relação à área que seu curso que está vinculado ($\chi^2 (10) = 15,4$, $p > 0,05$).

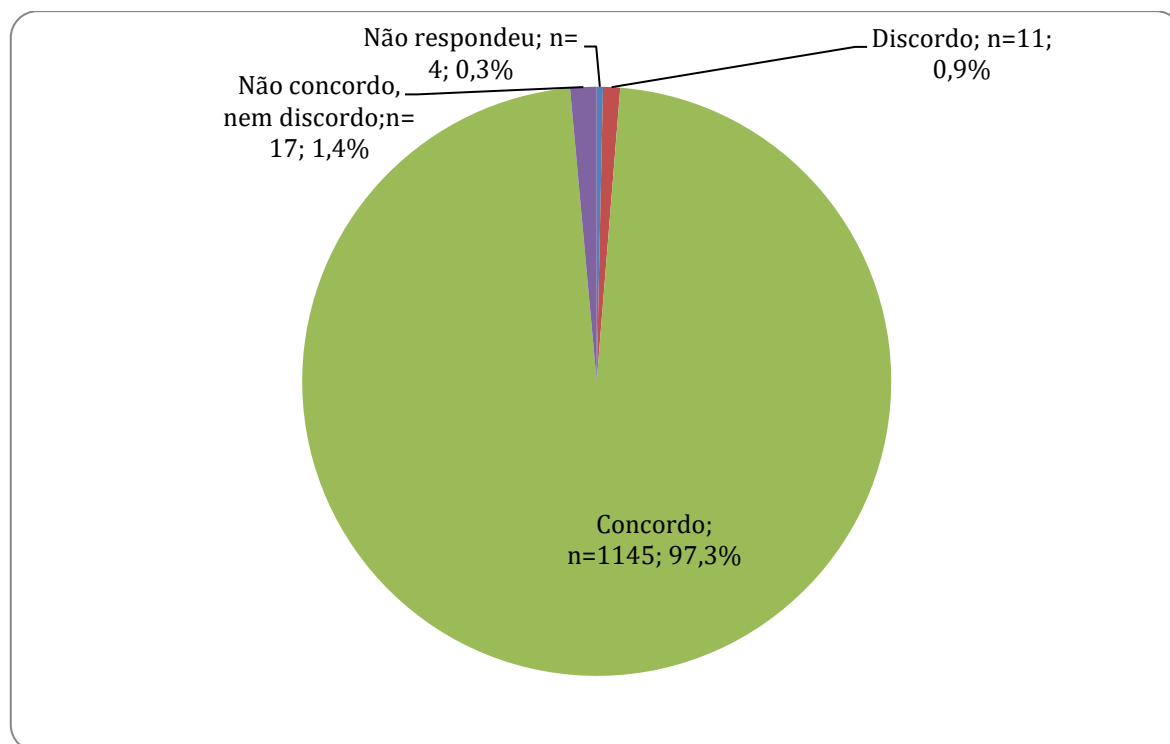


Gráfico 7: Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV/aids

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A terceira questão: Uma mulher grávida que esteja com HIV/aids e que recebe um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto, pode diminuir o risco de passar HIV/aids para o seu filho. Duas pessoas não responderam à questão, 5,4% (N=63) respondeu que discordava, 14,3% (N=168) não concorda e nem discorda e 80,2% (N=943) concorda com a afirmação, como demonstrado no gráfico 8. Houve diferença significativa entre as respostas em relação às áreas dos cursos. ($\chi^2 (10) = 24,3$, $p < 0,05$), mais respondentes vinculados à área da saúde (83,1%) e ciências jurídicas (84,2%) assinalaram que concordavam com a afirmação e mais respondentes da área de exatas e engenharias (8,8%) responderam que não concordavam. Em relação ao sexo, também se identifica diferença significativa ($\chi^2 (2) = 13,8$, $p < 0,05$), sendo que mais mulheres assinalaram que concordavam com a afirmação.

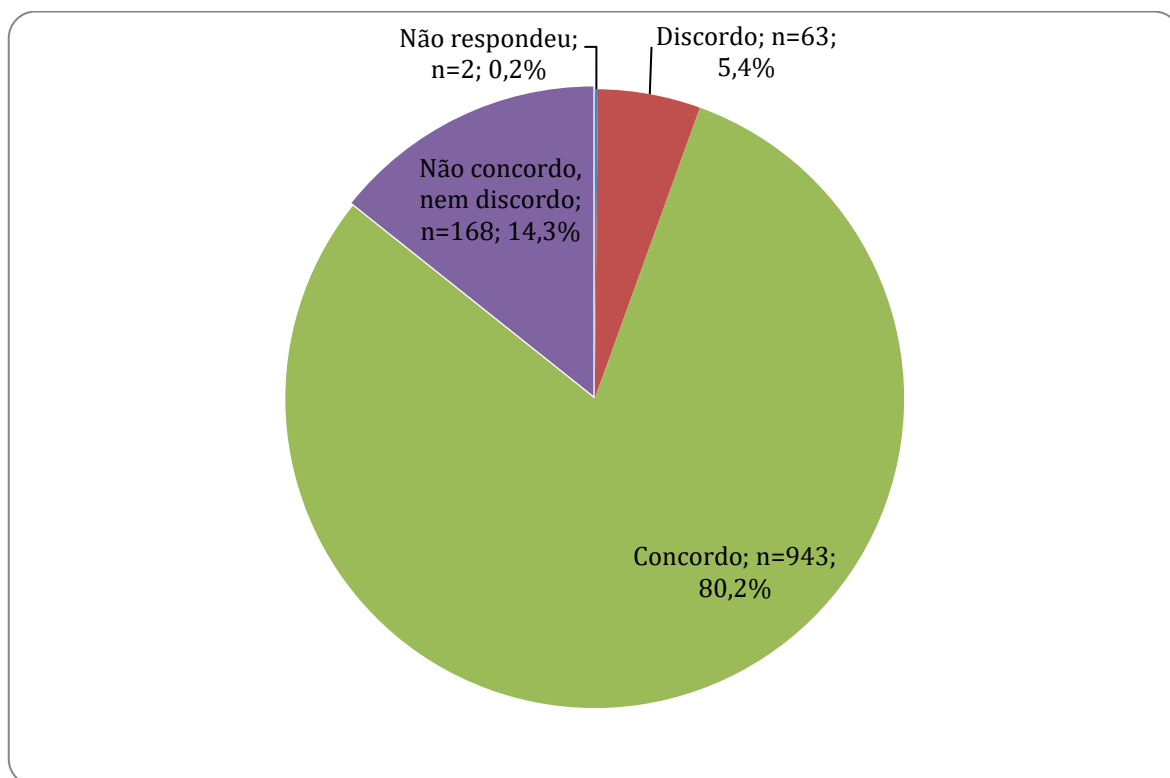


Gráfico 8: Uma mulher grávida que esteja com HIV/aids e que recebe um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto, pode diminuir o risco de passar HIV/aids para o seu filho.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A quarta afirmativa, cujo resultado encontra-se no gráfico 9 era: O uso de drogas ou álcool pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha. Quatro pessoas não responderam, 7,4% (N=87) discorda da afirmação, 9,9% (N=116) não concorda, nem discorda e 82,4% (N=969) concorda com a questão. Não se identificou diferença estatística em relação ao sexo ($\chi^2 (2) = 1,8$, $p > 0,05$), mas em relação ao curso de vinculação existe diferença ($\chi^2 (10) = 10,9 < 0,05$), sendo que os respondentes dos cursos da área da vida (84,0%) e de ciências jurídicas (88,3%) foram os que mais assinalaram que concordavam e os respondentes dos cursos de extas e engenharias (8,8%), humanidades (8,9%) e artes arquitetura (11,6%) se destacaram como os que mais assinalaram que não concordavam com a afirmação.

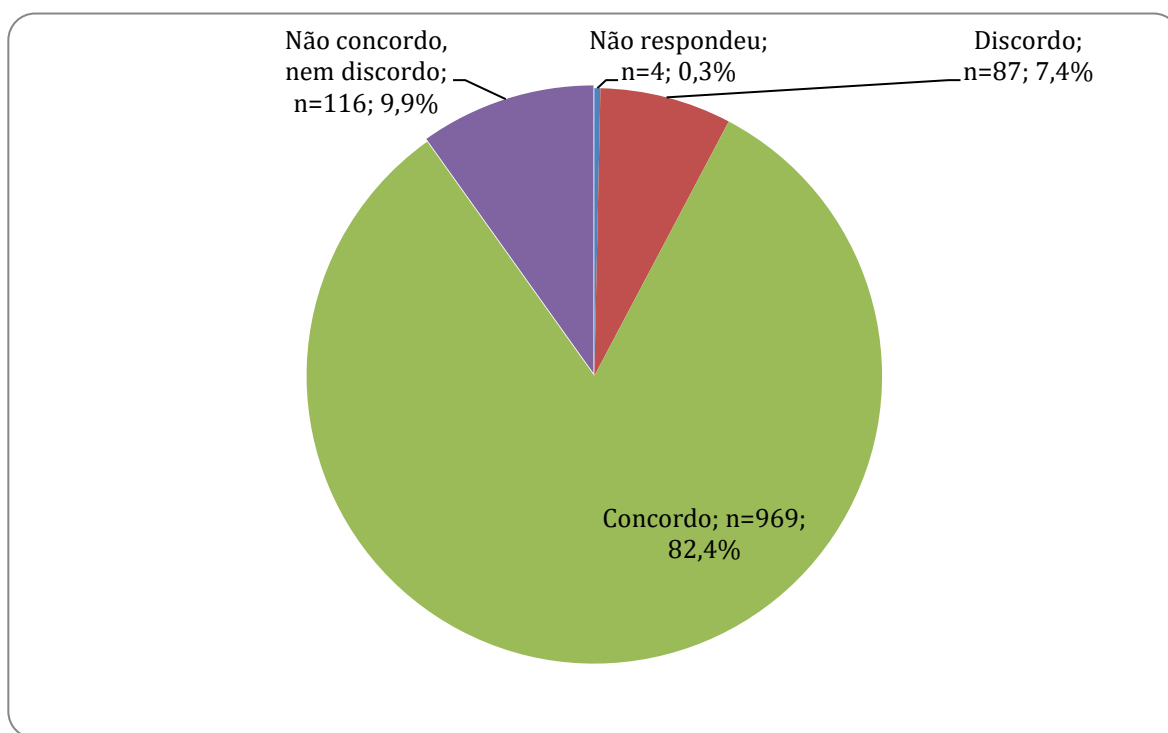


Gráfico 9: O uso de drogas ou álcool pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A última afirmativa desta sessão era: Casais heterossexuais não tem risco de infecção pelo HIV/aids em relações sexuais desprotegidas, conforme demonstrado no gráfico 10, uma pessoa não respondeu à pergunta, 96,0%(N=1129) discordam da afirmação, 1,7% (N=20) não concordam e nem discordam e 2,2% (N=26) concorda com a afirmação. Não foi encontrada diferença significativa em relação ao curso ao qual o sujeito está vinculado ($\chi^2(10) = 10,8$ $p > 0,05$), nem em relação ao sexo ($\chi^2(2) = 3,5$, $p > 0,05$).

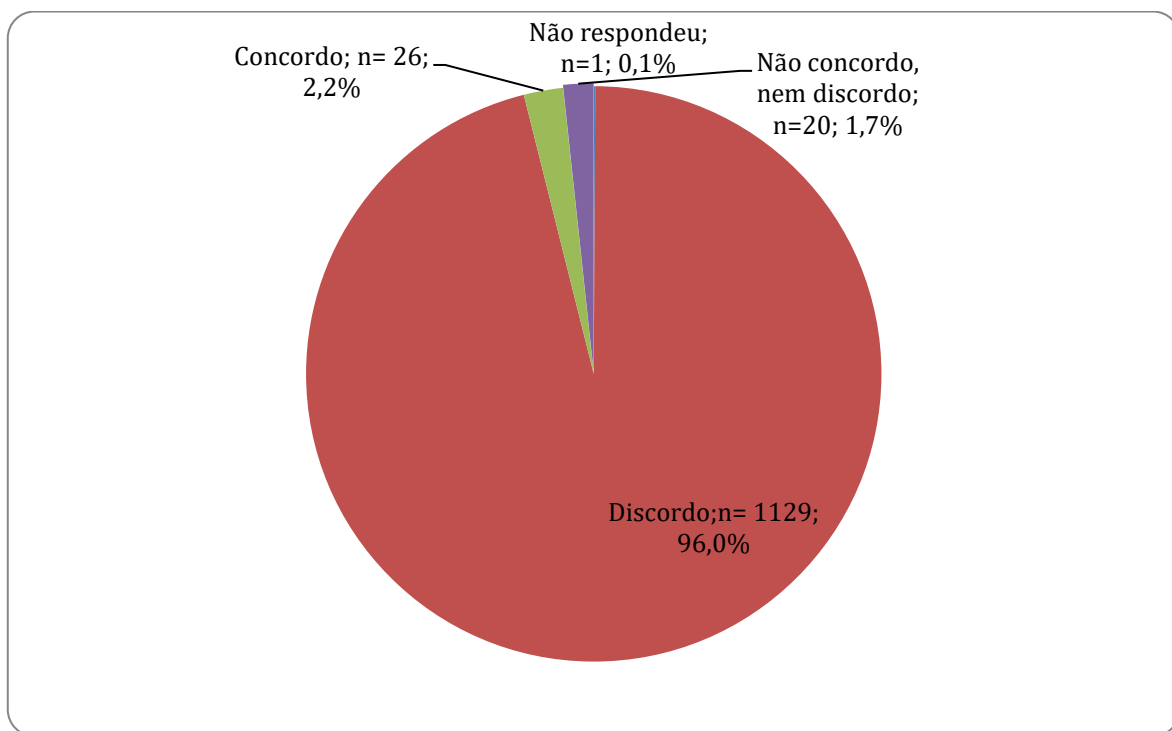


Gráfico 10: Casais heterossexuais não tem risco de infecção pelo HIV/aids em relações sexuais desprotegidas.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A seguir os estudantes universitários foram questionados: Pelo que você conhece ou já ouviu falar sobre aids, atualmente existe ou não cura para esta doença? Conforme o gráfico 11, três pessoas não responderam, 94% (N=1105) respondeu que não tem cura e 5,8% (N=68) respondeu que tem cura. Nesta pergunta, foi percebida diferença estatística em relação ao sexo ($\chi^2 (1) = 7,2 < 0,05$), sendo que as mulheres foram as que mais assinalaram que não existe cura para o HIV, e também foi encontrada diferença significativa em relação ao curso de vinculação ($\chi^2 (5) = 10,0 < 0,05$), sendo respondentes dos cursos das áreas de ciências jurídicas (96,6%) e artes e arquitetura (97,1%) os que mais assinalaram que não tem cura, e os respondentes dos cursos de exatas e engenharias (8,8%) e ciências sociais (8,1%) os que mais assinalaram que a doença tem cura.

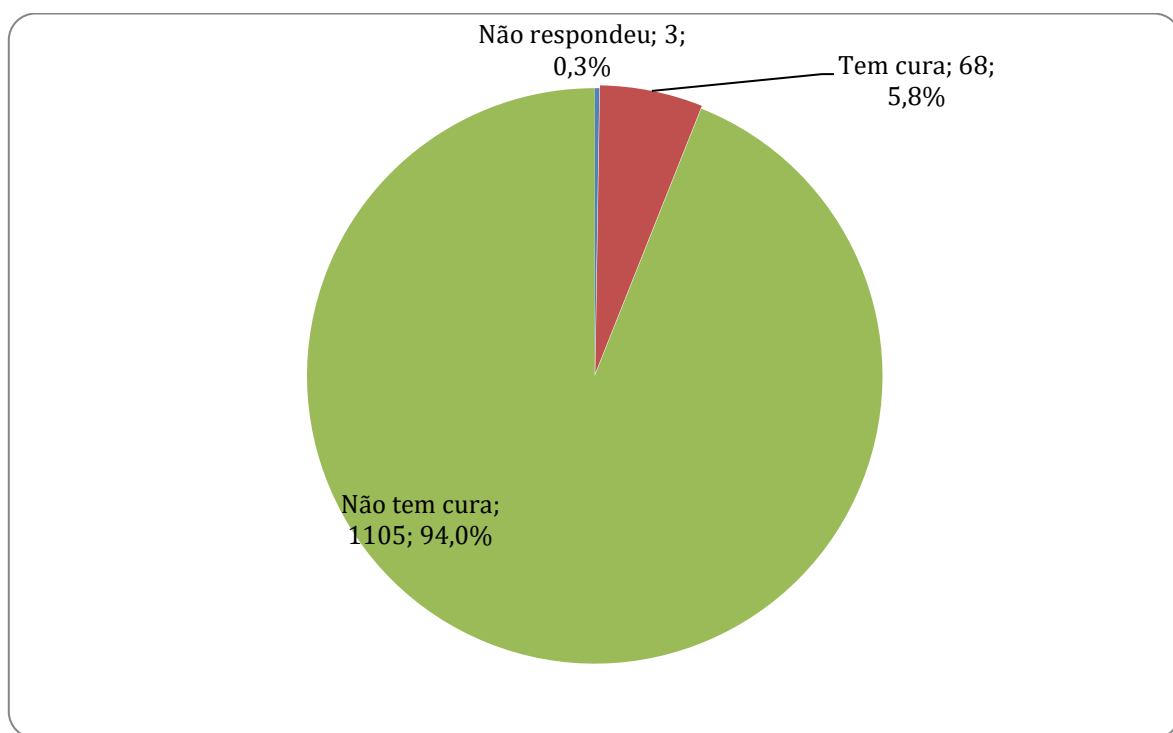


Gráfico 11: Pelo que você conhece ou já ouviu falar sobre aids, atualmente existe ou não cura para esta doença?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A questão seguinte perguntava se o respondente já havia tido pelo menos uma relação sexual na vida, caso respondesse que não, a pesquisa era encaminhada para a questão sobre a mudança de comportamento. Três pessoas não responderam, 7,1% (N=84) respondeu nunca ter tido nenhuma relação e 92,6%(N=1089) já tinham tido pelo menos uma relação sexual. Quando questionados se alguma vez já tinham feito sexo sem preservativo, 87,6% (N=957) respondeu que sim e 12,4%(N=135) respondeu que não, conforme apresentado no gráfico 12. Não houve diferença significativa ($\chi^2 (1) = 1,1, p > 0,05$) entre a não utilização de preservativos entre o sexo feminino ou masculino, nem entre a área do curso ao qual está vinculado ($\chi^2 (5) = 8,8, p > 0,05$), mas houve diferença estatística ($\chi^2 (4) = 40,1 < 0,05$) em relação ao estado civil, sendo que os solteiros foram os que mais assinalaram nunca ter tido nenhuma relação sexual sem preservativo.

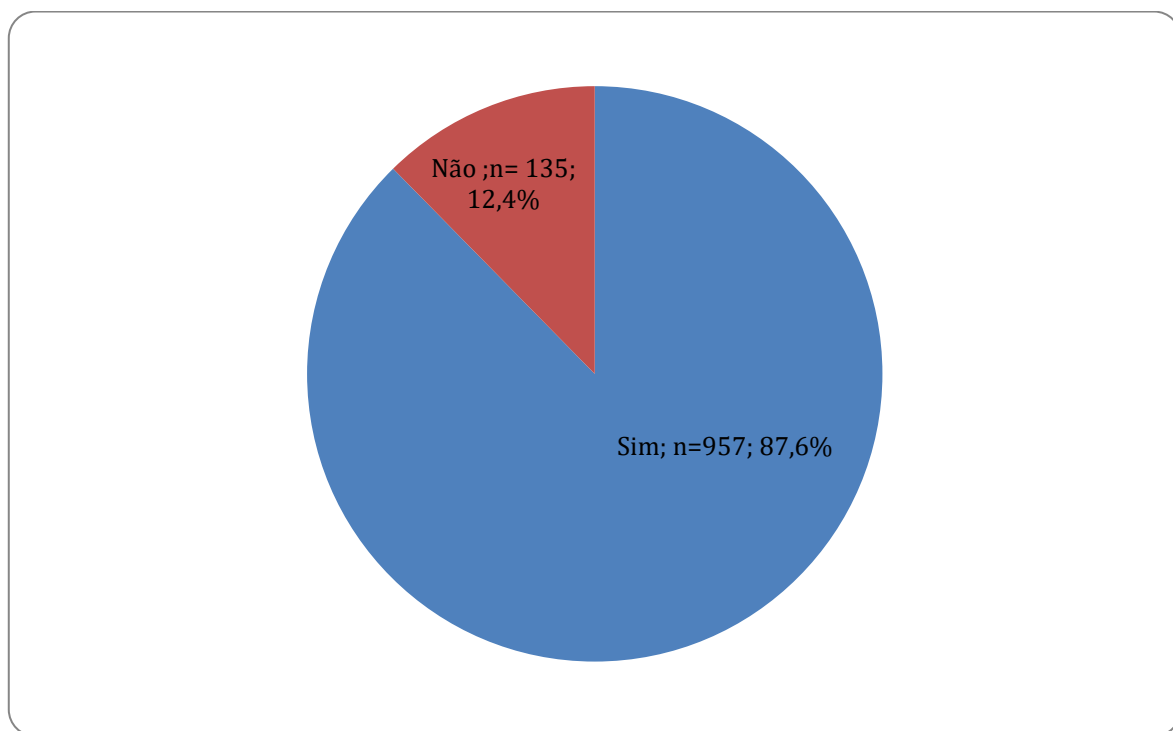


Gráfico 12: Você já fez sexo alguma vez sem utilizar preservativo?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Ainda em relação ao não uso de preservativos, foi perguntado: Considerando as suas relações sexuais do último ano, em quantas delas você utilizou preservativo? Como demonstrado no gráfico 13, seis pessoas não responderam à questão, 12,9% (N=123) relata que utilizou em todas relações, 34,5% (N=328) afirma que utilizou na maioria das relações, 20,0% (N=190) refere que utilizou em poucas relações e 32,6% (N=310) não utilizou em nenhuma relação.

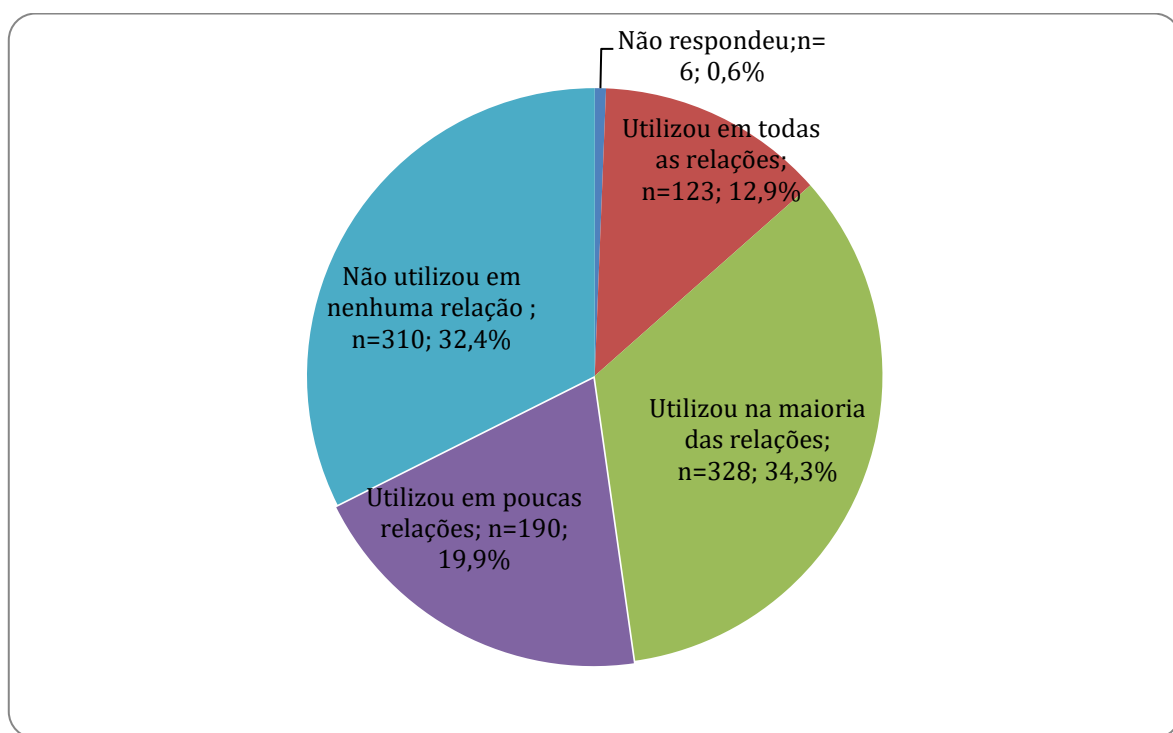


Gráfico 13: Considerando as suas relações sexuais do último ano, em quantas delas você utilizou preservativo?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quando perguntados sobre os motivos pelo qual não utilizaram preservativo, sendo uma pergunta que admitia múltiplas respostas, 18,4% (N=165) não possuía preservativo na hora, 0,1% (N=1) não tinha dinheiro para comprar preservativo, 0,7% (N=6) tem preconceito quanto à utilização, 10,7% (N=96) alegaram incômodo e 81,7% (N=723) por possuir parceiro fixo, conforme disposto no gráfico 14.

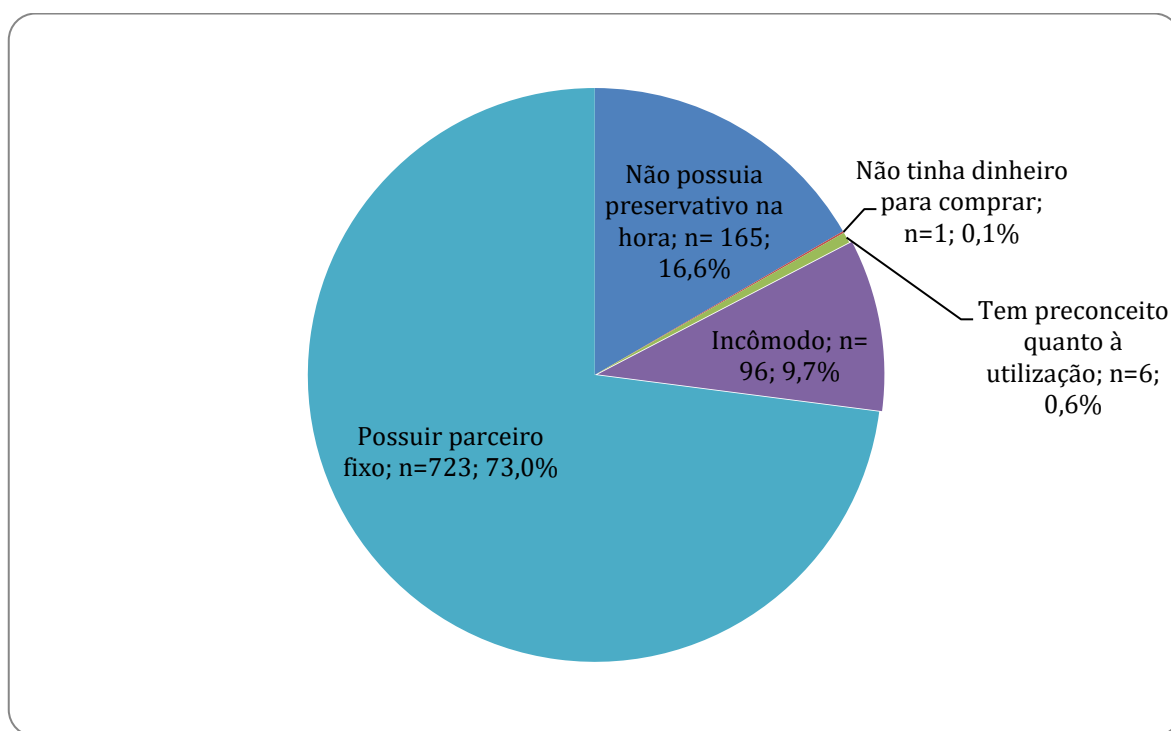


Gráfico 14: Quais os motivos que o levaram a não utilizar o preservativo?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Esta questão tinha a opção Outros, que recebeu as respostas apresentadas na tabela 3. As respostas foram agrupadas conforme categorias.

Tabela 3

Outros motivos pelos quais não utilizou preservativo

Quantidade	Respostas categorizadas
14	Relacionamento homoafetivo com mulheres
7	Uso de método contraceptivo
5	Por acreditar na fidelidade do parceiro/confiança
4	Gravidez
4	Alergias da camisinha/látex
4	Esquecimento
4	Prazer

3	Bebida em excesso
3	Parceiro forçar sem/ Opção do parceiro/ Parceiro tirar sem perceber
2	Fazer exames periodicamente
1	Bissexual
1	Utilizar PrEP

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os respondentes foram questionados se mudaram algum comportamento sexual após saber da existência do HIV/aids. Do total, 24 pessoas não responderam à pergunta, 43,5% (N=511) responderam que não mudaram o comportamento e 54,5% (N=641) responderam que mudaram o comportamento. Não foi encontrada diferença significativa em relação ao sexo do respondente ($\chi^2 (1) = 0,3$, $p > 0,05$). A seguir foram questionados sobre qual comportamento mudaram, sendo esta uma questão descritiva. As respostas foram lidas e, posteriormente, foram agrupadas e definidas as categorias, sendo que algumas respostas se encaixam em mais de uma categoria. Na tabela 4, abaixo, encontram-se os resultados.

Tabela 4

Quais comportamentos você modificou ao saber da existência do HIV/aids?

Quantidade	Respostas categorizadas
221	Uso de preservativos/ Camisinha
41	Ter mais cuidado / autocuidado/ ter mais responsabilidade
37	Realização de exames/ testagem para HIV e outras ISTs
37	Uso de proteção/ prevenção
31	Uso de preservativo nas relações casuais e/ou não fixas e/ou com desconhecidos (as)
24	Ter parceiro fixo/ parceiro em que confie

19	Cuidados com a escolha do parceiro (a)
17	Maior cuidado com objetos perfurocortantes e utilização de EPIs no trabalho
16	Obter mais informações/conhecimento sobre a temática
13	Diminuição da atividade sexual e/ou quantidade de parceiros
3	Utilização de métodos contraceptivos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Questionados se, levando em conta o conhecimento que possuíam sobre a transmissão do HIV/aids, consideravam que podiam estar expostos ou se já estiveram expostos ao risco de infecção ao HIV/aids. Em relação a essa questão, 5 pessoas não responderam, 50,3% (N=592) consideraram nunca ter estado exposto e 49,2% (N=579) consideram já ter se exposto. Não foi encontrada diferença significativa entre homens e mulheres quanto à percepção de exposição ao risco ($\chi^2 (1) = 0,5$, $p > 0,05$).

A pergunta a seguir indagava àqueles que responderam que já tinham estado em risco, o porquê consideravam que já estiveram ou estavam expostos ao risco de infecção ao HIV/aids, novamente era uma questão dissertativa e as respostas foram categorizadas na tabela 5.

Tabela 5

Por que você considera que esteve ou está exposto ao risco de infecção?

Quantidade	Respostas categorizadas
246	Sexo sem proteção
22	Utilização de materiais perfurocortantes e/ou exposição ao risco de infecção no ambiente de trabalho
22	Utilização de materiais perfurocortantes fora do ambiente de trabalho

- 21 Por ter ocorrido traição no relacionamento e/ou por não ter certeza da fidelidade do parceiro
- 19 Por ter relações sexuais (não citando se foi sem o uso de proteção)
- 14 Respostas generalistas (sempre há o risco/ todos estamos expostos)
- 12 Por não conhecer o parceiro com o qual se relacionou
- 9 Por comportamentos considerados de exposição ao risco de infecção
- 7 Pela confiança que possuía no parceiro
- 6 Por ter contato com pessoas vivendo com HIV/aids
- 5 Pelo uso de álcool/drogas
- 4 Por ter contato sexual com pessoas vivendo com HIV/aids
- 3 Por beijar na boca
- 3 Pela orientação sexual (homossexuais)
- 3 Por considerar que não tinha conhecimento suficiente sobre o tema
- 3 Pela dificuldade de acesso à métodos de prevenção adequados para relações homoafetivas femininas
- 2 Porque uma pessoa aparentemente saudável pode estar contaminada e transmitindo sem saber/ por ser uma doença silenciosa
- 1 Porque é HIV positivo
- 1 Porque foi vítima de estupro
- 1 Pois muitas pessoas omitem que possuem aids

1	Por não saber se outras pessoas usam o preservativo
1	Pelo fato de (algumas vezes) tomar em copos de outras pessoas
1	Por utilizar banheiro público
1	Pelas taxas de contaminação do vírus cada vez maiores

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em relação à testagem, foi questionado se os estudantes já haviam feito teste para HIV/aids alguma vez na vida. Uma pessoa não respondeu, 42,3%(N=497) respondeu que nunca tinha feito o teste e 57,7% (N=678) já havia feito o teste para HIV/aids. Identificou-se diferença estatística em relação ao estado civil ($\chi^2 (4) = 56,3$, $p < 0,05$), sendo que os respondentes separados (100%), os casados (79,1%) e aqueles que vivem em união estável (66,5%) nunca tinham feito o teste, e o respondente viúvo (100%) e os solteiros (49,2%) foram os que mais assinalaram que realizaram o teste. Em relação ao sexo, não houve diferença estatística ($\chi^2 (1) = 0,6$, $p > 0,05$)

No que se refere aos motivos que levaram os respondentes a realizar o teste, sendo uma pergunta que permitia múltipla resposta, os resultados foram os apresentados na Tabela 6:

Tabela 6

Quais os motivos para você ter feito o último teste para HIV/aids?

Quantidade	Resposta
326	Indicação médica / exames de rotina
229	Curiosidade
177	Doação de sangue porque precisou e/ou quis
121	Por exposição a alguma situação de risco

87	Durante o pré-natal
86	Doação de sangue somente para se testar
32	Por solicitação do empregador
26	Porque o parceiro pediu
8	Porque o parceiro está infectado
3	Após o término de um relacionamento e/ou ao iniciar um relacionamento
2	Pelo uso de PrEP
2	Campanha no ambiente escolar/universitário
1	Porque “Há boatos de que uma amiga minha tem HIV. Já compartilhei copos e garrafas com ela.”

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O questionário seguia com perguntas a respeito da PrEP e da PEP. A primeira pergunta desta área era: Você já ouviu falar sobre a PEP (Profilaxia pós exposição), método de prevenção à infecção pelo HIV/aids? Duas pessoas não responderam, 55,9% (n=657) respondeu que nunca tinha ouvido falar e 44,0 (n=517) respondeu que já tinha ouvido falar sobre a PEP. Houve diferença significativa entre homens e mulheres que conheciam a PEP ($\chi^2(1) = 6,0$, $p < 0,05$), sendo que mais mulheres afirmaram que conheciam a PEP. A seguir, após uma breve explicação sobre o que é a PEP é perguntado: Você concorda com que o SUS distribua este medicamento? 98,8%(n=1162) dos respondentes concordam com a distribuição e 1,2% (n=14) não concordam. Para os que não concordavam era questionado: Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento? 4 pessoas não responderam a esta questão. As respostas foram categorizadas e apresentadas na tabela 7.

Tabela 7

Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento (PEP)?

Quantidade	Resposta Categorizada
3	Porque as pessoas deveriam se prevenir/ Uso de preservativo
3	Por acreditar que os recursos do SUS deveriam ser destinados para outras finalidades
2	Críticas ao funcionamento do SUS
1	Monogamia
1	Efeitos colaterais dos medicamentos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Ainda em relação à PEP foi perguntado: Se você percebesse que você se expôs a uma situação de risco de infecção do HIV/aids, você utilizaria a PEP? 3 pessoas não responderam à questão, 98,8%(N=1162) utilizaria e 0,9% (N=11) não utilizaria a PEP. Houve diferença significativa em relação a homens e mulheres ($\chi^2 (1) = 4,2$, $p < 0,05$), sendo que mais homens afirmaram que não utilizariam a PEP.

Para aqueles que responderam que não utilizaria era questionado: Quais motivos te levariam a não utilizar a PEP? Três pessoas não responderam à questão. As demais respostas foram transcritas na íntegra na tabela 8.

Tabela 8

Quais motivos te levariam a não utilizar a PEP?

Quantidade	Resposta Categorizada
3	Falta de conhecimento
2	Escolhas pessoais
2	Efeitos colaterais

1

Monogamia

1

Dificuldade de identificar a exposição ao risco

 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em relação à PrEP, foi indagado: Você já ouviu falar sobre a PrEP (Profilaxia pré-exposição), método de prevenção à infecção pelo HIV/aids? 4 pessoas não responderam, 64,3% (N=756) nunca ouviu falar sobre e 35,4% (N=416) já ouviu falar sobre a PrEP. Houve diferença significativa entre homens e mulheres que conheciam a PrEP ($\chi^2(1) = 4,1$, $p < 0,05$), sendo que mais mulheres conheciam a PrEP. Após uma breve explicação a respeito da PrEP foi questionado se o respondente concorda com a distribuição deste medicamento pelo SUS. Cinco pessoas não responderam, 94,3% (n=1109) concordam e 5,3% (n=62) não concordam com a distribuição da PrEP pelo SUS. A estes que não concordam foi questionado quais os motivos que o levaram a não concordar com esta distribuição. As respostas foram categorizadas conforme a tabela 9, sendo que 14 pessoas não responderam à questão.

Tabela 9

Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento (PrEP)?

Quantidade	Resposta Categorizada
18	Pois já existem outros métodos de prevenção distribuídos gratuitamente
17	Por incentivar as pessoas a não utilizar preservativo
8	Pois os recursos públicos não deveriam ser gastos com tal medicação
2	Respostas Evasivas
2	Críticas ao funcionamento do SUS
2	Pois a pessoa deve ter mais consciência dos riscos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Ainda sobre a PrEP a questão seguinte era: Se você percebesse que está em risco de infecção do HIV/aids, você utilizaria a PrEP? Três pessoas não responderam, 96,2% (N=1131) respondeu que utilizaria e 3,6% (N=42) apontou que não utilizaria. Para estes foi questionado o motivo pelo qual não utilizaria. As respostas foram categorizadas e apresentadas na tabela 10. Não houve diferença significativa ($\chi^2(1) = 0,3$, $p > 0,05$) entre homens e mulheres a respeito da utilização da PrEP.

Tabela 10

Quais motivos te levariam a não utilizar a PrEP?

Quantidade	Resposta Categorizada
16	Pois já existem outros métodos de prevenção
9	Por não se considerar exposto e/ou por não considerar que se exporia ao risco de infecção pelo HIV
2	Por não gostar de utilizar medicamentos
2	Porque não teria relações com PVHIV
1	Vergonha e falta de conhecimento

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Para finalizar o questionário, foram formuladas duas questões que também são orientativas quanto aos locais em que os respondentes poderiam obter mais informações. São elas: Você sabia que, caso deseje informações ou orientações sobre a PrEP e a PEP, pode procurar o CES (Centro especializado de Saúde) que está localizado na Rua Sinimbú, 223 no Centro da cidade de Caxias do Sul? Quatro pessoas não responderam, 79,2% (N=931)

não sabia desta informação e 20,5% (N=241) sabia onde buscar informações. Não foi encontrada diferença estatística em relação ao sexo ($\chi^2 (1) = 0,7$, $p > 0,05$).

A última pergunta era: Você sabia que pode realizar a testagem para o HIV/aids em qualquer UBS (Unidade básica de Saúde) ou no CTA (Centro de testagem e Aconselhamento) que fica junto ao CES na Rua Sinimbú, 223, no Centro de Caxias do Sul, e não é necessário encaminhamento médico? Sete pessoas não responderam à questão, 55,4% (n=651) respondeu que não sabia e 44,0% (n=518) respondeu que sabia desta orientação. Foi percebida diferença significativa entre os sexos ($\chi^2 (1) = 3,3$, $p < 0,05$), sendo que as mulheres foram as que mais assinalaram a opção de que conheciam o local para realizar testagem, e também houve diferença em relação ao curso ao qual o respondente estava vinculado ($\chi^2 (5) = 20,6$, $p < 0,05$), sendo que os estudantes dos cursos de ciência da vida (49,7%) e de humanidades (49,1%) foram os que mais assinalaram que conheciam e os de exatas e engenharias (68,4%) e ciências sociais (63,5%) os que mais assinalaram que não conheciam.

2. - Entrevista individual.

Ao término do questionário quantitativo os respondentes eram convidados a, se desejassem, poderiam deixar seu e-mail de contato para participar de uma segunda parte da pesquisa que consistia em entrevistas individuais. Quando foi finalizado o questionário, quem deixou e-mail era contatado e orientado sobre como funcionaria a entrevista individual e sobre o TCLE. Neste momento, identificou-se uma grande dificuldade em realizar estas entrevistas, uma vez que foram convidados, através do e-mail disponibilizado, 110 participantes. Em alguns casos sequer recebeu-se retorno dos e-mails, outros retornavam afirmando que não gostariam de participar, sendo que um dos respondentes sinalizou ainda na etapa do questionário online: “Sugiro fazer entrevistas no anonimato, seguindo um FORMS com as perguntas para a pessoa responder. Surtirá mais efeitos”. Desta forma, considerou-se que o fato de se expor e falar de uma temática como o HIV, parece ter afastado os universitários, mesmo sendo orientado e pontuado no TCLE, o caráter sigiloso da pesquisa e a finalidade da mesma.

Por fim, foi possível realizar três entrevistas individuais no formato online, através do Google Meet, em decorrência da continuidade das restrições impostas pela pandemia de COVID 19. Apesar do formato online ser um facilitador, por permitir que as entrevistas ocorressem sem a necessidade de deslocamento, algumas questões negativas deste formato precisam ser pontuadas, dentre elas, a dificuldade de ter um setting adequado e que mantenha o sigilo da entrevista, uma vez que os universitários se encontravam em casa e na presença

de seus familiares, o que pode ter contribuído para que não quisessem participar ou, aqueles que participaram, talvez possam não ter falado de forma aberta sobre o tema. Como exemplo dessa situação, é possível abordar uma das entrevistadas que estava com o filho, uma criança, no mesmo ambiente da entrevista. Além disso, uma das entrevistadas preferiu ficar com a câmera fechada, desta forma, perde-se também a possibilidade de analisar, minimamente, a linguagem corporal do entrevistado. Na tabela 11, apresenta-se informações das três participantes entrevistadas:

Tabela 11

Participantes entrevistadas individualmente

Participante	Idade	Sexo	Estado Civil	Curso
1	23	F	União Estável	Psicologia
2	38	F	Casada	Formação Pedagógica
3	20	F	Solteira	Arquitetura e Urbanismo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Estas entrevistas foram analisadas conforme proposto pela Análise de Conteúdo de Bardin. Após transcrição das entrevistas na íntegra e leitura flutuante destas, emergiram três categorias de análise, sendo elas: Os primeiros contatos com a temática do HIV/aids: a escola, os espaços de saúde e a família; A exposição ao risco de infecção ao HIV/aids e Percepções de universitários sobre o conhecimento sobre HIV/aids. Optou-se por trazer os conteúdos destas entrevistas diretamente na parte da discussão, uma vez que poderia ficar repetitivo ao leitor, se o conteúdo fosse apresentado também nesta sessão. Segue-se apresentando a discussão das informações quantitativas e, posteriormente, aborda-se qualitativamente sobre as entrevistas individuais.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em um primeiro momento cabe destacar que o número de respondentes da pesquisa quantitativa foi bastante superior ao esperado. No projeto, a estimativa era de 375 estudantes, o que corresponde a aproximadamente 2,5% da população universitária da instituição pesquisada e por fim, 1176 estudantes responderam ao questionário, o que corresponde a aproximadamente 7,7% da população universitária. Ao contrário do que ocorreu nas entrevistas individuais, a participação dos estudantes nesta parte quantitativa foi positiva, sendo que provavelmente o total anonimato das respostas tenha contribuído para tal.

A discussão dos resultados aqui apresentada será realizada, inicialmente, levando em consideração a parte quantitativa. Em seguida, apresenta-se a análise de conteúdo, abordando qualitativamente essa temática, a partir do conteúdo das entrevistas. Finaliza-se integrando todas as informações coletadas e analisadas, uma vez que em muitos momentos, são complementares, fornecendo um fechamento ao estudo.

1- Dados quantitativos

Em relação aos dados sociodemográficos é possível afirmar que houveram mais respondentes do sexo feminino, 72,9% do total, contudo esse dado não reflete a população universitária em geral. Segundo dados do Censo da Educação Superior de 2019, no Brasil estavam matriculados 6.153.560 estudantes, sendo que 3.430.115 eram mulheres, ou seja, 55,7%. (Ministério da Educação, 2019).

Em relação à idade, a maior concentração de respondentes estava entre os 18 e 26 anos, o que corresponde a 75% do total. No que tange ao estado civil, a maioria 66,7% eram solteiros, estado civil também predominante nas pesquisas realizadas por Oliveira et. al. (2013) e Bezerra et al. (2012). Em termos de escolaridade, a maior parte (85,3%) possuíam ensino superior incompleto. A área de Ciências da Vida, que inclui as áreas da saúde, foi a que mais teve respondentes, totalizando 38,4% do total.

No primeiro questionamento sobre os métodos contraceptivos que também eram métodos de prevenção ao HIV, o índice de pessoas que assinalaram os métodos corretos: o preservativo masculino (98,3%), e o preservativo feminino (96,1%) é bastante positivo, denotando o conhecimento adequado que os universitários possuem. Resultado similar foi encontrado por Bezerra et al. (2012) e na PCAP em que 95% e 94% respectivamente da população entrevistada afirmou reconhecer o preservativo como forma de prevenção ao HIV (Ministério da Saúde, 2016). Contudo, chama atenção a inadequação quanto aos métodos que são exclusivamente contraceptivos, os quais foram assinalados 225 vezes, uma vez que

a pergunta permitia múltiplas respostas. Pode-se hipotetizar que os respondentes não conheçam ou confundam efetivamente os métodos preventivos. Leite et al. (2007), em pesquisa realizada exclusivamente com estudantes da área da saúde, constatou que mesmo entre eles ainda persistem incertezas sobre os métodos contraceptivos eficazes para proteção de DSTs e do HIV.

Dentre os métodos equivocados mais assinalados estão o anel vaginal (47 respostas) e a pílula anticoncepcional (45 respostas). Bezerra et al. (2012) apontaram, em sua pesquisa, que o uso do anticoncepcional oral foi apresentado como motivo para a não utilização do preservativo, ou seja, a preocupação evidenciada era com uma gravidez indesejada e não com a prevenção ao HIV. Garcia e Souza (2010) encontraram resultado semelhante, em que o preservativo era utilizado somente como método contraceptivo, sendo que sua utilização se dava quando a mulher não encontrava algum método mais satisfatório de contracepção ou até a adaptação ao método escolhido. As mulheres foram as que mais assinalaram a pílula anticoncepcional como método de prevenção, podendo reforçar a hipótese de que a preocupação maior é com uma gestação indesejada, uma vez que, a utilização de métodos contraceptivos em sua maior parte fica sob responsabilidade da mulher.

A pergunta admitia, ainda, a possibilidade de assinalar a opção “outros”, 6 pessoas citaram a PrEP, a PEP ou profilaxia, sendo importante ressaltar que apesar de serem métodos de prevenção ao HIV, tais métodos não são considerados métodos contraceptivos. Foi apontado, também, a histerectomia, outro método estritamente contraceptivo; e a abstinência que, conforme pontuam Seidl et al. (2010), é uma forma de proteção ao HIV fundamentada em valores morais rígidos; e sexo mandamento: o sexo só no casamento, este último podendo denotar alguma implicação religiosa.

A seguir, o questionamento foi sobre as formas de transmissão do HIV, as respostas corretas: ato sexual sem preservativo e uso de instrumentos perfurocortantes foram assinaladas por 99,8% e 92,9%, respectivamente, dos universitários, demonstrando novamente que a maioria possui um conhecimento adequado sobre a temática. Na pesquisa realizada por Oliveira et al. (2013), a maior parte dos respondentes assinalou o sexo desprotegido (90,7%), já o compartilhamento de objetos perfurocortantes foi assinalado por 55,3%, número bastante inferior ao encontrado nesta pesquisa. Em relação à transmissão vertical (de mãe infectada para o filho), o índice foi de 85,0%, nos entrevistados por Oliveira et al. (2013) apenas 6,7% indicaram a transmissão vertical como forma de transmissão do HIV, o que aponta para a necessidade de se abordar mais esta forma de transmissão entre os estudantes. No total, 284 respostas equivocadas foram assinaladas, sendo também uma pergunta que admitia múltiplas respostas. A opção utensílios de uso comum, como talheres

e copos foi a alternativa, dentre as equivocadas, mais assinalada tendo 8,7% das respostas, seguida pelo uso de toalhas, sabonetes ou lençóis que teve 5,4% das respostas. Em Oliveira et. al. (2013) também foi possível perceber a indicação de respostas equivocadas por uma parte pequena dos respondentes, que indicaram por exemplo: saliva, contato com materiais de higiene pessoal e contato com fezes. A PCAP (Ministério da Saúde, 2016) abordou a questão do compartilhamento de talheres, copos ou refeições como forma de infecção pelo HIV, e apenas 73,8% dos respondentes concordou que não era possível ser infectado com tal compartilhamento, ou seja, 27,2% tinha dúvidas ou acreditava que seria possível se infectar desta forma.

Entende-se que tais números representam uma porcentagem pequena das respostas, mas deve-se ficar atento a estas questões que fomentam o preconceito junto a PVHIV, uma vez que a discriminação e a falta de conhecimento sobre a doença causam sofrimento e afetam as relações sociais desta população (Carvalho & Paes, 2011). A opção outros recebeu respostas como: contato e/ou transfusão de sangue que podem ser formas de transmissão do HIV, desde que na questão do contato, o sangue contaminado penetre no organismo de outra pessoa. (<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sintomas-transmissao-e-prevencao-nat-HIV>), a outra resposta citada foi: sexo fora do casamento, lembrando que a única forma de transmissão pela via sexual é o sexo sem uso de prevenção. Cabe destacar que apesar de se esperar que universitários da área da saúde tivessem um conhecimento maior sobre prevenção, não foi possível identificar diferença significativa em relação às demais áreas do conhecimento.

Em outra questão que abordava sobre a transmissão vertical do HIV, novamente as respostas apontaram para uma maior necessidade de compreensão sobre esta forma de transmissão do HIV. Apenas 80,2% dos respondentes concordavam com a afirmação de que uma mulher grávida que esteja com HIV/aids e que recebe um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto, pode diminuir o risco de passar HIV/aids para o seu filho. Os demais ainda apresentavam dúvida sobre a questão ou discordam da mesma. Na PCAP, 66,6% dos respondentes concordaram com tal afirmativa (Ministério da Saúde, 2016), o que denota que o conhecimento sobre a transmissão vertical ainda não é consolidado também na população em geral.

Nestas questões, as mulheres demonstraram maior conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, este fato pode estar associado à ao cuidado com a saúde, uma vez que principalmente na atenção primária, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, a maior parte dos atendimentos é destinado a mulheres, crianças e idosos, sendo que os homens costumam fazer uso de outros serviços de saúde, como farmácias e prontos-socorros. Desta

forma, é mais provável que a mulher receba orientações adequadas sobre prevenção quando faz um acompanhamento na atenção primária, em detrimento do homem, que busca apenas atender objetivamente uma demanda nestes outros serviços de saúde (Figueiredo, 2005).

Apesar do número significativo de respostas corretas, é importante destacar que ter o conhecimento não é garantia de que os sujeitos farão uso dos métodos de prevenção ao HIV (Lima & Moreira, 2008). Tal afirmação fica evidenciada na questão que abordava sobre o uso do preservativo, em que 87,6% dos respondentes afirmou já ter tido pelo menos uma relação sexual sem o uso do preservativo, ou seja, apesar de 98,3% dos estudantes terem o conhecimento necessário, apenas 12,4% destes utilizou preservativo em todas as relações. Em Oliveira et al. (2013), os achados também foram alarmantes, 71% dos entrevistados já havia tido relações sexuais sem o uso de preservativo, mesmo 100% deles reconhecendo-o como método de prevenção ao HIV.

Quando avaliada a questão da exposição ao risco, a literatura aponta que o uso de álcool e drogas pode ser um indicativo de vulnerabilidade ao HIV/aids em universitários (Bezerra et al., 2012). Uma das perguntas abordava tal relação e 82,4% dos respondentes concordaram com a afirmação de que o uso de drogas ou álcool pode fazer ou facilitar que as pessoas transem sem camisinha. É importante ressaltar que mesmo fora do grupo de universitários, o uso de álcool e drogas é considerado preocupante ainda que ocorra de forma esporádica, uma vez que pode levar à negligência em relação ao uso de prevenção (Ministério da Saúde, 2017). Neste ponto, os estudantes vinculados à área da vida foram os que mais reconheceram tal vulnerabilidade.

Com a descoberta dos primeiros casos de HIV/aids e a falta de informações sobre a doença, difundiu-se a ideia de que haviam grupos de risco ao HIV, criando a falsa ideia, por exemplo, de que somente homossexuais poderiam ser infectados (Alves et al., 2002). Ao serem questionados sobre a possibilidade de casais heterossexuais não terem risco de infecção, 96% dos respondentes discordou da afirmação, o que indica que tais crenças do senso comum foram desmistificadas entre os universitários. Chama atenção que 4% dos respondentes, ou tem dúvidas sobre esta afirmação ou acredita que heterossexuais não têm risco de infecção, o que pode levá-los a estar em situações de risco sem a devida percepção e, enquanto profissionais, podem disseminar informações equivocadas.

Em relação à cura da aids, 94% dos universitários responderam que a doença não tem cura. Na PCAP, 80,4% dos entrevistados apontou que não existe cura para a doença. (Ministério da Saúde, 2016) Em 2020, foi apresentado na 23ª Conferência Internacional de Aids o caso de um paciente que estava na época da conferência com o vírus indetectável no organismo há mais de 17 meses. Contudo, este é o primeiro caso no mundo que foi tratado

apenas com remédios, os outros casos reportados eram de pacientes que receberam transplante de medula óssea. Apesar de representar um avanço importante para a ciência, e que seja o balizador de futuras pesquisas, não é possível afirmar que tenha sido descoberta a cura para a aids (FIOCRUZ, 2020). Isto significa que até o momento não existe uma cura para a aids, o que existem são pesquisas que encontraram resultados positivos, mas que ainda não podem ser generalizáveis. Alguns respondentes que tinham dúvidas ou acreditavam que já existia cura para a aids (6%), podem ter sido influenciados por tais pesquisas. No entanto, como houve diferença significativa entre as áreas do conhecimento as quais os alunos estavam vinculados, sendo a área de exatas e engenharias e a de ciências sociais as que mais tiveram respostas afirmando que a doença tem cura, pode-se pensar também no desconhecimento sobre tal informação, acreditando realmente que a doença já tenha cura, uma vez que a temática pode estar distante do campo de estudo destes respondentes. Novamente, as mulheres apresentaram maior conhecimento sobre o tema, o que reforça a possibilidade de estas possuírem mais acesso aos serviços de saúde e maiores informações.

Na sequência do questionário foram abordadas questões sobre o uso de preservativo. É alarmante que 87,6% dos universitários respondentes já tenha tido relações sexuais sem preservativo. A única diferença significativa foi em relação ao maior uso entre os solteiros, o que pode indicar que o fato de ter um relacionamento estável parece indicar que não é necessário o uso de preservativo, visto que, muitas vezes, o preservativo é associado à promiscuidade (Marinho, 2000). Outra informação que chama atenção é que o não uso de preservativo é um comportamento recorrente, uma vez que apenas 12,9% respondeu que utilizou preservativo em todas as relações no último ano, podendo indicar que a exposição ao risco é algo frequente dentro desta população. Na pesquisa de Bezerra et al. (2012), os resultados sobre o uso de preservativo também foram alarmantes: 8,8% nunca utilizou, 23,5% raramente utiliza, 32,3% utiliza na maioria das vezes e 33,3% sempre utiliza.

Em relação aos motivos do não uso de preservativo, a grande maioria (81,7%) indicou não utilizar por ter parceiro fixo. Pode-se abordar aqui o conceito de proteção imaginária, em um cenário de feminização do HIV/aids, grande parte das mulheres infectadas são casadas e possuíam um único parceiro, no imaginário dessas mulheres, esta situação lhes garantia uma proteção ao HIV, o que pode ser considerada apenas uma proteção imaginária (Lima, Silva & Machado, 2011). Essa questão tinha a possibilidade de assinalar a opção “outros” e descrever o motivo, e 14 respondentes indicaram que vivenciavam um relacionamento homoafetivo com mulheres. Aqui é importante destacar uma falha das campanhas de prevenção que focalizam o uso do preservativo masculino e feminino nas relações homoafetivas masculinas e nas heterossexuais, não citando o que a população

lésbica poderia utilizar. Os estudos indicam que existe uma chance muito pequena de infecção pelo HIV em relações entre mulheres, contudo, não deve ser excluída tal possibilidade a ponto de não prestar as orientações necessárias para prevenção. Lima e Saldanha (2020) reforçam que as relações entre mulheres são tratadas historicamente como tabu, deixando tal população à margem da sociedade, o que pode refletir na prevenção e promoção de saúde entre elas, tornando-as mais vulneráveis.

Novamente, o uso de método contraceptivo aparece como motivação para o não uso de preservativo, o que corrobora com o que já foi apontado sobre a percepção equivocada de que os métodos contraceptivos podem também prevenir o HIV. Além disso, três pessoas indicaram que foram forçadas pelo parceiro ou que o parceiro tirou o preservativo sem que percebesse, tais relatos apontam para situações que podem ser consideradas violências sexuais e para a dificuldade que ainda existe na negociação do uso do preservativo nas relações. Outros quatro respondentes assinalaram a alergia ao látex como motivo para não utilizar o preservativo. Levando em consideração que existem preservativos que não possuem em sua composição o látex, pode-se sugerir que exista falta de conhecimento sobre a existência de tal opção. Além disso, pode haver dificuldade de obter tal informação e de retirar gratuitamente tais preservativos nos serviços de saúde, uma vez que, os preservativos masculinos distribuídos gratuitamente são feitos de látex. (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/usar-preservativos-masculinos-femininos-e-gel-lubrificantes>).

Ao serem questionados se mudaram algum comportamento após a descoberta do HIV/aids, 54,5% dos entrevistados responderam afirmativamente. Das respostas, foi possível pontuar algumas delas que podem ser consideradas como comportamentos efetivamente protetivos: 221 apontaram o uso de preservativo/camisinha; outros 37 respondentes indicaram o uso de proteção/prevenção sem nominar o preservativo; a realização de testagem foi descrita por 37 pessoas; maior cuidado com objetos perfurocortantes e utilização de EPIs no trabalho foi apontado por 17 pessoas; e a obtenção de maior conhecimento sobre o tema foi escolhida por 16 estudantes. Tais respostas indicam objetivamente uma preocupação com a prevenção, com ações que são efetivas no sentido de prevenir o HIV.

Também foram apontadas mudanças que não garantem a prevenção, como a utilização de métodos contraceptivos, diminuição da atividade sexual, cuidados com a escolha do parceiro, ter parceiro fixo e utilizar preservativo em relações com parceiros não fixos. Mais uma vez, o preservativo aparece relacionado a questões culturais, como se fosse necessário seu uso apenas em relações que não são fixas, além disso, a escolha do parceiro

só seria preventiva se fosse conhecido o status sorológico deste. Outra resposta que foi a segunda mais assinalada, refere-se a ter mais cuidado, mais responsabilidade, o que é bastante subjetivo, pois não é possível compreender quais comportamentos seriam modificados nesse sentido e nem se estes garantiriam a prevenção ao HIV.

Quando abordada a questão da exposição ao risco de infecção pelo HIV, 49,2% consideraram já terem estado expostos. Após, era perguntado por qual motivo acreditavam que já estiveram expostos, sendo uma resposta dissertativa. A grande maioria (242 respostas) apontou o sexo sem proteção, a seguir foi citado por 22 pessoas a utilização de materiais perfurocortantes no ambiente de trabalho e também por 22 pessoas, o uso de materiais perfurocortantes fora deste ambiente. Pode-se considerar que tais respostas indicam situações nas quais as pessoas estão efetivamente em risco. No entanto, observa-se que muitas respostas indicam desconhecimento sobre o HIV e até mesmo preconceito com as PVHIV, como por exemplo: utilizar banheiro público ou utilizar copos de outras pessoas. Além disso, algumas respostas parecem querer responsabilizar outras pessoas, que não o respondente, pela prevenção, como por exemplo: “por não saber se outras pessoas usam o preservativo” e “porque muitas pessoas omitem que possuem aids”. Outro tópico importante, que apareceu em muitas respostas sobre a exposição de risco, diz respeito aos parceiros, questões relacionadas à fidelidade, desconhecimento do parceiro e confiança, que somadas, foram citadas por 40 pessoas. Ainda em relação a essa questão, algumas respostas foram bastante generalistas, e outras subjetivas, pode-se citar que 19 pessoas abordaram o fato de ter relações sexuais, não citando se em tais relações era utilizada alguma forma de prevenção, e 3 por ser homossexual. Cabe frisar que só ocorrerá a exposição ao risco caso não seja utilizado nenhum método de proteção nestas relações, o simples fato de realizar o ato sexual ou ser homossexual, por si só, não caracteriza a exposição ao risco.

Em relação à testagem, 57,7% dos respondentes já haviam feito o teste para HIV, sendo que os solteiros foram os que mais realizaram o teste. Oliveira et al. (2013), em sua pesquisa com universitários, indicou que 84,7% dos entrevistados nunca tinham feito a testagem para HIV e em Bezerra et al. (2012), 80% nunca tinha realizado o teste. Assim, os resultados demonstram os baixos índices de testagem dentre esta população. A maior motivação para a testagem foi a indicação médica e/ou através de exames de rotina (326), outra resposta assinalada por 87 mulheres indicaram a realização do teste durante o pré natal e 3 pessoas apontaram o uso da PrEP, demonstrando novamente a importância dos serviços de saúde na prevenção ao HIV, 229 respostas indicaram a curiosidade como segunda maior motivação, seguida de 177 pessoas que realizaram doação de sangue porque precisou e/ou quis, 121 indicaram que foi porque se expuseram a alguma situação de risco e 32 por

solicitação do empregador. Em Oliveira et al. (2013), os motivos mais citados para a realização da testagem foram a doação de sangue (56,1%) e durante o pré-natal (28,8%).

Um número que chama atenção é o de 86 pessoas que realizaram a doação de sangue somente para se testar, podendo demonstrar desconhecimento sobre os locais que realizam testagem ou até mesmo por vergonha em buscá-los. Essa é uma questão histórica, tanto que em sua constituição os Centros de Testagens e Aconselhamento (CTA) surgiram também com o intuito de diminuir essa demanda dos hemocentros (Santos, Ramos, Leite & Stipp, 2011).

Os parceiros e parceiras foram citados como motivação para buscar a testagem, seja por solicitação destes, pelo relacionamento com alguém que está infectado ou após terminar e/ou iniciar um relacionamento. Uma das respostas abordou o compartilhamento de copos e garrafas com PVHIV como motivação, o que expressa o preconceito e/ou desconhecimento que algumas pessoas ainda possuem sobre o tema.

Ao serem questionados se conheciam a PEP, 44% dos entrevistados respondeu que conhecia, sendo que mais mulheres apontaram conhecer este método de prevenção, podendo reforçar o que já foi apontado anteriormente sobre o maior acesso das mulheres aos serviços de saúde. Após uma breve explicação do que consistia a PEP, 98,8% dos respondentes concordaram com a distribuição destes medicamentos pelo SUS. Para aqueles que não concordavam, foi questionado sobre a motivação, 5 pessoas citaram o SUS, abordando que os recursos do SUS deveriam ser investidos no tratamento de outras doenças, criticando a forma de trabalho instituída pelo SUS e os profissionais das UBSs. Também foi abordado que o SUS não deveria arcar com tal custo, pois seria fruto de uma inconsequência dos sujeitos, 3 pessoas abordaram a questão do não uso do preservativo, e que os indivíduos deixariam de se proteger caso tivesse tal medicação disponível, uma pessoa citou os efeitos colaterais do remédio, referindo que este não deveria ser um método rotineiro de prevenção e uma pessoa citou a monogamia como razão para não concordar com a distribuição.

A seguir foi questionado se os respondentes utilizariam a PEP, caso se percebessem expostos a situações de risco e a maioria (98,8%) respondeu que utilizaria. Ao restante foi perguntado porque não utilizaria a PEP, três pessoas indicaram a falta de conhecimento, duas pessoas indicaram que não utilizariam por escolhas pessoais, duas citaram os efeitos colaterais, uma pessoa apontou a monogamia como razão e, por fim, também foi referida a dificuldade de identificar a exposição ao risco como motivações para o não uso. Uma pessoa afirmou que realizaria a testagem antes de usar a medicação, indicando que talvez não tenha ficado claro que a PEP é um método de prevenção, e que este não funcionaria em caso de teste positivo para HIV.

Ainda abordando estratégias da prevenção combinada, foi questionado sobre a PrEP, 35,4% dos respondentes já haviam ouvido falar sobre ela e, novamente, as mulheres apresentaram maior conhecimento sobre esta estratégia. Da mesma forma que realizada com a PEP, foi feita uma breve explicação sobre o que era a PrEP e os universitários foram indagados se concordavam com a distribuição desta medicação pelo SUS, 94,3% concordavam com a distribuição, número inferior ao indicado na mesma pergunta sobre a PEP. Aos que não concordavam com a distribuição também foi questionada a motivação, a maior parte dos respondentes (18) apontou que já existiam outros métodos de prevenção e que estes também eram distribuídos gratuitamente. Outra motivação, que foi citada por 17 pessoas, refere-se à questão da prevenção, pois os respondentes acreditam que o uso da PrEP incentiva os sujeitos a não utilizar preservativo. Novamente o SUS foi citado, 8 pessoas afirmaram que acreditavam que os recursos públicos deveriam ser destinados a outros fins e 2 pessoas teceram críticas ao funcionamento do SUS.

Os universitários foram indagados se utilizariam a PrEP caso se percebessem em risco de infecção pelo HIV, 96,2% afirmaram que fariam uso. Ao restante foi perguntado o porquê não utilizaria, 16 pessoas novamente indicaram que já existem outros métodos de prevenção e que fariam uso destes, 9 pessoas não se consideram expostas ao risco de infecção, 2 pessoas afirmaram que não gostam de utilizar medicamentos de forma geral, 2 pessoas responderam que não teriam relações com PVHIV e uma resposta apontou a vergonha e a falta de conhecimento como motivos.

As perguntas sobre a utilização e distribuição da PEP e da PrEP apresentaram algumas falas que podem ser consideradas como preconceituosas. Apesar de esperar que tal situação não ocorresse entre estudantes universitários, em pesquisa realizada por Seidl et al. (2010) também com essa população universitária, foram encontrados resultados semelhantes, em que os respondentes faziam afirmações que tinham cunho preconceituoso em relação a PVHIV. Dentre as falas, pode-se pontuar: “se a pessoa está em um contexto de vida em que o risco de obter aids é assim tão elevado, situação que não é a da maior parte da população, tal medicamento deveria ser oferecido apenas pela iniciativa privada” e “o dinheiro público não deve ser usado com promiscuidade”. Cabe ressaltar que a associação do HIV com promiscuidade pode ser fruto das primeiras pesquisas e informações sobre a temática, em que se acreditava que o HIV estava restrito aos chamados grupos de risco e, posteriormente, a comportamentos de risco. Como já citado anteriormente, hoje o conceito de vulnerabilidade é o mais adotado, pois não limita o risco a nenhuma população específica, como exemplo, é possível citar o estudo de Santos et al. (2009) com mulheres vivendo com HIV. Nessa pesquisa, 70% das mulheres com parceiro fixo foram infectadas por eles, ou

seja, estas mulheres, apesar de não fazerem parte de grupos populacionais que se considerava como de risco e tampouco adotarem comportamentos tidos como de risco, uma vez que mantinham um relacionamento estável, foram infectadas pelo HIV, demonstrando que estavam, de alguma forma, vulneráveis ao HIV.

No Brasil, existe o serviço denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/aids, que é um serviço vinculado ao SUS, o qual possui uma equipe multidisciplinar, sendo atendidos os indivíduos que, de alguma forma, se expuseram ao HIV/aids e buscam a testagem. Esse centro tem como principal atividade a identificação sorológica do HIV/aids, bem como, busca informar e aconselhar esses indivíduos. Este trabalho não ocorre de maneira única e pontual, mas é organizado de acordo com as necessidades de cada usuário e ocorre tanto antes como depois do teste sorológico (Santos et al., 2011) Apesar da importância de tal serviço, apenas 44% dos respondentes afirmaram saber que existia o CTA na cidade em que ocorreu a pesquisa, resultado bastante semelhante ao encontrado por Bezerra et al. (2012) em que 45% não conhecia os locais de testagem.

Considerando a pandemia do COVID 19 e as mudanças que foram necessárias para o enfrentamento dessa situação, nota-se uma diminuição na busca pelos serviços de saúde, e também foi necessário que o tempo de permanência nesses serviços seja diminuído, buscando minimizar o contato social e as aglomerações. Nesta perspectiva, cabe destacar uma estratégia adotada em um serviço que atua com a distribuição de PrEP na cidade do Rio de Janeiro, em que foi instituída a Telemedicina. No dia anterior ao marcado para retirada da PrEP é realizado um telefonema para identificação de possíveis sintomas de COVID, caso positivo o paciente é orientado neste sentido, se negativo deve comparecer no serviço no dia seguinte para consulta inicial, se for o caso, retirada da PrEP e de auto testes de HIV. A partir de então, todo o acompanhamento é feito através da telemedicina, possuindo um canal disponível para sanar dúvidas sobre o tratamento com os profissionais da saúde e para o acompanhamento de modo geral (Hoagland et al., 2020). É importante frisar esse tipo de iniciativa, pois por mais que a COVID 19 seja o tema de saúde neste momento, devido à sua gravidade e seu caráter pandêmico, os casos de HIV ainda são alarmantes, o que indica que, mesmo vivenciando esta pandemia, não se pode esquecer do trabalho voltado à prevenção ao HIV.

2- Dados qualitativos

Para análise das entrevistas individuais utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Após a transcrição das entrevistas foi realizada uma leitura flutuante destas e definidas as categorias de análise. Foram definidas três categorias que emergiram das leituras: Os

primeiros contatos com a temática do HIV/aids: a escola, os espaços de saúde e a família; Percepções sobre a exposição ao risco de infecção de HIV/aids e Percepções dos universitários sobre o conhecimento sobre HIV/aids. Estas categorias são abordadas quanto aos resultados e discutidas a seguir, sendo que as verbalizações serão apresentadas à medida que são articuladas com o referencial teórico.

2.1 - Categoria 1: Os primeiros contatos com a temática do HIV/aids: a escola, os espaços de saúde e a família

O surgimento dos primeiros casos ainda no ano de 1981, os constantes investimentos na prevenção e tratamento do HIV/aids e discussões que emergem da temática tanto no âmbito social quanto científico poderia sinalizar que abordar o assunto HIV/aids não seria de grande dificuldade para todos os indivíduos (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001). Contudo, o que se percebeu é que para todas as entrevistadas, o tema surgiu a partir de situações que despertaram a necessidade de falar sobre o assunto. Duas delas citaram a aparição pública do Cazuza contando sobre sua soropositividade e uma delas citou a oportunidade em que ocorreu a vacinação como prevenção ao HPV como estímulo para que a temática fosse pesquisada ou abordada pelos pais e pela escola.

Apenas uma entrevistada apontou a escola como um dos locais responsáveis pela disseminação de informações sobre a prevenção ao HIV/aids: “Eu tive palestras tanto no fundamental, quanto no médio, com o pessoal dizendo como se prevenir, até demonstrando em alguns casos, sabe, então eu tive bastante palestras na escola”. (Entrevistada 3)

As demais entrevistadas, mesmo uma delas tendo idade bastante próxima à entrevistada 3, não tiveram a mesma abertura e discussão sobre a temática e relatam seu descontentamento por não ter o conhecimento necessário no meio escolar: “(...) uma ou duas palestras eventuais, não era uma coisa consistente. (Entrevistada 2)”,

... infelizmente colégio particular é muito difícil de entrar, porque tem a questão da religiosidade, de pais que não querem falar de sexualidade para os filhos, que acha que isso vai fazer com que eles tenham relações mais cedo ou mais relações, que é um tabu, que é uma mentira, mas que ainda as pessoas acreditam nisso, acho que conhecimento, conhecimento é a chave de tudo, é entrar nas escolas, entrar nas casas, entrar no meio universitário também, falar sobre, falar sobre, até que seja algo banal. (Entrevistada 1)

Conforme é sinalizado na Política Nacional de DST/aids, os serviços de saúde devem ser espaços em que os indivíduos possam buscar informações qualificadas sobre os métodos de prevenção (BRASIL, 1999). Todas as entrevistadas afirmaram fazer acompanhamentos com ginecologista, mas apenas uma delas citou que obteve informações sobre prevenção:

... quando eu comecei a pensar em iniciar minha vida sexual eu marquei ginecologista para tirar as dúvidas que eu tinha, daí eu já comecei a tomar anticoncepcional, ali ela esclareceu todas as minhas dúvidas, então eu sabia de todos os métodos que existiam. (Entrevistada 2)

Outra entrevistada apesar de fazer acompanhamento desde muito jovem, não parecia se sentir confortável em fazer alguns questionamentos e, talvez, também não tenha sido orientada e ou indagada sobre suas práticas preventivas, tanto que a mesma refere possuir alergia a um dos componentes do preservativo e não foi na área da saúde que obteve tal informação, como sua fala aponta:

Olha, nunca cheguei a falar com ele sobre isso, até porque eu nem achei que poderia ser por conta disso, eu fui descobrir depois, porque para mim não existia isso, para mim eu achava que era normal, que todo mundo ficava assim, aí depois eu conversando com umas amigas, daí elas me indicaram uma camisinha específica que não gerou mais esse desconforto sabe, ficou bem mais tranquilo (Entrevistada 3)

Uma entrevistada relatou uma situação bastante preocupante, que diz respeito ao despreparo de alguns profissionais da saúde e da dificuldade de reconhecer a existência de diferentes sexualidades e formas de se relacionar:

Fui numa ginecologista e ela pediu se eu era virgem, eu falei que não, porque eu já tinha tido relações com mulheres, ela pegou, não sei como se chama aquele treco e colocou, sem me avisar, sem falar nada, daí eu reclamei de dor e ela disse “ah, mas quando tu transava tava bom né”, e ela nem chegou a perguntar que tipo de relação sexual eu tinha, então falta muita empatia também. (Entrevistada 1)

Essa situação que fica evidenciada em seu relato, pode ter levado a entrevistada a não fazer mais nenhum acompanhamento específico na área da saúde, distanciando a mesma

de serviços que deveriam ser de extrema importância em termos de orientações sobre a prevenção, conforme traduz em seu relato: “...em relação à ginecologia, como eu não precisei mais, eu sei que deveria ser feito todo ano pelo menos, a cada ano tinha que fazer exame, mas não fiz, pequei” (Entrevistada 1)

Lima e Saldanha (2020) encontraram relatos semelhantes em sua pesquisa, em que mesmo entre aquelas mulheres que relataram sua orientação sexual ao ginecologista, não se sentiram acolhidas e tampouco receberam informações adequadas para prevenção. Neste sentido, os autores apontam a necessidade de que as instituições formadoras possam incluir em seus currículos disciplinas que fomentem a discussão e o conhecimento sobre as minorias sexuais, como é o caso das lésbicas.

A família é o primeiro grupo ao qual se pertence e também um dos atores responsáveis na sociedade em abordar a temática da prevenção, porém foi citado por apenas uma das entrevistadas como fonte de informações:

... a minha mãe, ela me introduziu nesse universo meio cedo, quando eu tinha uns 7 anos por aí, ela já veio me mostrar a camisinha, eu acho que eu aprendi meio cedo sabe, então eu já tinha bastante conhecimento para a minha idade, eu sempre tive um ambiente familiar bem aberto sabe, perante a isso, então sempre foi tranquilo pra mim. (Entrevistada 3)

Outra entrevistada, no entanto, teve uma percepção equivocada do HIV justamente pelo desconhecimento de sua família sobre a temática:

...lembro que em algum momento eu questionei minha mãe, meu pai, não lembro exatamente da resposta, mas eu lembro que ficou na minha cabeça que eu não precisava me preocupar que era uma doença de homossexual, mais ou menos nesse sentido. (Entrevistada 2)

Esta afirmação provavelmente tenha como base os primeiros casos da doença, em que as pesquisas ainda não estavam avançadas e que fora difundida a ideia da “peste gay” e dos grupos de risco, ou seja, contribuiu para que o senso comum tivesse a percepção equivocada de que o HIV/aids seria uma doença que só atingiria homossexuais. Nos últimos anos, a literatura e os índices epidemiológicos provaram que o HIV/aids não afeta somente homossexuais e apontam inclusive para a feminilização da doença (Carvalho & Azevedo, 2019; Santos, 2002).

Ainda em relação à família, a Entrevistada 1 apontou que sua maior dificuldade perante a família foi em relação à descoberta de sua sexualidade: “... na minha família foi um processo, no começo não aceitavam, depois foi um degrauzinho de cada vez, no começo eu dizia que eu queria morar em marte (...) que eu não queria estar com a minha família” (Entrevistada 1). Nesse sentido, é importante destacar que a educação sexual deve abranger a aceitação e o reconhecimento das diversas formas de se relacionar, e somente a partir de então será possível pensar em uma prevenção ao HIV que seja direcionada a todos.

Com exceção de uma das entrevistadas, as demais deixam evidenciado que a educação sexual ainda traz dificuldades para diversas famílias, seja por não terem o conhecimento necessário para auxiliar os jovens, ou mesmo por ainda difundir alguns preconceitos.

Independente de qual foi a forma de tomar conhecimento sobre o HIV/aids, cabe ressaltar que todas as entrevistadas tinham informações básicas sobre a prevenção.

2.2 - Categoria 2: Percepções sobre a exposição ao risco de infecção de HIV/aids

Quando se fala em prevenção ao HIV, é de extrema importância abordar a questão da exposição ao risco. Para as ciências sociais, o risco é construído socialmente e vários são os fatores constituintes, dentre eles, fatores subjetivos como questões éticas, morais e culturais que precisam ser abordadas para compreender as decisões dos indivíduos (Filgueiras & Maksud, 2018). Considera-se exposto ao risco, no caso do HIV, aqueles indivíduos que tiveram práticas sexuais sem o uso de métodos de prevenção, que utilizaram materiais perfurocortantes sem a devida esterilização e através do contato entre mãe e filho, durante o parto ou amamentação.

Ressalta-se que pode existir um imaginário individual a respeito das maneiras de proteção, desse modo a percepção de risco pode estar intimamente relacionada com as formas de proteção que acabam sendo reinterpretadas e readaptadas pelos sujeitos na subjetividade da sua compreensão, e se assemelham ao seu meio social (Lima et al., 2011). Como já citado, as entrevistadas tinham o conhecimento básico para prevenção ao HIV e mesmo assim, todas relataram que já tinham se exposto a situações de risco:

Mais de uma vez, mais de uma vez, que nem eu te falei, por pressões sociais, acabei cedendo a ter relações sem camisinha, sem ter confiança no meu parceiro, confiança não no sentido de achar que ele é uma má pessoa, mas confiança no sentido de saber que estava tudo bem. (Entrevistada 2)

... ocorreu com um namorado meu, mentira, dois namorados que eu tive, que acabou acontecendo e a gente tinha relação sem preservativo e era mais nessa época, mas era bem complicado, eu ficava meio neurótica depois, mas já rolou sim, já tive sem. (Entrevistada 3)

Neste sentido, Paiva (2000) assinala que o fato de possuir conhecimento sobre o HIV/aids e as formas de prevenção não garante que os sujeitos façam sexo seguro. Afirmação corroborada pelas entrevistadas que, apesar de confirmarem que possuíam conhecimento acerca do HIV/aids, em algum momento de suas vidas acabaram se expondo a situações de risco. Aqui também é importante refletir sobre a possibilidade de que exista algum aspecto inconsciente que acarrete no não uso de métodos de prevenção. Nesse sentido, é possível se identificar, no discurso das entrevistadas, a repetição desta exposição ao risco em diversos momentos. Na teoria psicanalítica freudiana, a compulsão à repetição é uma das possíveis expressões da pulsão de morte (Freud, 1920/2004). Quando se aborda que ao não utilizar métodos de prevenção ao HIV o sujeito está exposto ao risco, e mesmo tendo conhecimento sobre ele não o utiliza, pode-se pensar na possibilidade de que podem estar se revelando, sorrateiramente ou silenciosamente, instâncias de ordem destrutivas, também característicos da pulsão de morte.

Uma das entrevistadas, no entanto, cita uma das falhas das campanhas de prevenção ao HIV e ISTs em geral, que diz respeito aos relacionamentos sexuais homoafetivos femininos. Sempre se fala sobre o uso do preservativo, contudo, não é refletido sobre a prevenção em caso de sexo oral em mulheres, por exemplo. Esta situação pode ser percebida em sua fala: “Eu passei a conhecer (os métodos de prevenção) depois que eu entrei no CES¹, eu não sabia nem que se pegava por sexo oral antes de entrar, tudo era novo para mim” (Entrevistada 1). Lima e Saldanha (2020) apontam a preocupação com tal situação, uma vez que não são encontrados métodos de prevenção específicos para a população lésbica, o que existem são métodos que originalmente teriam outras finalidades como o plástico filme ou barreiras de látex de uso odontológico, e que são adaptados para a prática sexual. Salientam, ainda, a urgência em propor políticas públicas que incentivem pesquisas para a criação de métodos de proteção adequados, em suas diferentes especificidades.

O risco de infecção ao HIV em práticas sexuais femininas é considerado pequeno, mas não é possível afirmar que não exista (Lima & Saldanha, 2020). A entrevistada aponta

¹ Centro de Especialidade em Saúde, local responsável pelo serviço de infectologia do SUS no município

que mesmo após reconhecer que existe o risco de transmissão do HIV através da prática homossexual feminina, esteve exposta ao risco: “(...) como eu tava solteira e jovem, quando entrei na faculdade, (...) fui esse caso clichê” (Entrevistada 1).

Após tais exposições de risco, duas delas afirmaram conhecer a possibilidade de utilizar a PEP. Uma delas citou que fez uso, mas não em todas as situações de exposição ao risco:

... eu tomei uma vez profilático, daí eu já era um pouquinho mais velha, já era adulta, até foi uma situação meia chata, de abuso, de uma relação que eu não estava querendo, acabou acontecendo, daí eu tomei profilático, mas antes não, eu não lembro se eu conhecia e não fazia, ou se eu não conhecia. (Entrevistada 2)

A fala da outra entrevistada se difere, afirmando “por mais que eu soubesse da existência da Pep, nunca utilizei, mesmo tendo situações de risco” (Entrevistada 1).

Nenhuma das entrevistadas utilizou a PEP, mesmo aquelas que afirmavam conhecer tal profilaxia, podendo indicar que o conhecimento está mais vinculado a PEP Ocupacional (em casos de acidentes de trabalho) e nos casos de violência sexual, ou seja, somente situações de exposições que não foram consentidas, como o caso citado pela Entrevistada 2.

O Ministério da Saúde (2017) aborda que a PEP pode ser utilizado em três situações: violência sexual, relação sexual desprotegida; e acidente ocupacional, ou seja, estão previstas situações em que o sexo, apesar de consentido, foi desprotegido. Nesse sentido, é necessário refletir se, para além de possuir as informações, estas são qualificadas ou completas. A desinformação pode fazer com que os indivíduos não reconheçam a possibilidade de uso da PEP e não busquem o atendimento no período correto, de até 72 horas após a exposição. Para além disso, os sujeitos precisam sentir-se confortáveis em buscar um serviço que ofereça a PEP. Assim, o acolhimento previsto nestas situações preconiza que o usuário seja atendido de forma a garantir o direito à sua privacidade e principalmente sem julgamentos morais (Ministério da Saúde, 2017).

A entrevistada 3, que não conhecia a PEP antes da pesquisa, quando questionada se mudaria algo em seus relacionamentos no que tange à prevenção, referiu “Eu acho que sim, se eu soubesse que existia aquelas prevenções de depois, aqueles métodos, eu acho que eu faria” (Entrevistada 3), abordando que teria utilizado a PEP se a conhecesse.

Também foi abordado, nas entrevistas, quanto às preocupações que ocorriam em relação ao HIV após as exposições de risco, dentre estas, a questão da testagem para

conhecimento de sua sorologia para o HIV era evidenciada: “passava 1, 2 meses eu acabava fazendo um exame de HIV” (Entrevistada 2), “eu me preocupava sim, mas por exemplo eu não chegava a ir fazer um teste ou alguma coisa assim, mas eu me preocupava” (Entrevistada 3). Contudo, como pode se perceber, em ambas existia a preocupação, mas em um dos casos, mesmo identificando a exposição de risco, a entrevistada não buscou a testagem.

2.3- Categoria 3: Percepções dos universitários sobre o conhecimento sobre HIV/aids

A universidade, pensando em seu papel formador, também seria responsável por transmitir conhecimentos sobre a prevenção ao HIV em seu currículo, visto que os estudantes que ali estão, serão futuros profissionais de diversas áreas (Moskovics & Calvetti, 2008). Todavia, as entrevistadas foram unânimes em afirmar que em nenhum momento de suas graduações tiveram os esclarecimentos necessários sobre a temática, o que causa preocupação, pois duas delas poderão atuar nas áreas de saúde e educação, pilares fundamentais da disseminação de conhecimento sobre o HIV.

Apesar disso, duas das entrevistadas afirmaram que acreditam que os universitários são suficientemente informados sobre a temática, uma delas verbalizou: “Eu acho que tem informações básicas, todo mundo sabe que tem que usar camisinha, mas às vezes informação nunca é demais, então acho que sempre tem como melhorar alguma coisa nesse sentido” (Entrevistada 3). A outra entrevistada concorda a com a possibilidade de aumentar o conhecimento/a informação, mas crê que não é suficiente para a prevenção conforme seu relato:

Eu acredito que deveria ser ensinado nas escolas, sobre isso, porém o que eu vejo é que não acontece, então o contato que as pessoas têm com isso são as campanhas, mas nada muito profundo, é muito superficial o conhecimento.
(Entrevistada 1)

Estas falas seguem a mesma direção do que foi abordado por Bezerra et al. (2012), que apontam que os universitários pensam que possuem o conhecimento suficiente e, por não reconhecerem o risco de infecção pelo HIV/aids, acabam se colocando em situações que os tornam vulneráveis. Isto se confirma também à medida que as três entrevistadas, mesmo afirmando que possuíam o conhecimento necessário para a prevenção, se expuseram a situações de risco.

Outra unanimidade entre as entrevistadas diz respeito à vulnerabilidade que os universitários estão expostos, sendo que todas entendem que este público é mais vulnerável,

associando principalmente à questão da idade, da exposição a álcool e drogas e ao fato de não possuir parceiros fixos, como suas falas demonstram:

... eu acho que no contexto da universidade, as pessoas entram muito novas e com aquela ideia de que universidade é bebida, então geralmente as pessoas abusam destas substâncias, que a gente sabe que aumentam o comportamento de risco sexual, então acho que esta perspectiva de festa, de bebedeira e até mesmo o uso de drogas que a gente sabe que nesta faixa etária aumenta, na adolescência e mais para a adultez jovem, acho que seria essa vulnerabilidade. (Entrevistada 1)

Acho que sim, eu estou um pouquinho fora da faixa etária de estudante universitário, porque essa é minha segunda graduação, mas considerando a idade que as pessoas fazem a graduação, é uma idade que tu não avalia muito os riscos, que tu é mais inconsequente, que tu faz mais uso de drogas e bebidas, que te faz perder mais a condição de julgamento. (Entrevistada 2)

Acho que a questão da idade também, a irresponsabilidade que às vezes ocorre, ou vai sair um dia de noite, para uma festa ou algo assim, ou seja, tá mais suscetível do que uma pessoa que é casada ou algo assim, ou até o caso de ser solteiro, de ter vários relacionamentos, vários parceiros, não ter uma pessoa fixa, então isso agrega e torna mais suscetível. (Entrevistada 3)

Tais percepções são compatíveis com o que é encontrado na literatura, apontando que as vulnerabilidades dos universitários estão relacionadas à idade, à necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, e ao consumo de álcool e outras drogas (Bezerra et al., 2012).

Em termos de divulgação dos métodos de prevenção ao HIV no ambiente universitário, todas foram unânimes sobre tal necessidade, contudo, as entrevistadas entendem que deva ser de diferentes formas, conforme aduzem seus relatos:

Eu acho que deveria ser uma matéria, não só na psicologia, senão vai acabar criando um nicho que não adianta, mas deveria estar em alguma matéria também, falar sobre o respeito humano, sobre a sexualidade humana, para gente ter

contato, para saber que existem coisas diferentes, formas de amar diferentes, formas de se relacionar sexualmente diferentes. (Entrevistada 1)

Na minha opinião, isso deveria ser aula de educação sexual desde o ensino fundamental, e não só na universidade, porque ali nós já temos muitos conceitos formados, é difícil ir mudando, mas talvez uma abordagem mais contínua e numa linguagem mais jovem, e não só uma linguagem assim tão formal, que dialogue mais com os jovens mesmo. (Entrevistada 2)

Olha eu acho que em questão de palestras, de algumas dinâmicas, algo que não fosse só um folder, porque isso acho que acaba passando batido pela maioria das pessoas, então por exemplo, se fosse alguma dinâmica, um dia que vai rolar por exemplo várias palestras sobre o assunto, essas coisas sabe, de divulgação, com as pessoas explicando, que não seja só por intermédio de texto sabe, eu acho que fica muito mais fácil e vai abranger mais pessoas do que se fosse só entregue um folder ou algo do gênero, ou até uma palestra online tipo no meio da pandemia, alguma campanha do tipo, acho que vai agregar mais pessoas. (Entrevistada 3)

Neste sentido, cabe frisar que qualquer que seja a maneira escolhida pelas instituições de ensino para divulgar a prevenção ao HIV, esta deve ser um processo contínuo, e não se resumir a campanhas e palestras pontuais, pois como alerta Paiva (2000, p. 37): “Prevenir a aids não é como ensinar a ler: aprendeu, nunca mais esquece”.

3- Integração das informações quantitativas e qualitativas

Em especial nos primeiros anos de descoberta do HIV/aids, a mídia teve um papel importante em trazer à tona discussões sobre a temática. Dentre estas discussões, a exposição de Cazusa na década de 1980, revelando publicamente que estava com aids, acabou tornando-o um símbolo da doença e foi bastante significativo para a população, principalmente em decorrência de seu aspecto físico, uma vez que estava bastante debilitado, tinha uma aparência doente, um corpo esquelético, e aparente debilidade física. Além disso, com sua aparição pública ficou evidenciado que o HIV atingia todas as classes sociais, sem distinção (Bernardes, Porto, Santos & Gomes, 2015). Pode-se perceber a importância deste momento na fala das duas entrevistadas: “... eu sempre ouvi muito Legião Urbana e Cazusa e o Renato Russo também, então quando eu comecei a ler sobre fiquei sabendo do porquê da morte dele e foi aí que eu comecei a questionar a respeito” (Entrevistada 1).

.....eu lembro muito do Cazuza, quando ele deu aquela entrevista no Fantástico com o Zeca Camargo, não lembro a idade que eu tinha, mas eu era criança, eu lembro que eu fiquei chocada, e depois a morte do Renato Russo, que eu acho que foi em 1996, eu gostava muito do Legião, então as duas temáticas do HIV que marcaram a minha infância e minha adolescência foram através deles dois.
(Entrevistada 2)

Na atualidade, sabe-se que as PVHIV não possuem mais o aspecto de doente que o Cazuza na época aparentava, sendo desconstruído tal estereótipo. Percebe-se tal desconstrução na resposta de um dos universitários sobre a exposição ao risco: “Porque uma pessoa aparentemente saudável pode estar contaminada”, e também na pergunta que aborda sobre esse aspecto, 97,3% dos respondentes afirmaram que pessoas com aparência saudável também podem estar infectadas com HIV. É importante ressaltar que apesar de representar uma parte pequena da população, 28 universitários ainda acreditavam no estereótipo de corpo debilitado, presente nas PVHIV nos primeiros anos de descoberta da doença, denotando que ainda há muito para se pontuar sobre essa condição no ambiente universitário.

A mídia também tem sido uma das aliadas para a divulgação de campanhas de prevenção ao HIV desde 1987, tanto aquelas realizadas por órgãos governamentais quanto por órgãos não governamentais. Essas campanhas buscam quase sempre convencer o espectador sobre a eficiência do preservativo e a importância de utilizá-lo nas práticas sexuais. A presente pesquisa demonstrou que existe o conhecimento sobre a importância do uso de preservativo masculino, contudo, percebe-se que o preservativo ainda é associado a comportamentos sexuais considerados promíscuos, irregulares ou desviantes (Marinho, 2000). Essa associação pode estar vinculada principalmente à sazonalidade das campanhas, que ocorrem mais fortemente em épocas como o carnaval (Garcia & Souza, 2010).

Desta forma, a camisinha acabou ganhando um significado considerado marginal, já que faz uma contraposição ao modelo monogâmico de relacionamento, no qual a fidelidade é exigida e se censura a pluralidade de parceiros (Marinho, 2000). Neste sentido, geralmente o preservativo não é utilizado em relações monogâmicas e consideradas estáveis, mesmo que a fidelidade do parceiro seja incerta. É possível perceber tal aspecto nas seguintes respostas dos universitários quando afirmaram ter consciência de estarem expostos ao risco de infecção pelo HIV: “Devido ao fato de estar em um relacionamento e não possuir 100% de certeza quanto à fidelidade do parceiro”; “Qualquer pessoa que confia no seu marido ou esposa e não usa camisinha vai estar exposto”; “Mesmo tendo parceiro fixo, pode ser

perigoso se o parceiro tiver outras relações”; “Nunca saberei se o parceiro é fiel”; “Pois não tenho garantia, embora confie na fidelidade do meu parceiro”; “Você pode garantir somente as suas atitudes, nunca poderá garantir 100% a atitude de seu parceiro, por mais confiança que exista”.

Desta forma, mesmo percebendo que o relacionamento estável não é garantia de que não estão expostos ao risco, houve uma grande quantidade de pessoas que deixaram de utilizar o preservativo por estar em uma relação considerada fixa. Os jovens acreditam que, em relacionamentos duradouros, nos quais se idealiza a fidelidade, não estão vulneráveis ao HIV, não identificam em seus parceiros a possibilidade de serem soropositivos (Lima et al., 2011). Essa percepção também vai ao encontro da questão que aborda que o risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado, na qual 71,7% respondeu que concordava com essa condição. Além disso, chama atenção que os homens foram os que mais assentiram com esta questão. Aqui pode se pensar que a negociação do uso de preservativo como uma forma de prevenção, pode remeter à infidelidade do parceiro. Nesta perspectiva, é importante ressaltar questões culturais e de gênero que ainda permeiam a prevenção ao HIV, visto que as mulheres, muitas vezes, têm um baixo poder de negociação sexual, o que as torna mais suscetíveis às relações sexuais desprotegidas (Santos et al., 2009). Oliveira et al. (2013) contribuem ao afirmar que:

O sexo não é uma prática abstrata, longe da subjetividade dos indivíduos, mas, sim, influenciada por ela. Isso fica claro quando os participantes colocam a relação monogâmica como meio preventivo e, assim, demonstram a delicadeza com a qual o tema deve ser tratado, pois comportamentos sexuais não podem ser modificados à luz da razão. (p.723)

Além disso, o fato de conhecer o preservativo não garante que todos os indivíduos tenham acesso a ele, saibam utilizá-lo corretamente e consigam negociar seu uso em cada encontro sexual que tiverem (Paiva, 2000). Uma das entrevistadas também abordou estas questões culturais e de gênero que podem estar implicadas na não utilização do preservativo:

... acho que é a questão bem forte dos homens ainda atrelarem o desempenho sexual ao não uso de camisinha, atrelarem que terão mais prazer com o não uso de camisinha e que a mulher tem que passar que tem confiança neles pelo não uso

de camisinha e que a responsabilidade para evitar uma gestação é da mulher.
(Entrevistada 2)

O sexo desprotegido foi escolhido quase que pela totalidade dos respondentes (99,8%) como forma de transmissão do HIV, resultado superior ao encontrado por Oliveira et al. (2013), em que 90,7% assinalaram esta alternativa. Quando se fala na Prevenção Combinada ao HIV, um dos conceitos mais importantes é o de percepção de risco. Para que sejam utilizados os métodos de prevenção disponíveis como a PrEP, prescinde a necessidade que os sujeitos se percebam como vulneráveis e expostos a situações de risco. Os indivíduos tem um caminho a percorrer até que ocorra efetivamente o sexo seguro, eles devem aceitar que o HIV/aids existe, reconhecer às formas de transmissão e de prevenção para que possa se perceber em risco (Paiva, 2000).

Nesse sentido, foi possível reconhecer que 87,6% dos respondentes já realizaram sexo sem preservativo em algum momento da vida, mas apenas 50,3% consideraram que já tinham estado expostos a situações de risco e destes, apenas 246 pessoas associaram à exposição ao sexo sem proteção. No estudo de Oliveira et al. (2013), 71% dos estudantes já haviam feito sexo sem o uso de preservativo, resultado inferior ao encontrado nesta pesquisa. Em relação à motivação para não utilizar o preservativo, o principal ponto foi o de possuir parceiro fixo, assinalado por 81,7% dos respondentes, resultado similar ao encontrado por Oliveira et al. (2013), em que também foi a principal motivação de 69,4% dos respondentes que não usaram preservativo. Além disso, o fato de alguns universitários afirmarem que não utilizaram preservativo por estar usando um método contraceptivo, ou ainda, aqueles que assinalaram algum método contraceptivo como método de prevenção ao HIV remete ao pensamento de que a prevenção que é idealizada é em relação a uma gravidez não planejada, e que os jovens não percebem sua vulnerabilidade em relação ao HIV (Villela & Doreto, 2006). Leite et al. (2007), em sua pesquisa com universitários da área da saúde, também encontrou resultado semelhante, chamando atenção principalmente ao fato de se esperar que tais estudantes tenham mais conhecimento sobre a temática, visto que como futuros profissionais da saúde são os principais responsáveis pelo repasse de informações à população em geral.

Para além dos motivos elencados para a não utilização de métodos de prevenção, como o fato de possuírem parceiro fixo, questiona-se sobre a possibilidade de que esta decisão possa perpassar por aspectos que não sejam conscientes e sim da ordem do inconsciente. Nem sempre os indivíduos encontram uma explicação racional para seus atos, como o de praticar sexo sem proteção, visto terem conhecimento quanto ao risco de

exposição à infecção ao HIV. Desta forma, quando se percebe a presença de manifestações que podem ser consideradas destrutivas, pode-se pensar que tais situações estejam a serviço da pulsão de morte, uma vez que conscientemente o sujeito sabe do risco e conhece as formas de prevenção. Assim, o fato de não os utilizar pode apontar para a possibilidade de aspectos inconscientes estarem influenciando na não utilização da prevenção.

A testagem para sorologia do HIV foi realizada por 57,7% dos respondentes, apresentando resultado bastante superior ao de Oliveira et al. (2013), em que apenas 15,3% dos alunos já tinham realizado o teste. Em relação à testagem para HIV, Abdala e Nichiata (2008) realizaram um estudo, em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo e constataram, nos relatos da equipe, ausência de busca espontânea para testagem. As autoras apontam que esta ausência pode indicar desde a falta de conhecimento sobre esta possibilidade de busca espontânea, como também o medo de que o resultado possa ser positivo e que o sujeito tenha que enfrentar a discriminação que, muitas vezes, está associada ao diagnóstico de HIV. Neste sentido, o presente estudo traz dados que corroboram com a possibilidade da falta de conhecimento específico, uma vez que, 55,4% dos universitários não sabia como e onde procurar a testagem para HIV, o que também pode ter influenciado 86 respondentes a buscar um local de doação de sangue, com o objetivo de realizar o teste. Uma das entrevistadas relatou ter procurado de forma espontânea o teste, contudo demonstrou desconforto com a situação:

... eu morria de vergonha, eu contava sempre uma história, que eu fiz uma transfusão de sangue, eu sempre contava uma historinha para a atendente que estava ali me atendendo, que eu tinha feito uma transfusão de sangue, que eu tinha sofrido um acidente, ou tinha feito um tratamento dentário e tinha furado a luva do dentista, eu sempre inventava uma história nesse sentido (Entrevistada 2)

Outra entrevistada, que possui experiência acadêmica em um serviço de infectologia, ressalta sua percepção sobre a dificuldade das pessoas em procurar a testagem:

...o medo das pessoas de ter os seus nomes no sistema, chegar lá e falar com quem teve relação, quantas pessoas, medo de ser invadido, de ter seu lado pessoal invadido, muita gente vai lá já com algum trauma de preconceito que sofreu, acho que esse receio também é muito grande também, e se der positivo, vão ficar sabendo, isso acaba afetando sim. (Entrevistada 1)

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) objetivam, justamente, acolher estas demandas da população, pois se caracterizam como serviços de prevenção ao HIV. Desta forma, estes locais buscam contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV através do aconselhamento e da testagem. Além disso, um de seus objetivos é absorver esta demanda de usuários que buscam bancos de sangue somente para conhecer sua condição sorológica. Tais locais também contam com profissionais capacitados para o aconselhamento pré e pós teste, o que garante que o sujeito que busca a testagem tenha um apoio emocional adequado nessas situações, ressaltando, a confidencialidade como um dos principais elementos norteadores deste serviço (Santos et al., 2011).

A questão de gênero esteve implicada em diversos momentos nesta pesquisa. Neste sentido, é possível apontar que as relações entre os sexos são desiguais e que o que se conhece sobre o ser mulher e ser homem são construções sociais, políticas e ideológicas (Carvalho, Pezzi & Paes, 2011). Uma das respostas ao questionário anônimo resume as diversas situações às quais as mulheres estão expostas e que as torna vulnerável ao HIV: “Acredito que por ser do sexo feminino acabe tendo mais chances de contrair por conta do risco de estupro e de companheiros que tiram o preservativo durante as relações sexuais sem que a mulher tenha conhecimento ou perceba certa ação”. Como já foi pontuado anteriormente, a mulher, muitas vezes, tem dificuldade em negociar o uso de preservativo, visto a relação de poder que ainda está presente na sociedade.

Apesar desta relação desigual, cabe frisar que a maioria das questões que abordavam conhecimentos sobre o HIV/aids, as mulheres apresentaram resultados superiores. Uma das questões que mais mulheres responderam equivocadamente foi sobre os métodos contraceptivos que também são métodos de prevenção ao HIV. A mulher, historicamente, é responsável pelos cuidados dos filhos e, conseqüentemente, acaba se responsabilizando por questões de prevenção à gravidez. Neste sentido, reforça-se que os homens participem ativamente dos Programas de Planejamento Familiar para que, paulatinamente, a mulher não assuma tal responsabilidade sozinha. Estas situações, tanto da falta de conhecimento quanto da falta de envolvimento com questões de contracepção, indicam a urgência de aproximar os homens dos serviços de saúde (Carvalho et al., 2011).

Diante das considerações expostas, é possível perceber que a realização de práticas sexuais seguras não está associada somente ao nível de conhecimento dos sujeitos sobre o HIV/aids e aos métodos de prevenção, mas também alguns conceitos de ordem social e aspectos psíquicos envoltos da sexualidade (Lima et al., 2011). Desta forma, quando se pensa em alguma questão que possa ser da ordem do inconsciente, um dos conceitos que podem ser abordados diz respeito ao conceito de pulsão de morte. Freud (1920/2004) sinaliza que

uma das formas de observar esta pulsão, de forma clínica, seria através da compulsão à repetição e do sentimento inconsciente de culpa que poderiam se caracterizar como tendências mortificantes ao sujeito, nessa perspectiva: “a compulsão à repetição destrona o princípio de prazer, parecendo mais originária, mais elementar e mais pulsional do que ele” (Prata, 2000, p. 117).

É possível refletir, a partir da pesquisa, que diversos universitários citaram que reconheciam que estavam expostos ao risco, e mesmo assim não se preveniam com o uso de preservativo, sendo essa situação recorrente, principalmente levando em consideração os índices de não uso de preservativo no último ano. A fala de uma das entrevistadas também reflete esta questão:

... vinha muita culpa, vinha muita culpa, principalmente porque eu sabia da informação, não era ignorante da informação, a decisão tinha sido tomada eu sabendo da informação, tendo conhecimento, tendo acesso, então vinha um sentimento de culpa muito forte. (Entrevistada 2)

Nesse sentido, o modo como esses universitários agem e percebem a exposição ao risco, pode não ter implicações somente da ordem consciente. Pode-se considerar que aspectos inconscientes estejam determinando alguns comportamentos e esses podem estar a serviço por exemplo da pulsão de morte. Nesse momento, é importante retomar que a conceituação da pulsão de morte está alinhada a um caráter retrógrado e conservador, além de se revelar através de impulsos destrutivos ou agressivos de forma silenciosa (Freud, 1920/2004). Desta forma, esses impulsos podem estar atuando de maneira silenciosa, podendo, sorrateiramente, inibir o sujeito de se proteger da infecção pelo HIV, podendo ser acionado inclusive sentimentos de onipotência, quando por exemplo, pessoas que pensam que o vírus é restrito a grupos de risco ou associado à promiscuidade, não considerando as suas vulnerabilidades, dentre elas, o não uso de preservativo. Nesse sentido, pode-se retomar uma fala de um respondente, que ao ser questionado sobre a PrEP afirmou que não a usaria pois “É foda”, transparecendo esse sentimento de onipotência.

Como abordado por Cimenti (2012), esses estados de não pensar e não sentir têm aparecido na clínica, principalmente relacionados a patologias graves, como as adições e transtornos alimentares. Pela compulsividade com que são acompanhados, esses transtornos expressam a pulsão de morte quase em estado puro, o que de fato pode colocar a vida dos sujeitos em risco. Essa mesma associação é possível de ser realizada com o HIV/aids, apesar de hoje já ser considerada uma doença crônica, é uma doença que ainda não tem cura e é

muito associada à morte no imaginário popular. Desta forma, quando o sujeito se expõe de maneira reiterada ao risco de infecção, mesmo reconhecendo a existência deste risco e sabendo como evitá-lo de maneira consciente, ele pode estar se comportando a serviço da pulsão de morte, através da compulsão à repetição.

Outra prática que também pode expressar a pulsão de morte quase que em estado puro diz respeito ao *Barebacking*, cavalgar sem sela em tradução livre. O *Barebacking* consiste em praticar sexo sem o uso de preservativos com pessoas as quais não se conhece o status sorológico e/ou pessoas soropositivas. Tal prática tem sido divulgada na imprensa desde 1997 (Oltamari, 2005). Ao buscar a compreensão da motivação dos sujeitos que praticam *Barebacking*, Dias (2003) sugere que pode existir uma relação com a pulsão de morte, entre outros aspectos. Posto isso, pode-se refletir acerca da existência de aspectos inconscientes que influenciam a não utilização de preservativos.

Freud (1925/1976) pontua que os indivíduos fazem uso de mecanismos de defesa para dar conta das angústias provenientes das vivências pulsionais. Dentre estes mecanismos, ressalta-se a negação e a projeção, como os que mais foram perceptíveis nas falas. O mecanismo da negação é presente em boa parte dos discursos dos universitários, à medida que ao aceitar a realidade da existência do HIV/aids e da possibilidade de infecção, é necessário que se utilize proteção. Contudo, quando o sujeito nega essa realidade, e não utiliza preservativos em todas as relações, ele pode estar fazendo uso deste mecanismo de defesa, dentre outros aspectos. Algumas respostas dão o indicativo de utilização do mecanismo da projeção, como por exemplo, quando questionados sobre a percepção de risco: “Não tenho garantias sobre o comportamento do parceiro” ou “Pois não sabemos se o parceiro se cuida e com quem ele se relacionou”. Desta forma, os respondentes transferiram o compromisso e da percepção de exposição ao risco a comportamentos dos parceiros e não aos seus, sugerindo uma forma de projetar neles a responsabilidade pela proteção e não a si próprio.

Posto isso, é possível pensar sobre a possibilidade de, em muitos casos, existir a influência de fatores inconscientes que possam estar refletindo nos índices de universitários que se expuseram ao risco de infecção ao HIV, mesmo tendo o conhecimento consciente necessário para a prevenção.

Cabe ressaltar que esta pesquisa cumpriu um papel social importante, visto que, indicou os locais adequados, tanto para a procura da prevenção combinada quanto da testagem, e apontou que para a realização da testagem não é necessária indicação médica, o que pode contribuir para, no futuro, os usuários buscarem tais métodos de prevenção espontaneamente. A entrevistada 3, por exemplo, citou em duas oportunidades tal

contribuição, afirmando que após a entrevista teve curiosidade de fazer o teste para HIV, assinalando que iria realizá-lo em sua próxima revisão médica e que, após saber da existência da PEP, por intermédio da pesquisa faria uso da mesma em situações de exposição ao risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que, apesar da crença de que em decorrência de seu nível de escolaridade, os universitários seriam, em sua totalidade, suficientemente informados sobre a prevenção ao HIV/aids, alguns deles ainda possuíam percepções equivocadas sobre questões básicas, principalmente quanto aos meios de transmissão e aos métodos de prevenção ao HIV/aids, tendo dificuldades, por exemplo, em diferenciar métodos de contracepção de métodos de prevenção.

Os métodos descritos na prevenção combinada como a PrEP, a PEP e a testagem, ainda não são conhecidos pela maior parte dos universitários. Essa informação pode ser preocupante porque, se dentro de um ambiente acadêmico, onde o acesso à informação científica é facilitado, tais métodos não são conhecidos/difundidos, a população como um todo também pode não ter tal esclarecimento. Essa constatação pode representar maior dificuldade na utilização de tais métodos pela população em geral e ir na contramão do que se espera quanto à diminuição dos índices de infecção no Brasil e no mundo.

Além desses pontos, é alarmante identificar que, apesar de representar um percentual baixo, ainda existe desinformação no âmbito universitário, e são os universitários os futuros profissionais de áreas como a saúde e a educação, pilares na disseminação de conhecimentos sobre o HIV/aids.

Dentre as pessoas que possuíam conhecimento sobre a prevenção e mesmo assim não os utilizavam, se expondo a situações de risco de infecção ao HIV/aids, pode-se elencar a hipótese de existam alguns fatores inconscientes que podem estar influenciando. Há várias possibilidades de compreensão desse funcionamento psíquico, e esse estudo se debruçou em considerar manifestações que podem estar a serviço da pulsão de morte. Entende-se que alguns comportamentos podem estar relacionados a essa pulsão de morte, uma vez que, através de impulsos destrutivos, podem, de forma sorrateira, fazer com que os sujeitos não se protejam adequadamente. Desta forma, é primordial reconhecer que existem aspectos em relação à definição de medidas preventivas ao HIV, para além do conhecimento sobre o assunto. A partir desta percepção, considera-se que seja possível adotar estratégias que vão ao encontro de demandas, que podem ser da ordem do inconsciente. Nesse sentido, evidencia-se que são necessárias pesquisas que aprofundem esses aspectos inconscientes que podem estar influenciando os usuários a não praticarem sexo seguro.

Outro aspecto percebido neste estudo foi que a temática do HIV/aids ainda é permeada de tabus, bem como, falar sobre o tema não é algo naturalizado, nem mesmo para estudantes universitários. Esse fato foi evidenciado na dificuldade em encontrar participantes

para a entrevista individual, em oposição à quantidade de respondentes do questionário online que era totalmente anônimo. Além disso, o fato de somente mulheres terem participado da etapa da entrevista individual, e também participarem em maior número como respondentes do questionário, pode indicar que existe um menor tabu, ou até mesmo maior necessidade em falar sobre a temática entre as mulheres. Outra hipótese, que é corroborada pela literatura diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que mulheres frequentem mais tais serviços. Alinhado a isso, também se observou maior conhecimento sobre o tema entre as mulheres.

Cabe pontuar que apesar dos números crescentes de indivíduos que foram infectados por parceiros em relacionamentos considerados estáveis, o fato de possuir um parceiro fixo e acreditar na fidelidade deste são consideradas formas de prevenção, o que coloca os sujeitos em situação de vulnerabilidade ao HIV/aids e indica que as campanhas de prevenção não devem somente focar em eventos como o Carnaval e tampouco serem direcionadas estritamente a pessoas solteiras. Ademais, as campanhas governamentais têm focado no preservativo como método de prevenção ao HIV/aids, deixando de considerar os outros métodos da prevenção combinada, o que pode fomentar o desconhecimento sobre estes. Outro ponto que deixa a desejar nas campanhas, também identificado neste estudo, é sobre a prevenção em relações homossexuais femininas. Essa pesquisa identificou a dificuldade que tal população tem em prevenir-se, uma vez que não se fala sobre o tema direcionado a esta população, e não existem métodos de prevenção que contemplem suas práticas sexuais, bem como, em muitos casos, os profissionais da saúde não estão preparados para orientá-las adequadamente.

Levando em consideração os números elevados que apontaram para o desconhecimento sobre a prevenção combinada, assim como uma certa confusão identificada quanto aos métodos contraceptivos e de prevenção, pensou-se em um produto técnico fruto desta pesquisa, uma cartilha virtual, que consta no Anexo D. Esta cartilha visa dar um retorno à população universitária sobre a pesquisa, informando sobre as questões que mais suscitaram dúvidas nos universitários. Ademais, este material busca orientar sobre os locais, neste município, onde estão disponíveis as profilaxias e frisar o caráter sigiloso da testagem.

Essa cartilha será distribuída através do e-mail institucional, com esse intuito informativo e esclarecedor, sendo que já foi realizado contato com o Diretor da área de conhecimento das humanidades da instituição onde ocorreu a pesquisa, que se propôs a auxiliar na divulgação deste material para toda a comunidade acadêmica.

A proposição de divulgação através de meio eletrônico se justifica por dois motivos, o primeiro deles diz respeito à situação de pandemia que se vivencia, em que a circulação de materiais pode ser um fator de risco de infecção da COVID-19. O segundo aspecto se refere a uma forma de feedback aos estudantes, como a pesquisa foi divulgada por e-mail e teve um número significativo de respondentes, é possível que se este material for recebido pela mesma forma de contato tenha uma melhor aceitação. Considera-se que pode ser um material de fácil acesso, por estar arquivado em meio eletrônico, acessível a qualquer momento e pode ser divulgado para outras pessoas, possibilitando a multiplicação do conhecimento sobre o HIV/aids.

Além desta estratégia, pretende-se também realizar palestras em outras esferas da sociedade, como com os usuários que acessam a assistência social. Entende-se que seja importante tal convergência visto que, se entre os mais escolarizados e com maior acesso aos serviços de saúde, como é o caso dos universitários, identificou-se dúvidas e equívocos sobre as formas de prevenção, é inevitável o questionamento sobre o conhecimento do restante da população, principalmente no que diz respeito àqueles em situações de vulnerabilidade social. Acredita-se que ao término das palestras seria importante que os participantes pudessem ter espaço para uma roda de conversa sobre a temática, incentivando que possam falar sobre a temática e tirar dúvidas que por ventura ainda possuam. Considera-se que tais conhecimentos sobre a temática não devam se restringir somente à cidade sede da Universidade em que foi realizada a pesquisa, mas também em cidades menores que também são atendidas pela instituição. Desta forma, respeitando as medidas de prevenção ao COVID 19 serão realizadas palestras, principalmente focando jovens, e com os seguintes tópicos:

- O que é HIV/aids e como ele é transmitido?
- Quais as formas de prevenção disponíveis e onde elas podem ser acessadas na rede pública de saúde?
- Mitos e verdades sobre HIV (formas de transmissão/ métodos de prevenção - diferença entre prevenção ao HIV x contracepção)
- Preconceito com PVHIV (tratamentos disponíveis, cronicidade da doença)
- Roda de conversa

Por fim, compreende-se que seja importante que a instituição de ensino na qual ocorreu a pesquisa receba um retorno sobre a mesma, para que enquanto entidade formadora possa também elaborar estratégias a longo prazo e que sejam sustentáveis para dar conta da temática. Além disso, trata-se de um público considerado jovem e vulnerável ao risco de

infecção ao HIV, assim como, também são responsáveis por formar tais profissionais que futuramente irão adentrar espaços de saúde e de ensino, compartilhando seu conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, F. T. de M. & Nichiata, L. Y. I. (2008) A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das Mulheres Atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 140-152.
- Aguiar, R. B., Leal, M. C. C. & Marques, A. P. de O. (2020) Conhecimento e atitudes sobre sexualidade e pessoas idosas com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (3), 2051-2062.
- Almeida, M. F. G., Borges, M. M. & Oliveira, C. M. (2020) Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS. *REFACS*, 8 (3), 392- 402.
- Alves, R. N., Kovács, M.J., Stall, R. & Paiva, V. (2002) Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 32-39.
- Amorim, C. M. de & Szapiro, A. M (2008) A domesticação das singularidades: Reflexões sobre o paradigma da prevenção - o caso da epidemia de HIV/aids. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 8 (3), 646- 657.
- Babbie, E. (1999) *Métodos de pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: UFMG.
- Balim, L., Rodrigues, C. & Santos, S (2016) Sujeitos vivendo com a infecção por HIV/aids: Um estudo qualitativo à luz da psicanálise. In. A. P. Costa, C. Oliveira, E. Synthia, J. Ribeiro, H. Presado & C. Baixinho (Eds.) *Atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (pp. 970- 979) Lisboa: Portugal: CIAIQ.
- Bardin, L (2016) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, R. A., Bellini, N. R., Vieira, C. M., Campos, C. J. G., Turato, E. R. (2019) Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospitais. *Revista Bioética*, 27 (2), 281-288.
- Bellotto, P. C. B., Lopez, L. C., Piccinini, C. A. & Gonçalves, T. R. (2019) Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, 1-15.
- Bernardes, M. R., Porto, F. R., Santos, E. I. & Gomes, A. M. T (2015). Método de análise imagética: Cazuza na revista Veja como ícone da Aids na década de 1980. *Psicologia e Saber Social*, 4(2), 183-194,
- Berquó, E., Barbosa, R. M. & Lima, L. P de. (2008) Uso de preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 34-44.

- Bezerra, E. O., Chaves, A. C. P., Pereira, M. L. D. & Melo, F. R. G (2012) Análise de vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. *Revista Rene*, 13 (5), 1121-1131.
- Brito, A. M., Castilho, E. A. & Szwarcwald (2001) Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34 (2), 207-217
- Câmara, R. (2013) Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicada às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), 179-191.
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. de S. (2006) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, Y. M. de Carvalho. *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 669-688) Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz.
- Carreno, I. & Costa, J. S. D da. (2006) Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 720- 726.
- Carvalho, C. A. & Azevedo, J. H. P. (2019) Do AZT à PrEP e à PEP: aids, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. *Reciis*, 12(2), 246-260
- Carvalho, S. M. & Paes, G. O. (2011) A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(2), 157-163
- Carvalho, S., Pezzi, M. da G. C. S. & Paes, G. O. (2011) Gênero, saúde reprodutiva e Aids. In J. L. Leite & J. L. Leite. *Aids - Entre o biomédico e o social: Pontos de Partida e Horizontes de Chegada*. Rio de Janeiro: Águia Dourada
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2008). *Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS* Brasília: Conselho Federal de Psicologia
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2009). *Práticas profissionais dos(as) psicólogos(as) no campo das DST/AIDS* Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Cimenti, M. E. (2012). *Reviravoltas do eu: narrativas em psicanálise*. Porto Alegre: Movimento.
- Costa, A. R., Nobre, C. M. G., Gomes, G. C., Alvarez, S. Q., Ribeiro, J. P. & Rosa, G. S. M. (2019) Dificuldades encontradas pela família no cuidado à criança/adolescente com HIV, *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-7.
- Dias, L. F. M (2003). Barebacking: roleta-russa, resistência social ou pulsão de morte [Resumo] In. Associação Brasileira de Psicologia Social (Eds.). *Anais do XII Encontro Nacional da ABRAPSO*. Porto Alegre, Brasil: ABRASPO

- Figueiredo, W. (2005) Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 10 (1), 105-109
- Filgueiras, S. L. & Maksud, I. (2018) Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. *Revista Latinoamericana* (30), 282-304
- FIOCRUZ (2020) A cura da Aids está próxima? *RADIS: Comunicação e Saúde* (215), 28-29.
- Freud, S. (2004). Pulsões e destinos da pulsão, In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol.1). Luiz Alberto Hans (trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (2004). Além do princípio de prazer. In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol.2). Luiz Alberto Hans (trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).
- Freud, S. (1974). A negativa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol.XIX). J.Salomão (trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925).
- Freud, D. (1972) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. VII) J. Salomão (trad.) Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1905)
- Garcia, S. & Souza, F. M. (2010) Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade*, 19 (2), 9-20.
- Garcia-Roza, L. A. (1986). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Garcia-Roza, L. A. (2008) *Artigos de metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente* (7ªed.). Rio de Janeiro Jorge Zahar Ed.
- Gerhardt, T. E., Ramos, I. C. A., Riquinho, D. L. & Santos, D. L. (2009) Estrutura do Projeto de Pesquisa. In T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Orgs.) *Métodos de Pesquisa* (pp 31-42) Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Giovelli, G. R. M (2015) Definição de termos técnicos. In. G. R. M, Giovekkki & P. Ü. Calvetti (Eds.) *Manual de cuidados HIV/aids: atenção, avaliação e intervenção psicoeducativa para pessoas que vivem e convivem com HIV/aids* (pp 298-316). São Paulo: Eureka.
- Gil, A. C. (2008) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Grangeiro, A., Ferraz, D., Calazans, G. Zucchi, E. M. & Díaz-Bermúdez, X. P. (2015) O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações

- sexuais e seu potencial impacto no âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (1), 43-62.
- Green, A. (1988a). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1988b). Pulsão de morte, Narcisismo negativo, função desobjetalizante. In: A. Green, C. Yorke; E. Rechartd; H. Segal; D. Widlöcher; P. Ikonen; J. Laplanche. *A pulsão de morte*. São Paulo: Editora Escuta.
- Greco, D. B. (2016) Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1533-1564.
- Guimarães, S. R. de O., Silva, T. B. N. P., Almeida, W. N. B. P. & Rocha Junior, J. R. (2019) Psicologia da saúde e crianças com HIV: impactos psicológicos e formas de atuação. *Ciências Biológicas e da Saúde UNIT*, 5 (2), 189-202.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago
- Helena, M. G. V. & Santos, H. (2004) Adaptação em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana- HIV. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 87-91.
- Hoagland, B., Torres, T. S., Bezerra, D. R. B. Geraldo, K. Pimenta, C., Veloso, V. G. & Grinsztejn, B. (2020) Telemedicine as a tool for PrEP delivery during the COVID 19 pandemic in a large HIV prevention service in Rio de Janeiro- Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 24(4), 360-364
- Laville, C. & Dionne, J. (1999) *A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. (H. M. & F. Settineri, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas/ Belo Horizonte: Editora da UFMG. (Trabalho original publicado em 1997).
- Leite, M. da T. F., Costa, A. V. dos S., Carvalho, K. A. da C., Melo, R. L. R., Nunes, B. M. T. V. & Nogueira, L. T. (2007) Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), 434-438.
- Lima, M. A. S. & Saldanha, A. A. W. (2020) (In)visibilidade Lésbica na saúde: Análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicologia, Ciência e Profissão* (40), 1-13.
- Lima, S. B. S., Silva, M. M. & Machado, S. da C. (2011) Aspectos relativos à Prevenção e Promoção da Saúde no Contexto do HIV/aids. In J. L. Leite & J. L. Leite. *Aids - Entre o biomédico e o social: Pontos de Partida e Horizontes de Chegada*. Rio de Janeiro: Águia Dourada
- Lima, M. L. C. & Moreira, A. C. G. (2008) AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(1), 103-118

- Marinho, M. M. (2000) Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 4 (6), 103-110
- Minayo, M. C. de S (2009) O desafio da pesquisa social. In M. C. de S. Minayo (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp 9 - 29) Petrópolis - RJ: Vozes
- Minayo M. C. de S. (2014) *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (14ª ed.) São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Educação (2017) *Censo da Educação Superior*. Acesso em 11 de maio, 2020 de <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>
- Ministério da Educação (2019) *Censo da Educação Superior*. Acesso em 10 de junho, 2021 de <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/resultadosr>
- Ministério da Saúde (2020) *Boletim Epidemiológico de HIV e Aids*. Acesso em 01 de Agosto, 2021, de https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-HIV_aids-2020-internet.
- Ministério da Saúde. (2018a) *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos*. Acesso em 30 de Março, 2020, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-HIV-em-adultos>
- Ministério da Saúde. (2018b) *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Acesso em 30 de Março, 2020, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>
- Ministério da Saúde. (2018c) *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais*. Acesso em 30 de Março, 2020, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
- Ministério da Saúde (2017) *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Acesso em 30 de Março, 2020, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-HIV-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>
- Ministério da Saúde (2016) *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira*. Acesso em 30 de Março, 2020, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>

- Ministério da Saúde (1999) *Política Nacional de DST/Aids: Princípios e diretrizes*. Acesso em 14 de julho, 2020 de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf
- Moreno, D. M. F. C. (2001) *A saúde pública e a psicanálise: produção do conhecimento no Brasil acerca da AIDS*. Dissertação de mestrado não-publicada. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil
- Moreira, A. C. G., Vieira, M. M. de C. d. & Ceccarelli, P. R. (2018) Sexualidade e ideal de feminilidade: contribuições para o debate. *Estudos de Psicanálise*, (49), 45-53.
- Moser, A. M., Reggiani, C. & Urbanetz, A. (2007) Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da Saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(2) 116-121.
- Moskovics, J. M. & Calvetti, P. Ü.(2008) Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (1), 210-217
- Oliveira, P. A. & Moreira, A. C. G. (2016) Trauma e feminilidade na clínica com mulheres vivendo com HIV/aids. *Polêm!ca* ,16 (4), 1-10.
- Oliveira, J. G., Araujo, J. L., Alchieri, J.C., Pereira, A. K. A. de M., Nascimento, E. G. C. & Vasconcelos, R. B. (2013) Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade do HIV/aids. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(3), 702-724
- Oltamari, L. C. (2005) Barebacke: roleta russa ou a ética sadeana? *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas* (72), 2-19
- Paiva, V. (2000) *Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus
- Pereira, G. F. M., Shimizu, H. E., Bermudez, X. P. & Hamann, E. M. (2018) Epidemiologia do HIV e aids no estado do RS, 1980 a 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 27, (4) 1-11.
- Pereira, D. R. & Migliavacca, E. M. (2014) Aspectos da compulsão à repetição na toxicomania. *Cadernos de Psicanálise- CPRJ*, 36(30), 71-87.
- Perucchi, J., Rodrigues, F. D., Jardim, L. N. & Calais, L. B. (2011) Psicologia e políticas públicas em HIV/aids: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*, (23), 72-80.
- Prata, M. R. (2000) Pulsão de morte: mortificação ou combate? *Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica*, 3 (1), 115-135.
- Queiroz, I. S. (2001) Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia ciência e Profissão*, 21 (4), 2-15.

- Rachid, M. & Schechter, M. (2017) *Manual de HIV/aids* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Thieme Revinter
- Rudge, A. (2006). Pulsão de morte como efeito de supereu. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9 (1), 79-89.
- Salim, A. L. D. & Santos, E. F. (2018) Toxicomania e Pulsão. *Psicanálise & Barroco em revista*, 16 (2), 151-167.
- Salvadori, M. & Hahn, G. V. (2019) Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. *Revista Bioética*, 7 (1), 153-163.
- Sampaio, J. & Araújo Jr. J. L. (2006) Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno infantil*, 6 (3), 335- 346.
- Santos, E. C., S, Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H. & Hermel, J. (2010) Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde *Revista Interamericana de Psicologia*, 44 (2), 235-245.
- Santos, N. J. S. (2002) A Aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e as perspectivas da vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15 (2), 386-410.
- Santos, N. J. S., Barbosa, R. M., Pinho, A. A., Villela, W. V., Aidar, T. & Filipe, E. M. V. (2009) Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Caderno de Saúde Pública*, (25), 5321-5333
- Santos, S. da S., Ramos, C. M. de O., Leite, J. L. & Stipp, M. A. C. (2011) Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids. In J. L. Leite & J. L. Leite. *Aids - Entre o biomédico e o Social: Pontos de Partida e Horizontes de Chegada*. Rio de Janeiro: Águia Dourada
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2020) Boletim Epidemiológico HIV/aids e Sífilis. Acesso em 22 de dezembro, 2020, de <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/02151825-boletim-epidemiologico-HIV-aids-2020-versao-preliminar.pdf>
- Seidl, E. M. F., Melchiades, A., Farias, V. & Brito, A. (2007) Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad. Saúde Pública* 23 (10), 2305-2316.
- Seidl, E. M. F., Ribeiro, T. R. A. & Galinkin, A. L. (2010) Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/aids: um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico-USF*, (15) 1, 103-112.

- Seidl, E. M. F. (2015) Atuação da psicologia em HIV/aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária. In L. Polejack, A. M. de A. Vaz, P. M. G. Gomes & V. C. Wichrowski (Orgs.) *Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp 307- 331) Porto Alegre: Rede Unidas.
- Seramim, R. J. & Walter, S. A, (2017) O que Bardin diz que os autores não mostram? Estudo das produções científicas brasileiras no período de 1997 a 2015. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 18 (2), 241-269.
- Shaughnessy, J.J., Zechmesterm E B. & Zechmesterm, J. S. (2012) *Metodologia de Pesquisa em Psicologia* (R. C. Costa Trad.) (9ª ed.) Porto Alegre: AMGH.
- Silva, N. G., Zihlmann, K. & Barreiros, G. B. (2018) Prevenção combinada ao HIV/ Aids e redução de danos: políticas públicas que sustentam a oferta de um cuidado mais efetivo e sensível às possibilidades e necessidades das pessoas atendidas. In L. T. L. e S. Surjus, J. L. Pupo, A. V. P. Guerrero & J. C. B. Scafuto (Orgs.) *Drogas e direitos humanos: Protagonismo, educação entre pares e redução de danos*. São Paulo: UNIFESP.
- Silveira, D. T. & Córdova, F. P (2009) A pesquisa científica. In T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Orgs.) *Métodos de Pesquisa* (pp 31-42) Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Trindade, F. F., Fernandes, G. T., Nascimento, R. H. F., Jabbur, I. F. G. & Cardoso, A. de S. (2019) Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/aids. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 153-165.
- UNAIDS (2015) 90-90-90 *Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids*. Acesso em 15 de julho, 2020 de https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
- Veras, J. F (2007) Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (2), 266-275.
- Vergely, B. (2000) *O sofrimento*. Bauru, SP: EDUSC.
- Vianna, A. G. (2014) A aliança do supereu com a pulsão de morte no uso de drogas. *Tempo Psicanalítico*, 46(2), 299-314.
- Villela, W. V. & Doreto, D. T. (2006) Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública* 22(11), 2467-2472
- Wohlgemuth, M. da G. C. L., Polejack, L. & Seidl, E. Jovens universitários e fatores de risco para infecção pelo HIV: uma revisão de literatura. *RELACult- Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*, 6 (1), 1-16.

- Zambenedetti, G. & Both, N. S. (2012) Problematizando a atenção em HIV/aids na Estratégia Saúde da Família. *Polis e Psique*, 1 (2), 99-110.
- Zucchi, E. M., Grangeiro, A., Ferraz, D., Pinheiro, T. F., Alencar, T., Ferguson, L., Estevam, D. L. & Munhoz, R. (2018) Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (7), 1-16.

ANEXO A

OBS: Este questionário será elaborado em ferramenta do Google intitulada Formulários. Portanto, favor desconsiderar o layout deste e considerar que o sistema reconhece as respostas e automaticamente direciona o respondente para a pergunta seguinte ou passa alguma pergunta, desta forma neste modelo foi somente assinalado quais questões serão apresentadas.

Este é um questionário que embasará uma dissertação de mestrado em Psicologia da UCS. Visamos com ele identificar o conhecimento e a percepção de universitários a respeito do HIV/aids. Ele é um questionário totalmente anônimo, não sendo coletado nenhuma informação de contato ou identificação do respondente. Sua resposta é muito importante, mas se em qualquer momento não quiser responder alguma pergunta pode pular esta questão ou se não quiser continuar respondendo, pode desistir e encerrar o questionário. Se você tiver dúvidas sobre o questionário e/ou a pesquisa, favor entrar em contato com a responsável Taís Turatti pelo e-mail: tturatti@ucs.br

Clique aqui para continuar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Convidamos o(a) senhor(a) a responder esta pesquisa sobre: Conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul em relação ao HIV/aids, assim como de possíveis interferências na utilização da prevenção combinada. Este estudo está sendo desenvolvido por Taís Turatti, do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Tânia Maria Cemin.

O objetivo do projeto é identificar conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações básicas e de risco de infecção em relação ao HIV/aids, e como podem interferir na utilização da prevenção combinada. A finalidade deste trabalho é contribuir para identificar as demandas dos estudantes universitários a respeito da prevenção combinada ao HIV/aids, que embasarão a criação de uma estratégia de intervenção que dialogue com a população universitária.

Solicitamos a sua colaboração para responder este questionário com duração média de 10 min, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Lembrando que os dados não serão apresentados individualmente, e sim os dados coletados do grupo de respondentes, o que garante o anonimato de todos. Informamos que essa pesquisa pode causar desconforto ou vergonha ao respondê-la por se tratar de uma temática que envolve sexualidade, bem como o temor de ter suas respostas divulgadas individualmente. Contudo para minimizar estes riscos, a pesquisa será realizada no formato online e não serão coletados dados pessoais, garantindo o anonimato, assim como a qualquer momento, se não se sentir confortável em responder as perguntas, pode não responder alguma questão ou encerrar o questionário, fechando a aba de seu navegador. Se desejar, pode entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail: tturatti@ucs.br que estará disponível para lhe auxiliar. Por ocasião da publicação dos resultados, os dados serão apresentados sempre em conjunto, não possibilitando nenhum tipo de identificação dos participantes individualmente. Os dados provenientes deste estudo serão de responsabilidade da pesquisadora, que os guardará em local seguro por um período de 5 anos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP-UCS). O CEP-UCS é um colegiado interdisciplinar e independente que avalia os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos de forma a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas. Você pode procurar o Comitê para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa ou fazer reclamações e denúncias. Ele está localizado na Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco M, Sala 306, Cidade Universitária, Caxias do Sul- RS, CEP: 95070-560, Telefone para contato: 3218-2829, e-mail: cep-ucs@ucs.br. Horário de Atendimento: das 8h às 11:30 e das 13:30 às 18:00.

É necessário possuir mais de 18 anos para responder a esta pesquisa.

Se você desejar pode imprimir ou salvar a íntegra deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através do seguinte link:
<https://sites.google.com/view/prevenocombinadaaoHIV/p%C3%A1gina-inicial?authuser=1>

Pesquisadora responsável: Taís Turatti

Endereço Institucional: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco E, Sala 306, Cidade Universitária, Caxias do Sul- RS, CEP: 95070-560, Telefone: (54) 3218-2765, e-mail: tturatti@ucs.br

Ao clicar na caixa abaixo, o (a) Senhor (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

() Declaro que esclareci minhas dúvidas e que concordo em participar da pesquisa.

1- Você é estudante universitário atualmente?

() Sim

() Não (se o usuário responder esta alternativa o questionário é encerrado)

2- Quais destes métodos contraceptivos também são métodos de prevenção ao HIV/aids?

Marque todas alternativas que considerar corretas.

() Pílula Anticoncepcional

() Pílula contraceptiva de emergência (pílula do dia seguinte)

() Anticoncepcional injetável

() Implante Anticoncepcional

() Dispositivo Intrauterino (DIU)

() Preservativo (camisinha) masculina

() Preservativo (camisinha) feminina

() Anel Vaginal

() Diafragma

() Espermicida

() Laqueadura

() Vasectomia

() Outros. Quais? _____

3 - Quais as maneiras possíveis de transmissão do HIV/aids? Marque todas alternativas que considerar corretas.

() Ato sexual sem proteção

() Suor e lágrimas

() Pelo ar

() Picada de inseto

() Uso de instrumentos perfurocortantes, como agulhas e seringas

() Contato físico, como aperto de mãos e abraço

- ☐ De mãe infectada para o filho (durante a gestação, parto ou amamentação)
- ☐ Beijo no rosto
- ☐ Utensílios de uso comum, como talheres e copos.
- ☐ Toalhas, sabonetes ou lençóis
- ☐ Outros. Quais? _____

Para cada pergunta abaixo, gostaria de saber se você concorda ou discorda.

4 - O risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado?

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo, nem discordo

5- Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV/aids?

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo, nem discordo

6- Uma mulher grávida que esteja com HIV/aids e que recebe um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto, pode diminuir o risco de passar HIV/aids para o seu filho?

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo, nem discordo

7- O uso de drogas ou álcool pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha?

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo
- ☐ Não concordo, nem discordo

8- Casais heterossexuais não tem risco de infecção pelo HIV/aids em relações sexuais desprotegidas.

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo

() Não concordo, nem discordo

9- Pelo que você conhece ou já ouviu falar sobre aids, atualmente existe ou não cura para esta doença?

() Sim

() Não

10 - Você já teve pelo menos uma relação sexual em sua vida?

() Sim

() Não (Se o usuário responder Não ele é direcionado para a pergunta 14)

11- Você já fez sexo alguma vez sem utilizar preservativo?

() Sim

() Não

12- Considerando as suas relações sexuais do último ano, em quantas delas você utilizou preservativo?

() Utilizei em todas relações

() Utilizei na maioria das relações

() Utilizei em poucas relações

() Utilizei em nenhuma relação.

13- Quais os motivos que o levaram a não utilizar o preservativo?

() Não possuía preservativo na hora

() Não tinha dinheiro para comprar preservativo

() Tem preconceito quanto a utilização

() Incômodo

() Possuir parceiro fixo

() Outros, quais? _____

14- Você mudou seu comportamento sexual após saber da existência do HIV/aids?

() Sim

() Não (Se responder Não é direcionado a pergunta 16)

15- Quais comportamentos você modificou?

16- Você considera que possa estar exposto ou já esteve exposto ao risco de infecção ao HIV/aids, considerando o seu conhecimento sobre a transmissão do HIV/aids?

() Sim

() Não (Se responder Não é direcionado a pergunta 18)

17- Por que você considera que esteve ou está exposto ao risco de infecção?

18- Você já fez o teste para HIV/aids alguma vez na vida?

() Sim

() Não (Se responder Não é direcionado a pergunta 20)

19- E quais os motivos para você ter feito o último teste para HIV/aids. Você pode marcar mais de uma alternativa

() Por solicitação do empregador

() Doação de sangue somente para se testar

() Doação de sangue porque precisou ou quis

() Pré-natal

() Exposição à alguma situação de risco

() Curiosidade

() Parceiro (a) pediu

() Parceiro (a) está infectado pelo HIV/aids

() Indicação médica

() Outro motivo? Qual? _____

20 - Você já ouviu falar sobre a PEP (Profilaxia pós exposição), método de prevenção à infecção pelo HIV/aids?

() Sim

() Não

21 - A PEP (Profilaxia pós exposição) consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais que deve iniciar em até 72 horas após a exposição e ser continuado por 28 dias para garantir a eficácia. Este medicamento está disponível no SUS conforme indicação de profissionais de saúde. Você concorda com que o SUS distribua este medicamento?

() Sim (Se responder Sim é direcionado a pergunta 23)

() Não

22- Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento?

23- Se você percebesse que você se expôs a uma situação de risco de infecção do HIV/aids, você utilizaria a PEP?

() Sim (Se responder Sim é direcionado a pergunta 25)

() Não

24- Quais motivos te levariam a não utilizar a PEP?

25- Você já ouviu falar sobre a PrEP (Profilaxia pré exposição), método de prevenção à infecção pelo HIV/aids?

() Sim

() Não

26- A PrEP, (Profilaxia pré exposição) baseia-se na ingestão diária de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas para reduzir o risco de infecção do HIV/aids através de relações sexuais. Este medicamento está disponível no SUS conforme indicação de profissionais de saúde. Você concorda com que o SUS distribua este medicamento?

() Sim (Se responder Sim é direcionado a pergunta 28)

() Não

27- Quais motivos te levam a não concordar com a distribuição deste medicamento?

28 - Se você percebesse que está em risco de infecção do HIV/aids, você utilizaria a PrEP?

() Sim (Se responder Sim é direcionado a pergunta 30)

() Não

29 - Quais motivos te levariam a não utilizar a PrEP?

30 - Você sabia que, caso deseje informações ou orientações sobre a PrEP e a PEP, pode procurar o CES (Centro especializado de Saúde que está localizado na Rua Sinimbú, 223 no Centro da cidade?

() Sim

() Não

31 - Você sabia que pode realizar a testagem para o HIV/aids em qualquer UBS (Unidade básica de Saúde) ou no CTA (Centro de testagem e Aconselhamento) que fica junto ao CES na Rua Sinimbú, 223 e não é necessário encaminhamento médico.

() Sim

() Não

32 - Qual seu sexo?

() Masculino

() Feminino

33- Qual sua idade em anos? ____

34 - Qual seu estado civil?

() Solteiro

() União estável

() Casado

() Separado/Divorciado

() Viúvo

35 - Qual seu grau de escolaridade?

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

- ☐ Pós graduação Lato Sensu
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

36- A qual área do conhecimento o seu curso está vinculado?

- ☐ **Ciências da vida** (Medicina, Agronomia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Estética e cosmética, Radiologia)
- ☐ **Ciências Exatas e engenharias** (Ciência da computação, Criação digital, Engenharias, Química, Tecnologias Digitais, Física, Matemática, Química, Análise e desenvolvimento de sistemas, Jogos digitais, Redes de computadores)
- ☐ **Humanidades** (Filosofia, Psicologia, Serviço social, Geografia, História, Letras, Pedagogia, Sociologia)
- ☐ **Ciências Sociais** (Administração, Biblioteconomia, Ciências contábeis, Ciências econômicas, Comércio Internacional, Comunicação Social- Publicidade e Propaganda, Jornalismo, Relações Públicas, Turismo, Fotografia, Gastronomia, Gestão comercial, Gestão da produção industrial, Gestão da qualidade, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Financeira, Gestão Pública, Logística, Marketing, Processos gerenciais, Produção audiovisual-cinema)
- ☐ **Ciências jurídicas** (Direito)
- ☐ **Artes e arquitetura** (Arquitetura e Urbanismo, Artes visuais, Design, Moda, Música, Design de interiores, Design de moda)

Agradecemos pela participação!

Essa pesquisa contará com uma segunda fase que consistirá em entrevistas individuais, se tiver interesse em participar, favor deixar um e-mail para contato na caixa de texto abaixo:

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ENTREVISTA

Prezado (a) Senhor (a)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa sobre: Conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações em relação ao HIV/aids e possíveis interferências na utilização da prevenção combinada, e está sendo desenvolvida por Taís Turatti, do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Tânia Maria Cemin.

O objetivo do projeto é identificar conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações e de risco de infecção em relação ao HIV/aids, e como podem interferir na utilização da prevenção combinada. A finalidade deste trabalho é contribuir para identificar as demandas dos estudantes universitários a respeito da prevenção combinada ao HIV/aids que embasarão a criação de uma estratégia de intervenção que dialogue com a população universitária.

Solicitamos a sua colaboração para de uma entrevista com duração média de 60 minutos, que terá seu áudio gravado para posterior transcrição, desta forma pedimos sua autorização para esta gravação. Pedimos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Informamos que essa pesquisa pode causar desconforto ou vergonha ao respondê-la por se tratar de uma temática relacionada à temática da sexualidade, assim como existe o risco de sentir-se invadido em sua intimidade. Para minimizar tais riscos, o por ocasião da publicação dos resultados os dados serão apresentados sempre em conjunto não possibilitando nenhum tipo de identificação dos participantes individualmente, bem como, será facultado ao entrevistado que desista de participar da entrevista a qualquer momento, ou de não responder alguma pergunta caso não se sinta confortável. A pesquisadora se coloca à disposição para qualquer esclarecimento e auxílio. Em relação aos dados provenientes deste estudo, eles estarão sob a responsabilidade da pesquisadora e serão guardados em local seguro por um período de 5 anos.

Rubrica : _____

Data: ____/____/____

P.1/3

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir

do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

As entrevistas ocorrerão nas dependências da Universidade de Caxias do Sul (UCS) na Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco E, Cidade Universitária, em datas e horários a serem combinados. Serão respeitados os protocolos vigentes em relação à prevenção da transmissão do COVID-19, disponibilizando álcool gel e máscara e respeitando o distanciamento físico, bem como outros protocolos que estejam vigentes no momento da realização da entrevista. Caso não se sinta confortável em comparecer no endereço mencionado, ou seja, grupo de risco da COVID-19, as entrevistas podem ser realizadas de forma online através das plataformas *Google Meet* ou *Zoom*.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP-UCS). O CEP-UCS é um colegiado interdisciplinar e independente que avalia os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos de forma a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas. Ele está localizado na Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco M, Sala 306, Cidade Universitária, Caxias do Sul- RS, CEP: 95070-560, Telefone para contato: 3218-2829, e-mail: cep-ucs@ucs.br. Horário de Atendimento: das 8h às 11:30 e das 13:30 às 18:00.

Pesquisadora responsável: Taís Turatti

Endereço Institucional: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco E, Sala 306, Cidade Universitária, Caxias do Sul- RS, CEP: 95070-560, Telefone: (54) 3218-2765, e-mail: tturatti@ucs.br

Assinatura da Pesquisadora

Rubrica : _____

Data: ____/____/____

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, autorizo a gravação da minha voz durante a entrevista, como também concordo que os dados obtidos no estudo sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações), preservada qualquer forma de minha identificação. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Declaro que esclareci minhas dúvidas e que concordo em participar da pesquisa.

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor encaminhar e-mail para a pesquisadora: tturatti@ucs.br

Observação: Caso permaneça a situação de isolamento social acarretada pela pandemia do COVID-19 na época de execução destas entrevistas, estas serão obrigatoriamente realizadas através de ferramentas como o *Google Meet* ou *Zoom* e o entrevistado será orientado a assinar e escanear ou fotografar o TCLE antes de iniciarmos a entrevista.

Rubrica : _____

Data: ____/____/____

P.3/3

ANEXO C

PERGUNTAS NORTEADORAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

- Você percebe que existe preconceito em relação ao HIV/aids?
- E em relação aos métodos de prevenção?
- Qual a sua percepção enquanto universitário quanto aos conhecimentos que possui em relação ao HIV/aids?
- Que tipos de vulnerabilidades percebe em relação ao HIV/aids no contexto universitário?
- Você conhece as estratégias da prevenção combinada?
- Como percebe as novas estratégias propostas pela prevenção combinada?
- Mesmo conhecendo pelo menos um dos métodos propostos pela prevenção combinada, em alguma relação sexual esse método não foi utilizado?
- Se sim, o que pode ter interferido para a não utilização?
- De quais formas entende que poderiam ser divulgadas informações sobre o HIV/aids?
- Que tipos de intervenção com a população universitária compreende que seriam adequadas para conscientização sobre a prevenção combinada?

ANEXO D

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Declaro, para os devidos fins, que **Universidade de Caxias do Sul** concorda em participar do Projeto de Pesquisa intitulado "PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV EM UNIVERSITÁRIOS: UM OLHAR DA PSICOLOGIA", realizado pela pesquisadora Taís Turatti, sob orientação da Profª Drª Tania Maria Cemin.

Esse projeto tem por objetivo identificar conhecimentos e percepções de universitários de Caxias do Sul a respeito de informações básicas e de risco de infecção em relação ao HIV/Aids, e possíveis interferências na utilização da prevenção combinada, a partir de alguns conceitos psicanalíticos.

Os dados da pesquisa serão obtidos em um primeiro momento através da aplicação de um questionário online com os alunos da graduação e posteriormente serão realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com alguns destes alunos. Após a coleta de dados utilizar-se-á para análise qualitativa dos dados a metodologia de Análise de conteúdo de Bardin e para a análise quantitativa será utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

Ciente dos objetivos e da metodologia de pesquisa acima citada concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.

Caxias do Sul, 05 de novembro de 2020.

Everaldo Cescon

Everaldo
Cescon

Assinado de forma
digital por Everaldo
Cescon
Dados: 2020.11.05
22:43:14 -03'00'

Assinatura e carimbo do responsável

ANEXO E
CARTILHA VIRTUAL

HIV/Aids

Universitário, será que você é suficientemente informado sobre HIV/Aids?



Você sabia?

- 2020: 37,6 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo
- **Brasil**
 - 1980 - 2020 = 1.011.617 casos de Aids
 - 2019: notificados 41.919 casos de HIV
 - A maior concentração de casos de HIV está na faixa etária dos 20 aos 34 anos.
 - As regiões Sul e Sudeste são as que têm maior concentração de casos de HIV no período de 1980 e 2020.



E você sabe como o HIV/Aids é transmitido?



Formas de Transmissão do HIV

- Sexo vaginal sem camisinha;
- Sexo anal sem camisinha;
- Sexo oral sem camisinha;
- Uso de seringa por mais de uma pessoa;
- Transfusão de sangue contaminado;
- Da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação;
- Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

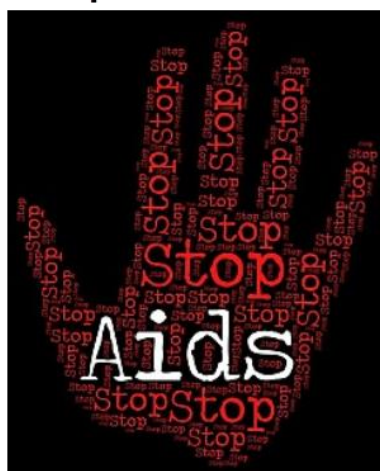


Não são formas de transmissão

- Sexo desde que se use corretamente a camisinha;
- Beijo no rosto ou na boca;
- Suor e lágrima;
- Picada de inseto;
- Aperto de mão ou abraço;
- Sabonete/toalha/lençóis;
- Talheres/copos;
- Assento de ônibus;
- Piscina;
- Banheiro;
- Doação de sangue;
- Pelo ar.



Você sabe se prevenir corretamente?



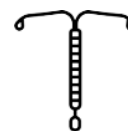
Métodos de prevenção ao HIV e também contraceptivos

- Preservativo masculino
- Preservativo feminino



Métodos que são somente contraceptivos NÃO protegem da infecção do HIV

- | | |
|--|----------------|
| • Pílula anticoncepcional e contraceptiva de emergência (Pílula do dia seguinte) | • Anel Vaginal |
| • Anticoncepcional injetável | • Diafragma |
| • Implante anticoncepcional | • Espemicida |
| • Dispositivo Intrauterino (DIU) | • Laqueadura |
| | • Vasectomia |



Métodos de Prevenção ao HIV - Não são contraceptivos

PEP

A PEP (Profilaxia pós exposição) consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais que deve iniciar em até 72 horas após a exposição e ser continuado por 28 dias para garantir a eficácia. Ela é indicada nos casos de:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento);
- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou material biológico).



Métodos de Prevenção ao HIV - Não são contraceptivos

PrEP

A PrEP, (Profilaxia pré exposição) baseia-se na ingestão diária de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas mas que se encontram em situações de elevado risco de infecção.



Onde encontrar a PrEP e a PEP?

- Para mais informações ou orientações sobre o PrEP e o PEP, você pode procurar o CTA (Centro de testagem e aconselhamento) que está localizado na Rua Sinimbú, 2231 - Centro, Caxias do Sul - Telefone: 3223-5531 (Horário de atendimento: 7 às 16 horas)
- Caso necessite de atendimento para PEP à noite, nos finais de semana e feriados, o local de atendimento indicado são as UPAs Centro e Zona Norte



Fique atento! Previna-se! Seja com preservativo masculino ou feminino, PEP ou Prep.

E você já fez teste para HIV?



Testagem



Em Caxias do Sul a testagem pode ser realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na rua Sinimbu, 2231 - Centro.

Lembrando que o atendimento é realizado de forma **sigilosa**. **Não é necessário encaminhamento médico**, apenas documento de identidade com foto e cartão SUS.

No CTA existe uma **equipe multiprofissional que poderá acompanhá-lo no pré teste e no pós teste**, independente do resultado do exame, para que você tenha as orientações necessárias.

E aí ficou com alguma dúvida sobre a prevenção ao HIV?

Pode encaminhar de forma anônima, e-mail para
tturatti@ucs.br



Referências

Você também pode acessar esses sites para mais informações!

Ministério da Saúde (2017) Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Acesso em 10 de Outubro, 2021, de <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>

Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Serviço Municipal de Infectologia. Acesso em 11 de Outubro, 2021, de <https://caxias.rs.gov.br/servicos/saude/servico-municipal-de-infectologia>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde: Prevenção Combinada. Acesso em 11 de Outubro, 2021 de <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids/index.php?p=245395>

UNAIDS. Estatísticas sobre HIV/Aids. Acesso em 10 Outubro, 2021 de <https://unaids.org.br/estatisticas/>