



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ingyrd Cunha Ventura Felipe

**Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários:
associação dos conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais**

Rio de Janeiro

2014

Ingyrd Cunha Ventura Felipe

Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: associação dos conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais

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

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

F315 Felipe, Ingrid Cunha Ventura.
Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários :
associação dos conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais /
Ingrid Cunha Ventura Felipe. - 2014.
144 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Estudantes universitários – Uso de álcool. 3.
Comportamento sexual. 4. HIV (Vírus) 5. AIDS (Doença) 4. I.
Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Ingryd Cunha Ventura Felipe

Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: associação dos conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de março de 2014.

Branca Examinadora:

Antonio Marcos Tosoli Gomes (Orientador)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Cláudia Teresa Vieira de Souza
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

Marilurde Donato
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ronir Raggio Luiz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Helena Maria Scherlowski Leal David
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus que proporcionou foco, força e fé para que eu pudesse continuar a caminhada.

Também a todos os meus familiares, amigos, colegas de trabalho por compreenderem minhas ausências e ver este momento como um avanço na minha vida profissional e, principalmente, àqueles que estão cotidianamente ao meu lado vivenciando essas experiências, por acreditarem sempre no meu potencial e me incentivar a continuar sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a minha família por compartilhar todos os momentos bons e ruins, felizes e tristes da minha trajetória acadêmica e profissional. À minha mãe Sandra Ventura por ser minha incentivadora e meu braço direito, à minha irmã Suellen Ventura por estar ao meu lado sempre que preciso, à minha avó Aurora Ventura por aceitar meu sumiço, mesmo sem entender os motivos e a importância da escrita da tese, aos meus primos e suas famílias – Leonardo, Robson e Heverton, e, ainda, aos agregados da família Marcos, Érika, Marcela e Chrystiane, por tornarem meus dias mais alegres e fazer esquecer das coisas ruins e também pelo apoio que me deram nos momentos mais complicados. Família, amo vocês!

Ao meu querido marido, Roberto Larcher, que eu escolhi para fazer parte da minha família e para formar uma nova família, pelo amor incondicional, pela compreensão dos momentos difíceis e do meu mau humor, por dedicar parte do seu tempo para ouvir minhas angústias, meus desejos e, muitas vezes, meu desespero, misturado com as surpresas do cotidiano e os momentos felizes; por ter me apoiado e auxiliado no desenvolvimento deste trabalho e, principalmente, por ter acreditado em mim, incentivando a continuar na brilhante trajetória. Obrigada por tudo e fica a promessa que estarei mais presente e mais alegre depois disso. Te amo!!

Aos grandes amigos e companheiros que a vida me presenteou e que fizeram parte direta e indiretamente deste processo. Não tenho como agradecer os esforços, apoio, auxílio, incentivo e força que Margarida Rocha e Henrique Bessa me deram durante o desenvolvimento do trabalho. Queridos, sem vocês dois eu não teria chegado ao final deste trabalho e nem conseguiria ter lutado até o fim, vocês foram fundamentais, muito obrigada por existirem na minha vida!!

Aos meus amigos (as) que são irmãos (ãs) de coração – Nelsinho, Roberta Neves, Marrie e André, que entenderam esta fase como ninguém e pelas conversas puderam clarear minha mente e me ajudaram a continuar trilhando o caminho. Vocês foram especiais neste momento e continuarão sendo na minha vida!!

Aos demais amigos, já que não tem como citar todos, que me incentivam, apoiam e acreditam em mim, que fazem parte do meu dia-a-dia, que esperam para ver o produto final de tanto trabalho e luta. Mesmo sem a participação específica na tese, vocês foram e são importantes a todo o momento.

Aos colegas de trabalho que me deram suporte e esclarecimentos para que eu pudesse conciliar a execução da tese com as aulas na Universidade, pelas parcerias travadas, sem elas seria muito difícil disponibilizar o tempo necessário para estudar.

Aos professores que passaram por esta fase da minha vida e que me deram suporte com sugestões e dicas para melhoria do trabalho. Às contribuições efetivas da banca que esteve presente no projeto e também no relatório, acreditando que eu poderia fazer melhor e auxiliando sempre que possível. Um agradecimento especial ao professor Ronir Raggio pelo apoio e orientações no desenvolvimento do trabalho, me explicando pacientemente aquilo que eu desconhecia e mostrando os caminhos possíveis para o desenvolvimento, com tanta disponibilidade. E ao meu orientador Marcos Tosoli por me incentivar a fazer o doutorado e por aceitar as minhas proposições desde o início e dentro do possível e oportunizar este momento tão importante na minha vida. Independente de todo o processo vivido, só posso agradecer os ensinamentos e o crescimento pessoal que tive ao final.

Aos colegas da turma de doutorado – Carla, Euzeli, Henrique, Lia, Liana, Juliana, Ronilson – por terem vivenciado as dificuldades da execução do doutorado juntos e sempre unidos, principalmente no primeiro ano durante o desenvolvimento das aulas obrigatórias e no final, em especial, aqueles que tiveram as experiências compartilhadas em conjunto do desespero do término do trabalho, com muita determinação, luta e força para finalizar os trabalhos mesmo na dificuldade!!

Aos colegas e parceiros da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e de outras unidades, que foram incentivadores, me apoiaram e salvaram em diversas situações complicadas, mas que com carinhos acalentaram minhas angústias no cotidiano do curso. Agradeço a cada um que contribuiu de maneira singular para a conclusão do meu trabalho.

E aos acadêmicos da UERJ que participaram voluntariamente da minha pesquisa, auxiliando de maneira fundamental a compreensão desta realidade acadêmica e proporcionando reflexões importantes na minha vida.

É exatamente disso que a vida é feita, de MOMENTOS. Momentos que temos que passar, sendo bons ou ruins, para o nosso próprio aprendizado. Nunca esquecendo do mais importante: Nada nessa vida é por acaso. Absolutamente nada. Por isso, temos que nos preocupar em fazer a nossa parte, da melhor forma possível. A vida nem sempre segue a nossa vontade, mas ela é perfeita naquilo que tem que ser!

Chico Xavier

RESUMO

FELIPE, Ingrid Cunha Ventura. *Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: associação dos conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais*. 2014. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O objetivo deste estudo é discutir a associação entre padrão de consumo de álcool e dimensões de risco à exposição ao HIV, desdobradas em conhecimento sobre HIV e práticas sexuais entre universitários. Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, realizada com 416 universitários de 14 cursos distintos. Os dados foram coletados através de dois instrumentos e tratados através de estatística descritiva com o *software* SPSS 21.0. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob nº 003.3.2012. A população de estudo é predominantemente do sexo masculino (59,6%), com faixa etária entre 19 a 22 anos (54,3%), de cor branca (57,5%), sem companheiros (69,2%) ou filhos (92,3%) e com maior percentual de católicos (31,3%) e daqueles que não possuem religião (33,7%). Destaca-se, ainda, que são possuidores de computador ou eletrônicos portáteis (98,8%) com fácil acesso à internet (96,8%). Os principais achados apontam que a maioria faz uso de álcool (60%), com a proporção de 7 homens para cada 3 mulheres. Relacionado ao AUDIT, foi identificado predomínio das zonas I (abstinência ou baixo risco-73,8%) e II (uso nocivo-20,4%). Sobre as relações sexuais, a maioria afirmou ter experiência sexual (69,5%), com idade da primeira relação entre 16 e 18 anos (54%), no entanto, mais homens (54,3%) afirmaram manter relações sexuais após o consumo de álcool do que mulheres (45,7%). Apesar do conhecimento sobre HIV/aids e álcool ser considerado como fator protetor pela literatura vigente, constatou-se que não há associação deste conhecimento com a prática sexual mais segura. Independente do padrão de consumo de bebidas alcoólicas, os universitários apresentam o mesmo tipo de prática sexual, muitas vezes se expondo à infecção ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Dentre os dados analisados, um dos motivos de exposição ao HIV/Aids são as relações sexuais após a ingestão de bebida alcoólicas e o não uso de preservativos nestas situações. O consumo exagerado de bebidas alcoólicas está ligado ao sexo masculino e este grupo apresenta práticas sexuais de maior risco. Sugere-se que novos estudos possam analisar a relação de causa e efeito para verificar quais fatores podem influenciar de fato a exposição ao HIV de estudantes usuários de álcool. Estas informações são relevantes para conhecermos a atual demanda desse grupo e focar nas reais necessidades que são imperiosas para a prevenção dos futuros danos nocivos à saúde individual e coletiva. Torna-se necessário compreender qual é a demanda dos jovens em se expor a diversos riscos à saúde adotando práticas não seguras e, principalmente, o que de fato modula estas condutas.

Palavras-chave: Consumo de bebidas alcoólicas. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Comportamento sexual. Enfermagem.

ABSTRACT

FELIPE, Ingrid Cunha Ventura. *Alcohol consumption and exposure to HIV among university students: association of knowledge on HIV and sexual practices*. 2014. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The objective of this study is to discuss the pattern association between alcohol consumption and risk dimensions with HIV exposure, deployed in knowledge on HIV and sexual practices among university students. It is a cross-sectional survey with a quantitative approach, conducted with 416 students from 14 different courses. The data were collected through two instruments and analyzed through descriptive statistics with the software SPSS 21.0. The research was approved by the Research ethics Committee at the University of the State of Rio de Janeiro, under Protocol No. 003.3.2012. The study population is predominantly male (59.6%), aged from 19 to 22 years (54.3%), white (57.5%), without companions (69.2%) or children (92.3%) and with a higher percentage of Catholics (31.3%) and those who do not have religion (33.7%). It should also be highlighted that are owners of computer or portable electronics (98.8%) with easy access to the internet (96.8%). The main findings indicate that the majority consumes alcohol (60%), with the proportion of 7 men for every 3 women. Related to the AUDIT, the predominance of zones I (abstinence or low risk -73.8%) and II (harmful use - 20.4%) were identified. About sexual relations, the majority said they have sexual experience (69.5%), with the age of the first relationship between 16 and 18 years (54%), however, more men (54.3%) stated they maintain sexual relations after the consumption of alcohol than women (45.7%). Despite the knowledge about HIV/aids and alcohol being considered as protective factor by current literature, it was found that there is no association of this knowledge with safer sexual practices. Regardless of the pattern of alcohol consumption, students have the same type of sexual practice, often exposing themselves to HIV infection and other sexually transmitted diseases. Among the analyzed data, one of the reasons of exposure to HIV/Aids are the sexual relations after the ingestion of alcohol and the non-use of condoms in these situations. The excessive consumption of alcoholic beverages is connected to the male sex and this group presents higher risk in sexual practices. It is suggested that further studies can analyze the relation of cause and effect to determine which factors may indeed influence HIV exposure of students using alcohol. This information are relevant to know the current demand of this group and focus on real needs that are compelling for the prevention of future damage harmful to individual and collective health. It is necessary to understand what the demand is for young people to expose themselves to various health risks by adopting unsafe practices, and especially the fact that modulates these behaviors.

Keywords: Alcohol drinking. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Sexual behavior.

Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Variáveis e classificação do conhecimento sobre álcool.....	46
Quadro 2 -	Variáveis e classificação do conhecimento sobre HIV.....	48
Quadro 3 -	Variáveis e classificação da prática sexual.....	50
Quadro 4 -	Variáveis e Classificação para grupos de consumo de álcool.....	51
Figura 1 -	Distribuição do quantitativo de alunos por centros setoriais.....	53
Gráfico 1 -	Distribuição do uso de álcool entre os universitários (N=416) - Rio de Janeiro, 2014.....	63
Gráfico 2 -	Distribuição do padrão de uso de álcool de acordo com o AUDIT entre os universitários (N=416) - Rio de Janeiro, 2014.....	63
Gráfico 3 -	Distribuição das respostas sobre os motivos para continuidade do uso de álcool pelos universitários - Rio de Janeiro, 2014.....	66
Gráfico 4 -	Distribuição do beber tipo <i>binge</i> entre os universitários que fazem uso de bebidas alcoólicas (N=248) - Rio de Janeiro, 2014.....	66
Gráfico 5 -	Distribuição do padrão de consumo de álcool dos universitários - Rio de Janeiro, 2014.....	67
Gráfico 6 -	Distribuição das respostas dos universitários sobre os efeitos imediatos do uso de álcool - Rio de Janeiro, 2014.....	68
Gráfico 7 -	Distribuição das respostas dos universitários sobre os efeitos do uso frequente de álcool - Rio de Janeiro, 2014.....	68
Gráfico 8 -	Distribuição das respostas dos universitários sobre as fontes de informação sobre álcool - Rio de Janeiro, 2014.....	70
Gráfico 9 -	Distribuição das respostas dos estudantes sobre as bebidas que apresentam maior teor alcoólico - Rio de Janeiro, 2014.....	70
Gráfico 10 -	Distribuição das respostas dos universitários sobre as fontes de informação sobre HIV - Rio de Janeiro, 2014.....	71
Gráfico 11 -	Distribuição dos universitários quanto à realização de teste para HIV e os motivos da realização - Rio de Janeiro, 2014.....	72
Gráfico 12 -	Distribuição das respostas dos universitários sobre as formas de transmissão do HIV - Rio de Janeiro, 2014.....	72

Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos universitários sobre os meios de prevenção do HIV - Rio de Janeiro, 2014.....	73
Gráfico 14 - Distribuição dos universitários quanto à prática sexual atual - Rio de Janeiro, 2014.....	74
Gráfico 15 - Distribuição das respostas dos universitários sobre os motivos para o não uso da camisinha - Rio de Janeiro, 2014.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por cursos e centros acadêmicos para coleta de dados - Rio de Janeiro, 2014.....	54
Tabela 2 - Caracterização da população de estudo (N= 416) - Rio de Janeiro, 2014.....	61
Tabela 3 - Caracterização da população de estudo quanto aos dados acadêmicos (N= 416) - Rio de Janeiro, 2014.....	62
Tabela 4 - Caracterização do consumo de álcool da amostra (N variável) - Rio de Janeiro, 2014.....	64
Tabela 5 - Caracterização dos conhecimentos relativos ao uso de álcool entre a população de estudo (N=416) - Rio de Janeiro, 2014.....	69
Tabela 6 - Caracterização do conhecimento relativo ao HIV entre a população de estudo (N=416) - Rio de Janeiro, 2014.....	71
Tabela 7 - Caracterização da prática sexual da amostra (N=289) - Rio de Janeiro, 2014.....	75
Tabela 8 - Caracterização do uso de preservativo da amostra (N=289) - Rio de Janeiro, 2014.....	76
Tabela 9 - Uso de preservativo da amostra, segundo estado civil (N=289) - Rio de Janeiro, 2014.....	77
Tabela 10 - Doses e frequência do consumo de álcool da amostra, segundo a variável sexo - Rio de Janeiro, 2014.....	78
Tabela 11 - Consumo de álcool entre estudantes, segundo as variáveis de identificação e acadêmica - Rio de Janeiro, 2014.....	79
Tabela 12 - Consumo de álcool entre os universitários, de acordo com seus conhecimentos sobre álcool - Rio de Janeiro, 2014....	80
Tabela 13 - Conhecimento sobre álcool: informações obtidas pela população de estudo, segundo os centros acadêmicos - Rio de Janeiro, 2014.....	81
Tabela 14 - Consumo de álcool entre os universitários, segundo seus conhecimentos sobre HIV - Rio de Janeiro, 2014.....	81

Tabela 15 -	Conhecimento sobre HIV: informações obtidas pela população de estudo, segundo os centros acadêmicos - Rio de Janeiro, 2014.....	82
Tabela 16 -	Consumo de álcool entre os universitários, segundo a prática sexual - Rio de Janeiro, 2014.....	83
Tabela 17 -	Consumo de álcool entre os universitários, segundo as classificações de conhecimentos e prática sexual - Rio de Janeiro, 2014.....	84
Tabela 18 -	Prática sexual: conhecimentos sobre álcool e HIV dos participantes, segundo o consumo de álcool - Rio de Janeiro, 2014.....	85
Tabela 19 -	Prática sexual: sexo, faixa etária, período acadêmico e religião da amostra, segundo o consumo de álcool - Rio de Janeiro, 2014.....	86

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	15
1	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
1.1	Consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira.....	24
1.2	Uso de álcool entre universitários.....	33
1.3	HIV/aids: aspectos gerais da epidemia no Brasil.....	38
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
2.1	Tipo de estudo e variáveis.....	46
2.2	Local do estudo.....	52
2.3	População e amostra.....	52
2.4	Procedimentos de coleta de dados.....	56
2.5	Tratamento e análise dos dados.....	58
2.6	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	59
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	60
3.1	Características acadêmicas e de identificação.....	60
3.2	Descrição do Consumo de Álcool.....	62
3.3	Características sobre o conhecimento relativo ao álcool e ao HIV....	67
3.4	Prática sexual.....	73
3.5	Associação entre consumo de álcool e variáveis de identificação, conhecimentos sobre álcool e HIV e prática sexual.....	78
3.6	Associação das classificações do uso de álcool relacionado aos conhecimentos e prática sexual.....	83
4	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	87
4.1	As características acadêmicas e de identificação dos participantes.	87
4.2	Consumo de álcool entre os universitários.....	90
4.3	O conhecimento sobre álcool e HIV dos universitários.....	94
4.4	A prática sexual da população de estudo.....	103
4.5	Associação das classificações de conhecimentos e prática sexual com o uso de álcool entre universitários.....	107
	CONCLUSÕES.....	118
	REFERÊNCIAS.....	123

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	133
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	140
ANEXO A – Quantitativo de alunos inscritos por cursos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no período 2011/2.....	142
ANEXO B – Teste para Identificação de Problemas Relacionados com o Uso de Álcool (AUDIT).....	143
ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	144

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como temática o consumo de álcool e a exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo o objeto de estudo a associação entre o consumo de álcool e os conhecimentos sobre HIV e práticas sexuais de jovens universitários. Observa-se, empiricamente, que o conhecimento sobre HIV não apresenta uma relação direta com a prática sexual de jovens, principalmente quando estão sob efeito de álcool, ao mesmo tempo em pesa a relação que envolve o consumo de álcool e práticas sexuais de risco para a infecção ao HIV, o que resulta em diversos prejuízos a este grupo populacional.

Cada vez mais se reconhece a complexidade das situações que envolvem a questão do uso/abuso de álcool em suas dimensões política, social, econômica, familiar e individual e para que haja eficácia nas intervenções de prevenção e controle de seu uso indevido, faz-se necessário um conhecimento profundo de toda esta problemática. É inegável que a temática de disseminação das drogas, em relação à comercialização e consumo final, se faz presente de forma cotidiana desde os tempos mais remotos da humanidade até a atualidade, se tornando um crescente problema de saúde pública mundial, principalmente por ter seu início precocemente entre os jovens (MONTEIRO et al., 2012).

Foi a partir dos anos 80 que, efetivamente, as drogas tiveram maior destaque entre as populações de todo o mundo e a cocaína passou a ser considerada uma droga valorizada nos grandes centros urbanos, lembrando que ainda era a droga injetável mais consumida, em especial, pelos jovens (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). O uso de drogas injetáveis e seu compartilhamento de seringas não era um problema grave na primeira metade do séc. XX. Por mais que existissem doenças transmissíveis pelo sangue, o problema não preocupava as autoridades e especialistas pela concentração reduzida de usuários com características específicas e que, normalmente, eram excluídos do meio social (BRASIL, 2007a).

Somente com a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) no Brasil, em 1982, e logo após, com a constatação que o HIV era transmitido por via sanguínea, além da sexual, que o problema ganhou proporções alarmantes, se

tornando um grave problema de saúde pública. O compartilhamento de seringas para o uso de drogas era de 70% com um padrão intenso de consumo, o que incrementava a exposição dos usuários à infecção ao HIV e outras doenças (BRASIL, 2007a).

Existe uma estreita relação do consumo de drogas injetáveis com as taxas de infecção pelo HIV. Apesar de apresentarem redução de comportamentos de alto risco e de transmissão do HIV, essa associação, em muitos países, permanece elevada. Novas estimativas do relatório mundial sobre drogas apontam que as taxas de usuários de drogas injetáveis que vivem com HIV estão mais baixas que nos anos anteriores, sinalizando a atual prevalência em 11,5% da população entre 15 e 64 anos, isto significa 1,6 milhões de pessoas no mundo (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 2013). Mas essas estimativas não representam uma diminuição da epidemia, diversos países pretendem implementar e expandir os serviços de prevenção e tratamento de usuários de drogas injetáveis em busca da meta de reduzir em 50% novas infecções pelo HIV entre esses usuários (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 2013).

Não somente as drogas injetáveis apresentam risco para a infecção ao HIV, através de sua transmissão sanguínea, mas também o consumo de álcool, pela sua possibilidade de exposição sexual. A pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira enfatiza a importância de correlacionar as variáveis uso de álcool e comportamento sexual a fim de aferir os riscos em relação às doenças sexualmente transmissíveis, em especial a aids (BRASIL, 2011a). Para tanto, os profissionais da saúde podem buscar um controle maior dos danos associados ao uso de álcool e drogas, como disponibilizar agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis para que se diminua o risco de transmissão e reinfecção pelo HIV e outras doenças e ainda incentivar e disponibilizar o uso de preservativos, diminuindo o risco da prática de sexo sem preservativos sob o efeito de álcool e outras drogas, muito comum nessa população (BRASIL, 2013c).

O fenômeno das drogas, na atualidade, abarca dimensões nacional e internacional, envolvendo questões de saúde em âmbito macro e micro político. Por conta de suas características multifacetadas, uma vez que se faz presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o problema rompe com as fronteiras estabelecidas geográfica e socialmente e se instala como um fenômeno sem

precedentes na história social da humanidade. Dada à amplitude que o problema encerra em termos globais, o consumo de álcool representa importante problema de saúde pública, principalmente entre os jovens, que vem repercutindo em uma gama de questões que envolvem a família e a sociedade com um forte impacto econômico (BRASIL, 2007a, 2010a).

Seguramente, o álcool é a droga mais consumida e que traz mais danos à população (BRASIL, 2007a). Esta substância está cada dia mais presente em nossa sociedade, sendo consumida de maneira indiscriminada pelos indivíduos sem preocupações com as consequências que o uso de álcool pode provocar no seu próprio organismo. Entretanto, é importante salientar que essa mesma comunidade que aprova e estimula o consumo de álcool, como uma droga lícita, repreende aquele indivíduo que abusa e é dependente desta substância, principalmente pelos problemas causados pela doença (FELIPE, 2009).

Estudos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) apresentam padrão de consumo de álcool na população com idade de início de uso ou de experimentação em torno dos 12 anos, sendo que 22,8% já fizeram uso de drogas ilícitas alguma vez na vida e 74,6% usaram álcool. Na população jovem, que compreende a faixa de 18 a 35 anos, 48,7% consumiu alguma droga ilícita e 86,2%, álcool (BRASIL, 2010a), o que preocupa por se caracterizar na população que está em idade reprodutiva, laboral e acadêmica, como os universitários.

Os jovens universitários da região sudeste possuem a segunda maior prevalência de uso de álcool (86,8%) e, no que tange às áreas de conhecimentos, os alunos das ciências biológicas apresentam consumo de 86,5%, humanas, 86,2% e exatas, 86,1%, o que mostra certa equivalência deste consumo entre as diversas áreas (BRASIL, 2010a). No que se relaciona às consequências agudas do consumo de álcool por jovens universitários, as características do padrão de uso expõem direta e frequentemente a riscos, em especial, a acidentes de trânsito, a intoxicações, à violência e abuso sexual (praticados ou sofridos), ao sexo desprotegido, a problemas acadêmicos (aprendizado e comportamentos inadequados) e a questões legais (BRASIL, 2010a).

Santos e Oliveira (2009) apontaram que é impossível separar a prevenção do HIV de abordagens voltada para a promoção da saúde de forma ampliada, incluindo o uso de álcool. Estes autores afirmam que a “precariedade de conhecimento é

preocupante e justifica o (re)pensar sobre a inclusão de conteúdos específicos dentro das disciplinas curriculares”, a fim de socializar e disseminar o conhecimento (SANTOS; OLIVEIRA, 2009, p.528).

Considerando a relação sexual desprotegida, cabe ressaltar que a promoção do sexo mais seguro através de estímulo ao uso de preservativos, bem como de campanhas educativas, auxiliam no campo da prevenção ao HIV/aids. O Brasil construiu importantes ações neste campo que são reconhecidas internacionalmente e se tornaram referências para outros países. No entanto, a dinâmica da epidemia impõe novos desafios, sendo necessário reformular estratégias, rever referenciais e buscar outras ferramentas que possam auxiliar na abordagem de grupos específicos da população (BRASIL, 2009a).

A mudança no panorama da infecção ao HIV/aids, bem como na abordagem do uso de álcool e outras drogas, ampliou seus conceitos e estruturas. Nesta perspectiva, priorizam-se as estratégias de redução da demanda e redução de danos à saúde. No caso da primeira, objetiva-se promover a prevenção das DST/aids e do abuso de drogas entre populações vulneráveis ao consumo de drogas, enquanto a segunda prioriza o usuário de drogas injetáveis que não consegue ou não deseja interromper o consumo para minimizar a possível contaminação, através de diversas estratégias e ações de prevenção, como por exemplo, a distribuição de seringas e agulhas descartáveis (BRASIL, 2007b).

Esta redução de danos foi criada inicialmente para conter a infecção ao HIV diminuindo os danos decorrentes do uso de drogas ilícitas, mas também se aplica ao uso problemático de álcool, uma vez que é a droga mais consumida e que apresenta danos superiores aos de outras drogas. Neste sentido, as informações sobre o risco do consumo de álcool e sugestões que minimizem seus prejuízos se configuram como uma das propostas da redução de danos que não proíbe o uso, nem faz julgamentos sobre o usuário. Este tem a liberdade de decidir se deseja parar de beber, sendo a redução uma estratégia possível (FLACSO BRASIL, 2012).

Destaca-se, ainda, a redução da demanda como um conjunto de ações referentes à prevenção, à redução de danos, ao tratamento, à recuperação e à reinserção social de indivíduos que apresentam transtornos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2003). Não se pode deixar de destacar um dos objetivos básicos da Política Nacional sobre Drogas, que, em 2001, relacionava a prevenção com a criação de um sistema de informações significativos que permitisse

a formulação e a fundamentação de ações preventivas relevantes e harmônicas, com base em dados formados por estratégias bem elaboradas de prevenção de uso indevido de drogas, incluindo as iniciativas bem sucedidas praticadas em outros países (BRASIL, 2001).

No atual cenário, compreende-se diversos desafios em relação à epidemia do HIV/aids, limitações que precisam ser superadas e “incluem a baixa cobertura das ações de prevenção, as restrições de acesso aos insumos e o investimento insuficiente nas ações voltadas para grupos específicos.” (BRASIL, 2009a, p.8).

A descoberta dos modos de transmissão do HIV, da evolução da síndrome e das principais características da aids proporcionaram uma mudança de comportamento social, cultural e sexual. Criaram-se preconceitos relacionados às pessoas com HIV/aids por serem caracterizados como disseminadores de tal infecção e fazerem parte de grupos que tinham comportamentos desviantes dos padrões da sociedade. A crença que a aids era uma doença presente em homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas pode ter dificultado o controle da epidemia de forma efetiva e rápida.

Entretanto, o conhecimento sobre HIV/aids e sua transmissão, pode não ser suficiente para se materializar em comportamentos de proteção à infecção pelo HIV, mas é necessário para diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids (FERREIRA et al., 2008). Essa falta de informações sobre as formas de transmissão do vírus pode fazer com que diminua a quantidade de teste para HIV sendo realizado por estas pessoas, já que não compreendem seu risco de exposição ao HIV (REIS, 2010).

De acordo com Pechansky (2001), o modelo capaz de explicar sobre a exposição para o HIV e sua relação com o uso de drogas é composto pela interferência da informação sobre uso de substâncias psicoativas e pela diminuição ou aumento da crítica pessoal e da percepção de risco. Estes são elementos que facilitam a compreensão da epidemia do uso de drogas e disseminação da aids, uma vez que se destaca “o princípio de que apenas saber sobre a transmissão do HIV não é suficiente para modificações substanciais nas condutas de um indivíduo.” (PECHANSKY, 2001, p. 46). Segundo este mesmo autor, campanhas sobre o uso de preservativos, conhecimento sobre aids e atitudes sobre sexo seguro parecem não se materializar em mudanças de atitudes em populações jovens pesquisadas (PECHANSKY, 2001).

Ferreira et al. (2008) ainda afirmam que o conhecimento sobre as formas de transmissão sobre o HIV, sua percepção de risco e as atitudes ou comportamentos de indivíduos ou grupos, tanto para o comportamento sexual como para uso de drogas, são elementos fundamentais para a identificação da vulnerabilidade dos indivíduos.

Da mesma forma, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) indica a relação entre HIV/aids e drogas, destacando que

no caso da articulação entre drogas e aids, temos que ter clareza sobre os riscos reais de infecção pelo HIV a que os usuários de drogas, principalmente injetáveis, estão submetidos. Se, num primeiro momento da epidemia, o conceito de risco acabou por estigmatizar homossexuais e usuários de drogas em categorias ("grupos de risco") que só faziam ratificar o preconceito social sobre as formas de prazer e satisfação sexual que eram condenadas pela moral dominante, dificultando-lhes o acesso ao sistema de saúde, hoje, a abordagem "transdisciplinar" [...] pode trazer novas luzes sobre a questão da prevenção da aids e do uso de drogas (BRASIL, 2007b).

Frente ao exposto, a epidemiologia, como uma disciplina do campo da saúde, aponta possíveis fontes de dados para os estudos descritivos epidemiológicos, dentre eles, os inquéritos que complementam as fontes rotineiras de informação, gerando dados importantes para reconhecer problemas institucionais e populacionais. Uma dessas possibilidades de inquéritos versa sobre os conhecimentos, as atitudes e as práticas, designados como CAP. "Os indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, têm atitudes que não são uniformes e diferem, também, em práticas que adotam para si e seus familiares, aspectos estes que guardam estreito relacionamento." (PEREIRA, 2008, p. 66).

O conceito de atitude e comportamento é essencial para compreender a dinâmica da infecção pelo HIV em indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas. Muito se discute sobre a influência social e a comunicação como partes integrantes das possíveis explicações para esta complexa correlação. Desta forma, atitude social compreende uma organização prolongada de crenças e conhecimentos suplementados por uma carga afetiva a favor ou contra um objeto socialmente definido, predispondo uma ação coerente com as cognições e valores deste objeto para o indivíduo. Já o conhecimento depende diretamente da experiência, direta e indireta de cada ser humano, adquirida através da informação e da comunicação, permitindo o fortalecimento das atitudes, comportamentos e

modelos de conduta por disseminar informações (RODRIGUES, ASSMAR; JABLONSKI, 1999).

Nesse sentido, justifica-se a importância de se pesquisar os conhecimentos como parte da realidade social e de compreender como a prática é determinada e guiada. Assim, pode-se compreender como os fenômenos se organizam para os sujeitos e como estes se comportam frente às situações impostas pelo meio social a qual estão inseridos.

A partir da contextualização apresentada, admite-se como problema do estudo: Existe associação entre padrão de consumo de álcool e dimensões de risco à exposição ao HIV, especialmente aquela relacionada ao conhecimento sobre HIV/aids e à prática sexual entre universitários?

Expõe-se, então, o objetivo geral deste estudo: Discutir a associação entre padrão de consumo de álcool e fatores de exposição ao HIV, relativos ao conhecimento sobre HIV e às práticas sexuais entre universitários.

E como objetivos específicos:

- a) determinar o padrão de uso de álcool entre universitários;
- b) identificar o conhecimento dos universitários sobre a infecção ao HIV e o uso de álcool;
- c) descrever as práticas sexuais de exposição ao vírus dos universitários;
- d) analisar a associação entre o padrão de consumo de álcool e o conhecimento sobre HIV;
- e) analisar a associação entre o padrão de consumo de álcool e a prática sexual de universitários.

Acredita-se que a associação de conhecimentos adquiridos, cientificamente ou pelo senso comum, sobre a infecção ao HIV e as práticas sexuais adotadas pelos indivíduos podem determinar a maior ou a menor exposição ao HIV, se relacionando com a forma de consumo de álcool. Portanto, o uso de álcool interfere no julgamento, na análise crítica de situações e na atitude do indivíduo, aumentando a possibilidade de adquirir o vírus. Partindo desse pressuposto, delimitou-se como hipótese de estudo que existe associação entre o padrão de consumo de álcool e dimensões de risco à exposição ao HIV/aids, notadamente o conhecimento sobre HIV e a prática sexual entre universitários.

Para dar suporte, alguns estudos afirmam que existe relação entre o consumo de álcool entre jovens e a prática sexual sem uso de preservativo. Afirma-se que “o uso de bebidas alcoólicas também contribui para a diminuição do uso de preservativos, aumentando assim os riscos de DST/aids.” (GIACOMOZZI et al., 2012, p. 615). Outro estudo realizado com universitário em São Paulo apontou que 64% mantinham relação sexual, 10% faziam uso de álcool e outras drogas antes da atividade sexual e 20% dos homens usaram álcool antes da última relação sexual (PILLON; O'BRIEN; CHAVEZ, 2005). Os adolescentes e jovens que consomem álcool e outras drogas afirmaram ter faltado mais aulas, participado de mais brigas, serem sexualmente mais ativos e se arriscarem mais frente ao HIV/aids (GIACOMOZZI et al., 2012).

A justificativa deste estudo se pauta fundamentalmente nas graves consequências produzidas pelo abuso de bebidas alcoólicas e até de outras drogas associado a práticas de exposição à infecção ao HIV. A união das manifestações físicas, psicológicas, sociais, familiares, laborais, financeiras, culturais e políticas demonstram a magnitude que a dependência traz para a vida cotidiana do ser humano, em nível individual ou coletivo. Em paralelo, pode-se apresentar a infecção ao HIV que também resulta em mudanças drásticas na vida. Entretanto, através das transformações relativas à aids, seu controle e possíveis intervenções, a sobrevivência dos pacientes soropositivos aumentou e favoreceu as relações mais preventivas e conscientes.

Em meio a estas constatações, torna-se relevante os estudos que visam à compreensão das representações manifestadas por grupos humanos envolvidos com o sistema de saúde, uma vez que podem explicitar a reconstrução da realidade vivenciada pelos indivíduos a partir de suas experiências, bem como auxiliar o ajustamento de políticas capazes de garantir atendimento qualificado e resolutivo para a população. O desenvolvimento de ações e políticas de prevenção e controle do uso de álcool mais eficazes deve se basear em estudos mais aprofundados sobre os padrões de consumo de álcool para auxiliar o entendimento da magnitude desse problema nos diversos grupos populacionais e fornecer importantes informações aos gestores e governantes da área da saúde (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, o enfermeiro pode desempenhar importante papel na promoção da saúde diante de alguns aspectos, dentre eles a formação e capacitação dos profissionais de saúde para atender a redução da demanda de

álcool e drogas no Brasil e prevenir a infecção pelo HIV, minimizando a vulnerabilidade da população. A reflexão a respeito de assuntos multifacetados, que abarcam dimensões tão amplas e se caracterizam por sua complexidade, não poderiam ocorrer apenas de forma macro, pois envolve múltiplos fatores e condicionantes.

Cabe ressaltar que, apesar da relevância e dos estudos que associam o uso de drogas injetáveis com a dinâmica da epidemia da aids em nosso País (BRASIL, 2011a; CANO et al., 2007; REIS, 2010), ainda são poucos os trabalhos científicos, quando considerada a produção científica nacional sobre drogas não injetáveis em diversas abordagens, em especial a associação com o uso de álcool, sendo necessários estudos mais aprofundados para que sejam desenhadas estratégias de prevenção mais eficazes e políticas de proteção aos usuários de álcool e prevenção à infecção ao HIV.

A especificidade da abordagem destas temáticas e a questão que se levanta neste estudo indica que esta área tem um potencial de investigação a ser explorado, com vistas a fornecer conhecimentos que subsidiem a atuação profissional junto a essa população e auxilie na criação e adequação de políticas voltadas a esses grupos dentro de uma lógica que incorpore suas particularidades e, portanto, ainda merece atenção.

A contribuição desse estudo para a prática em saúde é relevante, uma vez que apresenta os aspectos e dimensões do consumo de álcool e a exposição de jovens universitários ao HIV. Além de corroborar a implementação de estratégias de abordagem de populações específicas como jovens universitários na contenção da epidemia do HIV/aids e o uso abusivo de álcool, principalmente levando-se em consideração que esta população pode se tornar multiplicadora de informações positivas em seu meio laboral, familiar e social, bem como auxiliar na promoção de práticas de saúde mais qualificadas.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Por tratar-se de tema complexo e com abrangência mundial de grandes repercussões, faz-se necessário abordá-los separadamente, dando suporte teórico e apoio à discussão. Os conceitos e estudos científicos associados serão apresentados em subcapítulos que tratam do consumo de álcool pela população em geral e especificamente pelos jovens, a infecção pelo HIV e suas formas de transmissão e prevenção, bem como os aspectos gerais da epidemia da aids no Brasil.

1.1 Consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira

O termo droga tem origem na palavra *droog* (holandês antigo) que significa folha seca, porque, à época, quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003a). Drogas também são definidas, mais especificamente, como substâncias que produzem alterações ou mudanças “nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional.” Essas alterações podem variar dependendo da pessoa que a usa, da droga utilizada, da sua quantidade e/ou efeito e as circunstâncias em que é consumida (SILVEIRA, 2000, p. 4).

Novas rotas para a comercialização das drogas e as tendências de produção e distribuição em todo o mundo alimentam certa instabilidade política e econômica em diversos países. As novas substâncias psicoativas têm surgido com uma velocidade que delimitam as tendências nos mercados de drogas nos últimos 5 anos. O desconhecimento dos riscos para a saúde pública e segurança, dos impactos nocivos à população e o descontrole internacional das novas substâncias produzidas incrementam a relevância das medidas de prevenção diferenciadas e o compartilhamento de boas práticas entre os diferentes países (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 2013).

O consumo de drogas em todo o mundo foi apontado no Relatório Mundial sobre Drogas, onde citam que mais de 230 milhões de pessoas consumiram alguma

droga ilícita pelo menos uma vez no ano de 2010, isto é, uma em cada 20 pessoas (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 2012). Esta realidade se iguala aos dados divulgados por relatório específico em cada país sobre seu consumo de álcool e outras drogas.

Estudo realizado nos Estados Unidos, em 2001, demonstrou que 38,9% dos entrevistados já haviam feito uso de algum tipo de droga, no Chile 20,6%, enquanto na Colômbia, apenas 6,5% consumiram. Nessas investigações, o álcool se configura como a droga de consumo mais frequente. No tocante ao consumo do álcool, os dados mostram que, no Chile foi de 70,8%, nos Estados Unidos 81% e, na Colômbia, 35,5% (LOPES; LUIS, 2005). Já outro levantamento sobre drogas realizado no Uruguai em 2012, aponta que a substância mais utilizada pela população é a maconha (8,3%), seguida pela cocaína (1,9%). Os homens são os que mais adquirem dependência destas substâncias. Já o consumo de álcool pelos uruguaios atinge 92,4% e o último relatório aponta que 9 em cada 10 pessoas entre 15 e 65 anos já experimentaram bebidas alcoólicas e 3 em cada 4 consumiram nos últimos 12 meses. A média de idade para o início do uso é 15 anos e tem maiores percentuais de consumo entre 18 e 35 anos (OBSERVATÓRIO URUGUAIO DE DROGAS, 2012).

De acordo com o último levantamento feito pelo Chile, o consumo atinge 4,6% para maconha e 0,7% para cocaína, e para o consumo de álcool, 57,5% já fez uso na vida, apresentando maior percentual de homens (OBSERVATÓRIO CHILENO DE DROGAS, 2010). Na Argentina, 8,1% da população consome maconha e 2,6% cocaína e para bebidas alcoólicas, atinge-se taxa de 70% (OBSERVATÓRIO ARGENTINO DE DROGAS, 2010).

A cocaína é uma das drogas mais utilizadas em todo o mundo. Iniciou-se em meados do Séc. XIX e na virada para o Séc. XX ganhou um contingente considerável de consumidores recreacionais. As possíveis complicações agudas e crônicas causadas pelo seu consumo culminaram na proibição dessa substância nos principais países ocidentais entre os anos 10 e 20 do século passado (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Entre os anos de 1980 e 1990, a apreensão de cocaína no Brasil aumentou de 92 para 2.634 kg. E, ainda, entre 1986 e 1999, os usuários de drogas injetáveis notificados como soropositivos cresceu de 4,1% para 21,7% (BRASIL, 2007a).

Piccolo e Knauth (2002) apontam mudanças na utilização de drogas injetáveis antes e depois da constatação da aids, uma vez que o contexto e os significados atribuídos antes da epidemia eram vistos como aventura, meio de curtir a vida e desafio às regras sociais. Assim, reutilizavam seringas encontradas no lixo e faziam uso da droga sem preocupação com a transmissão de qualquer doença, como, por exemplo, a hepatite (PICCOLO; KNAUTH, 2002).

Pesquisa desenvolvida com usuários de drogas em Porto Alegre identificou que 42,4% dos participantes usam álcool e, daqueles que são HIV positivo, 21,3% usam. Já para droga injetável, 17,6% dos participantes gerais a utilizavam e 47,3% dos HIV positivos citaram esse consumo (PECHANSKY et al., 2004). Assim, a aids acabou se disseminando no grupo de usuários de drogas injetáveis (UDI) e seus parceiros, principalmente, pelo não uso consistente de preservativos (REIS, 2010). Sinaliza-se, ainda, que a vulnerabilidade ao HIV/aids não é restrita ao UDI, já que o consumo de outras drogas está associado ao uso inconsistente de preservativos ou a múltiplas parceiras sexuais em curto espaço de tempo (REIS, 2010).

No Brasil, o primeiro levantamento feito em domicílio sobre o uso de drogas teve como objetivo verificar como a sociedade, de uma maneira geral, se comporta frente ao uso de drogas e, com isso, propiciar a elaboração de políticas de prevenção do abuso destas substâncias. O estudo foi desenvolvido em 107 cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1995. Os resultados dessa pesquisa mostraram a magnitude do problema no Brasil e evidenciaram que 19,4% dos entrevistados já haviam feito uso de algum tipo de droga, o que corresponde a uma população estimada de 9.109.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco (CARLINI et al., 2002).

Os levantamentos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) apresentam um consumo de 8,8% da maconha e 2,9% de cocaína pela população brasileira, entretanto, 74,6% consumiu bebidas alcoólicas no ano de 2005, com maior índice de consumo entre 18 e 35 anos para o álcool (BRASIL, 2009c).

Para retratar a relevância do consumo de álcool em detrimento das outras drogas na população brasileira, dados mostram a magnitude de seu uso/abuso, bem como de suas consequências. No I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, em 2007, essas taxas chegam a 57%

da população brasileira acima de 18 anos que beberam pelo menos uma vez no último ano, sendo os homens mais frequentemente. Deste percentual, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram no último ano mais de cinco doses na vez em que beberam e 11 % dos homens bebem todos os dias. Em todas as frequências de consumo, os homens apresentam percentuais maiores que o das mulheres (BRASIL, 2007c).

Galassi et al. (2008) afirma que os custos dos problemas causados pelo abuso de álcool indicam significativa morbimortalidade e que esses problemas estão direta ou indiretamente relacionados aos prejuízos econômicos mundiais. A análise econômica dos gastos consequentes do uso de álcool mostra-se fundamental para que a discussão ultrapasse os danos à saúde, mas que incluam as “consequências de impacto público, como, por exemplo, o uso dos impostos pagos pela sociedade para financiar as ações de tratamento e prevenção ao abuso do álcool” e ainda a perda de produtividade que acarreta ausência do trabalho e perda de suas funções laborais sofridas em consequência dos agravos na saúde dos indivíduos abusadores (GALASSI et al., 2008, p.29).

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, realizada em 2008, informa os percentuais segundo o uso de drogas, por faixa etária, escolaridade e sexo de indivíduos com idade entre 15 e 64 anos. Na análise do uso de drogas lícitas por faixa etária, com respeito ao álcool, apresenta a proporção de uso sendo maior entre os indivíduos de 25 a 34 anos (84,4% e 41,9%, para uso na vida e uso atual, respectivamente) e menor entre aqueles de 50 a 64 anos (71,4% e 28,2% para o uso na vida e atual, respectivamente); e mais prevalente entre indivíduos mais escolarizados (83,9% com ensino fundamental completo fazem uso na vida e 40,1% uso atual) e menos para aqueles com primário incompleto (70,9% e 31,6% para uso na vida e no momento atual, respectivamente) (BRASIL, 2011a).

Diversas classificações são utilizadas para definir os padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Lima (2008) considera a frequência e a quantidade de álcool ingerida pelo indivíduo como determinantes para seu padrão, quais sejam:

- a) Abstinência: refere-se a grupos ou segmentos de pessoas que não fazem uso de álcool, seja por motivos religiosos, culturais ou pessoais;
- b) Uso social ou comum: realizado em cerimônias, eventos, comemorações de acordo com características individuais ou coletivas e não está relacionado com problemas de qualquer natureza;

- c) Uso nocivo de álcool: representa uma situação momentânea e especial de risco como dirigir, situações que exigem maior vigilância, pacientes psiquiátricos em uso de medicações, entre outras;
- d) Uso abusivo ou abuso: significa o excesso de bebidas alcoólicas tendo variações de pessoa para pessoa, dependendo da sensibilidade individual, seja biológica ou psicológica;
- e) Dependência: engloba pessoas com história de consumo abusivo, geralmente, por longo prazo variando o grau e evolução da predisposição. "Vale observar que o uso abusivo difere da dependência pelo fato de que nesta ocorre a síndrome de abstinência quando da suspensão da bebida." (LIMA, 2008, p.55)¹.

Pesquisas desenvolvidas pelo CEBRID, segundo a classificação apresentada, determinam que 10% da população são consideradas abstinentes, 60% usuários sociais, 20% abusivos e 10% dependentes, sendo que esta taxa de dependência pode chegar a 12,3% (CARLINI; GALDURÓZ, 2006). Os limites entre o uso consciente e social e a sua consequente dependência são extremamente instáveis, sendo necessário recorrer aos especialistas para diagnosticar efetivamente o padrão de consumo e encaminhar ao tratamento mais eficaz.

No entanto, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), aponta que existem diferentes classificações para definir os padrões de consumo de álcool, baseados no CID-10 e no DSM-IV. Esse tipo de padronização se baseia na relação estabelecida pelo indivíduo com a substância e suas consequências. São exemplos mencionados: uso experimental, uso recreativo, uso controlado, uso social e dependência. A definição está presente no glossário de álcool e drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), onde se entende como uso nocivo o padrão que cause danos à saúde, seja físico ou mental, que também é classificado como uso arriscado pela OMS. Já a definição de dependência de álcool e outras drogas é a necessidade de utilizar a substância repetidas vezes para alcançar o bem-estar ou evitar sensações ruins, podendo causar efeitos físicos e psicológicos (BRASIL, 2006).

A diferenciação do padrão de uso pode ser compreendida pelo prejuízo causado pela droga na vida do consumidor e a perda de controle do uso. Sendo assim, pode-se afirmar que a dependência, neste caso, é caracterizada pelos prejuízos sociais, escolares ou profissionais, familiares e legais observados no

¹ As classificações dos padrões de uso adotadas neste estudo seguem as literaturas mais atuais, seguindo os parâmetros elaborados pelo AUDIT, instrumento de escolha para coleta de dados, bem como o beber pesado episódico característico da população mais jovem. As outras definições apresentadas são para dar base e compreensão ao texto descrito.

cotidiano do indivíduo, permanência do consumo da bebida alcoólica e a perda do seu controle de uso (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA, 2009).

O Relatório sobre os padrões de consumo de álcool, divulgado pela SENAD, utiliza como parâmetros a frequência e a quantidade de doses consumidas para sua análise. Uso muito frequente (todos os dias), frequente (1-4x/sem), ocasional (1-3x/sem), raramente (menos 1x/mês), abstinente (menos 1x/ano ou nunca). Quanto à intensidade do consumo, se classifica como: Bebedor frequente e pesado (bebe 1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião 1 vez na semana ou mais); Bebedor frequente (bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião pelo menos 1 vez por semana, mas mais de 1 vez por ano); Bebedor menos frequente (bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais ao menos 1 vez por ano); Bebedor não frequente (bebe menos de 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 ou mais doses em uma ocasião); Abstinência (bebe menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu na vida). E de acordo com este levantamento, os brasileiros apresentam dualidade no consumo, isto é, não bebem ou bebem de maneira arriscada (BRASIL, 2007c).

De acordo com esta classificação, o levantamento dos padrões de consumo de álcool da população brasileira indica que 35% dos homens e 59% das mulheres são abstinentes, com diferenças significativas de gênero para os padrões de consumo muito frequente (11% eles e 2% elas) e frequente (28% eles e 11% elas). Também apresentam a diferença de proporções entre as faixas etárias com predomínio de consumo muito frequente em todas as faixas, entretanto a abstinência teve maior prevalência entre brasileiros com mais de 60 anos, mostrando um comportamento mais conservador entre os mais velhos. Já entre os mais jovens, com idade entre 18 e 24 anos, 24% apresentam consumo ocasional e 22% frequente (BRASIL, 2007c).

E sobre a intensidade do consumo entre adultos, este relatório identifica 48% da população como abstinentes, 14% bebedor não frequente, 15% bebedor menos frequente, 15% bebedor frequente e 9% bebedor frequente e pesado. Os padrões bebedor frequente e bebedor frequente e pesado têm maiores percentuais entre os homens (22% e 14%), enquanto bebedor não frequente e abstinente prevalece mais as mulheres (16% e 59%). Entre os jovens de 18 a 24 anos prevalecem os bebedores menos frequentes e os abstêmios (19% e 38%) (BRASIL, 2007c).

Para compreensão da quantidade de doses consumidas, foi adotado o conceito de dose-padrão para estudo, ou seja, a quantidade de álcool existente nos diversos tipos de bebidas alcoólicas que significa a quantidade específica de álcool puro, que equivale a cerca de 14 gramas (17,5 ml), padrão determinado pela SENAD, sendo esta medida equiparada a 1 dose de 40 ml de destilados, a 1 lata de cerveja de 340 ml, a 1 taça de 140 ml de vinho (BRASIL, 2009b).

Diversos instrumentos foram elaborados para identificar os problemas e a dependência do uso de álcool e outras drogas, incluindo grupos específicos. Estes instrumentos podem auxiliar na avaliação clínica, diagnóstico e tratamento realizado. Alguns instrumentos de triagem variam na sua composição quanto ao tamanho e abrangência, desde poucas questões até levantamentos complexos com mais de 350 itens. Alguns foram traduzidos e validados para o português, como exemplo: *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* que é o teste de detecção do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias com um somatório para 8 questões incluindo todos os tipos de drogas; *Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI)* que é autoaplicável com rastreamento de problemas relacionados ao consumo de álcool, avaliando sua extensão e as consequências negativas do uso; *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye opener (CAGE)*, utilizado para detecção de transtornos de uso de álcool a partir de 4 perguntas; e *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* para avaliação dos problemas relacionados ao hábito de beber.

No que diz respeito ao CAGE, questionário padronizado e proposto por Ewing e Rouse, abrange 4 perguntas, a saber: C – *cutdown* que se refere à percepção da necessidade de diminuir o consumo, A – *annoyed* que indica o quanto a pessoa está incomodada ou aborrecida pelas críticas a sua forma de beber, G – *guilty* aborda o sentimento de culpa por beber e E – *eye opener* sobre a necessidade de consumo pela manhã para evitar nervosismo, tremor ou ressaca. As respostas são dicotômicas (sim ou não) e tem sido utilizado para triagem de pessoas com dependência do álcool, apresentando como vantagens ser de fácil aplicação, econômico, abrangente a variadas culturas. É bastante utilizado em estudos de prevalência no Brasil, adotando seu ponto de corte em 2 respostas positivas ou mais (BRASIL, 2009b). Entretanto, para a população jovem pode não ser o mais indicado, uma vez que não delimita a forma de consumo do indivíduo, inclusive por focar-se prioritariamente na dependência.

Outro instrumento possível é o AUDIT, sigla que significa Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, recomendado pelo Ministério da Saúde e outros órgão do governo, facilita a identificação do padrão de consumo de álcool. Foi validado no Brasil pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e é considerado de fácil e rápida aplicação (em média de 2 a 4 minutos), tem caráter preventivo e avalia o usuário sobre seu consumo nos últimos 12 meses (BRASIL, 2009b).

Este instrumento é usado para avaliação inicial do uso excessivo de álcool e serve de apoio na identificação do nível de consumo, bem como na causa de doenças, permitindo estabelecer intervenções para a prevenção das consequências nocivas do álcool. Por ser aplicado tanto na forma de questionário autoaplicável ou como entrevista. Quando for autoaplicado tem como vantagens a economia do tempo, ser de fácil aplicação, ser administrado até via computador ou rede e resulta em respostas mais precisas. Entretanto, não permite esclarecer possíveis dúvidas, necessita que os participantes sejam alfabetizados e compreendam os questionamentos, e não é possível realizar as intervenções necessárias, esclarecimentos nem orientações básicas durante seu desenvolvimento (PAI-PAD, 2006).

A partir desta identificação, ainda pode ocorrer a avaliação das condições de consumo para as possíveis intervenções breves (IBs). Intervenções breves são compreendidas como estratégias de atendimento com tempo limitado, com foco na mudança de comportamento do usuário, através de entrevista motivacional, processada por 4 estágios (Pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção). Os componentes das IBs seguem o método FRAMES que significa *Feedback* (retorno), *Responsability* (responsabilidade), *Advice* (aconselhamento), *Menu of option* (menu de opções), *Empathy* (empatia) e *Self efficacy* (auto eficácia) (MARQUES; FURTADO, 2004). A intervenção breve pode ser compreendida como uma possibilidade para prevenção dos demais riscos associados ao abuso de álcool e “ênfatisa-se a importância do treinamento dos profissionais de saúde e a adoção das IBs nos diferentes contextos assistenciais, considerando sua efetividade comprovada e sua viabilidade econômica.” (MARQUES; FURTADO, 2004, p.28).

Através do AUDIT, é possível emitir uma classificação diferenciada, onde suas questões correspondem aos principais critérios diagnósticos do CID-10, determinando os padrões de consumo em 4 faixas, bem como a intervenção mais

apropriada para cada zona de risco: Zona I – uso de baixo risco ou abstêmios que preconiza a educação para o álcool, Zona II – usuários de risco com orientação básica, Zona III – uso de alto risco ou nocivo recomendando orientação básica mais aconselhamento breve e monitoramento continuado, Zona IV – provável dependência com o encaminhamento a um especialista para avaliação do diagnóstico e tratamento específico (BRASIL, 2009b; PAI-PAD, 2006). Este instrumento foi escolhido no presente estudo, principalmente, por auxiliar na identificação daqueles que não fazem uso de bebidas alcoólicas até os que fazem uso pesado e possibilitar indicações de intervenções futuras.

Estudo realizado com usuários da Atenção Básica, através do AUDIT, identificou que 49% dos participantes eram abstêmios, 33,2% faziam uso de baixo risco, 12,2% uso de risco, 1,8% uso nocivo, 3,7% apresentam provável dependência (RONZANI, 2008).

Silva et al. (2011) investigou 117 universitários do curso de nutrição em Ouro Preto (MG), onde 20,5% não consomem bebidas alcoólicas, 40,2% bebem sem risco (AUDIT < 8pts) e 39,3% fazem uso nocivo de álcool (SILVA et al., 2011). Já entre os 201 universitários de instituições públicas e privadas de João pessoa (PB), quanto à zona de risco em relação ao álcool, identificou-se que 47,3% encontravam-se na zona II, 18,4% na zona III, 34,3% na zona IV, o que mostra elevado percentual de jovens em provável dependência e que essa situação encontrada “merece muita atenção, pois, possivelmente, tal padrão de consumo nas referidas zonas, deveria ser avaliado considerando a experiência de vida e motivos do uso de álcool desses sujeitos.” (FORMIGA et al., 2013, p.7).

Vale ressaltar que, apesar do AUDIT ser um dos instrumentos mais utilizados para identificar abuso e dependência de álcool, estudos (AMORIM et al., 2008; BARROS et al., 2007) sugerem adequação nos pontos de corte das zonas de risco em função do sexo, pelas diferenças existentes entre homens e mulheres, o fato de fazer o rastreio e não diagnóstico do consumo, dificultando o encaminhamento aos que necessitam de intervenções, bem como os vieses de informação, uma vez que alguns alunos não confiam no anonimato fazendo com que as respostas possam não representar a realidade.

1.2 Uso de álcool entre universitários

O ritual de passagem dos jovens para as universidades, muitas vezes, é demarcado por maior autonomia, possibilitando novas e diferentes experiências. Em contrapartida, para muitos, se constitui em um momento de maior vulnerabilidade, fazendo com que eles se tornem mais suscetíveis ao uso/abuso de drogas e suas consequências (BRASIL, 2010a). A exposição dos jovens a cobranças e estressores externos e internos pode trazer como possibilidade de fuga dos problemas a experimentação/uso/abuso de substâncias psicoativas, dentre elas, o álcool. Este, sendo substância lícita de fácil acesso e agregadora das relações sociais com outros jovens, inclusive no meio universitário, trará mais facilidade e predisposição para eles a utilizarem no cotidiano (BRASIL, 2010a).

Ressalta-se que, quanto mais fatores estressantes estiverem relacionados à vida dos jovens, mais predisposição eles encontrarão para utilizar e até abusar de drogas (BRASIL, 2012). Refletindo sobre o aspecto dos fatores de risco, estes podem potencializar a exposição às drogas, tornando o jovem mais vulnerável e acarretando resultados nocivos para a sua saúde. Segundo Marques et al. (2012), são indícios favoráveis ao risco da experimentação e dependência, a acessibilidade e a frequência do uso de substâncias psicoativas.

Estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 1997, enfatiza que um fator agravante no que concerne ao uso de drogas é a tendência mundial de iniciação cada vez mais precoce e com utilização de drogas cada vez mais pesadas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003b). No Brasil, o consumo de drogas entre adolescentes se inicia, normalmente, entre 9 e 14 anos. Entre adolescentes com 10 a 12 anos, 51,2% já consumiram bebidas alcoólicas, 11% usaram tabaco, 7,8% solventes, 2% ansiolíticos e 1,8% anfetaminas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003b), o que mostra alta incidência do álcool na vida desses adolescentes.

Em nosso país, de acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 17 Capitais Brasileiras, realizado em 2004, 65,2% dos estudantes haviam feito uso de álcool durante a vida, evidenciando que 41,2%

estavam na faixa etária de 10 a 12 anos, apontando que esse uso se inicia precocemente (GALDURÓZ et al., 2004). Do total de estudantes entrevistados no levantamento nacional, 22,6% relataram ter feito uso na vida de alguma substância psicoativa, das quais o álcool é a mais frequentemente consumida (GALDURÓZ et al., 2004). Já para a população geral, a idade média de início do consumo de álcool é de 17 anos (CARLINI; GALDURÓZ, 2006).

Este mesmo estudo comparou o uso de álcool na vida a partir dos levantamentos feitos em 1997 e 2004 nas 10 principais capitais brasileiras e verificou que, em quase todas elas, houve diminuição do uso, sendo apenas o Rio de Janeiro a capital que manteve os padrões do uso desta substância (GALDURÓZ et al., 2004).

Para observar a evolução desse consumo, o VI Levantamento Nacional com estudantes, realizado em 2010, apresenta que 42,2% dos estudantes fizeram uso de álcool alguma vez na vida, (58,9% para eles e 62,1% para elas), 2,7% apresenta consumo frequente e 30,6% encontravam-se na faixa etária de 10 a 12 anos. Na comparação entre 2004 e 2010, o consumo para todos os tipos de drogas, incluindo bebidas alcoólicas, tiveram decréscimos significativos das taxas (BRASIL, 2010b).

Os dados apresentados pelo I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, realizado pela SENAD (BRASIL, 2010a) apontam para uma realidade impactante: quase 49% dos universitários pesquisados já experimentaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida e 80% dos entrevistados, que se declararam menores de 18 anos, afirmaram já ter consumido algum tipo de bebida alcoólica. Esses dados apontam a evidência de que o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários é mais frequente que na população em geral, o que reforça a premente necessidade do conhecimento desse fenômeno para que sejam elaboradas e desenvolvidas ações de prevenção, bem como políticas específicas dirigidas para esse segmento (BRASIL, 2010a).

Para facilitar a compreensão dos conceitos utilizados no estudo, o padrão de consumo de álcool é definido levando-se em conta os aspectos médicos e psicossociais do uso de álcool, bem como a previsão das consequências desse uso. As variáveis que compõem o padrão de beber são frequência e quantidade, facilitando a identificação desse comportamento de beber. Estabelecer os padrões de consumo de álcool é extremamente importante uma vez que cria diretrizes para

possibilitar a predição das consequências (BRASIL, 2007c, MATHURIN; DELTENRE, 2009).

Em específico para a população jovem, tem-se identificado um padrão diferente de consumo, uma vez que a dependência ainda não se estabeleceu. Sendo assim, determina-se o padrão do tipo *Binge*, que está relacionado a um comportamento de beber intenso em um curto espaço de tempo que pode provocar uma série de problemas sociais e de saúde aos jovens (BRASIL, 2007c), este padrão chama-se beber pesado episódico ou *Binge Drinking*.

Este tipo de consumo foca em alguns riscos que “vão desde acidentes de trânsito – o evento mais comum e com consequências mais graves – até o envolvimento em brigas, vandalismo e a prática do sexo sem camisinha.” (BRASIL, 2007c, p. 45). O padrão é determinado pela frequência de consumo nos últimos 12 meses com 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres de qualquer bebida em um único episódio (BRASIL, 2007c).

Um relatório divulgado através do projeto *Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use (1975-2012)*, aponta o uso de álcool em 82,7% dos indivíduos pesquisados entre 19 e 30 anos. Relacionado ao beber pesado, 28% indicam ter feito uso de 5 ou mais doses na vez em que beberam e sobre o uso diário de álcool nos últimos 30 dias, são identificados 5,4% dos jovens adultos. Ainda neste relatório foi identificado que 37% dos universitários apresentaram episódios de beber pesado (*binge drinking*) (JOHNSTON et al., 2013).

Em virtude do destaque ao álcool, que é a droga mais consumida por todos os segmentos sociais no Brasil e no mundo, estudo feito pela SENAD (BRASIL, 2010a) que analisou sobre as substâncias psicoativas que foram utilizadas com maior frequência pelos universitários e declararam ter utilizado pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, os resultados evidenciaram que 48,5% consumiram apenas uma droga (no caso, o próprio álcool), enquanto que 51,5% usaram duas ou mais substâncias psicotrópicas nos últimos 12 meses (BRASIL, 2010a).

Como as prevalências de uso de apenas uma ou mais de duas substâncias são muito semelhantes entre homens e mulheres que relataram ter usado nos últimos 12 meses, esse resultado pode sugerir uma convergência de uso de drogas entre os universitários do sexo masculino e feminino. Importante esclarecer, entretanto, que o padrão do uso múltiplo de drogas, nos últimos 12 meses, é bastante distinto de acordo com o gênero (BRASIL, 2010a).

Pesquisa realizada com estudantes universitários de um curso no interior de São Paulo apresenta que, dos 254 estudantes, 83,5% fazem uso de álcool e 16,5% são abstêmios, 63% fazem uso de baixo risco, 18,5% uso de risco e 2% uso nocivo, e ainda, 35% consomem no padrão *binge*. Identificaram também que os estudantes que fazem uso problemático do álcool chegam mais atrasados e dormem na sala de aula (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006). Entende-se beber problemático como o ato de beber com potencial para causar problemas de saúde ou sociais, estando associado a um estágio precoce ou menos grave da dependência (BRASIL, 2006). Já outro estudo feito na capital de São Paulo identificou que 25,71% dos entrevistados apresentam uso de risco e 40% não consomem bebidas alcoólicas (BALAN; CAMPOS, 2006).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira vem corroborar esses dados, apontando, com segurança, que o beber regular e precoce vem progressivamente acontecendo entre os jovens. O primeiro relato de uso tem ocorrido aos 13,9 anos e o consumo regular é realizado aos 14,6 anos, médias de idade que foram maiores entre os jovens de 18 e 25 anos quando questionados a respeito. Como dado complicador dessa problemática, o resultado do levantamento informa que um percentual significativo dos adolescentes entrevistados relatou ter passado por episódios de beber pesado (*binge drinking*), que torna o adolescente mais vulnerável a diferentes problemas sociais e de saúde (BRASIL, 2007c).

As diferenças epidemiológicas constituem um medidor importante para a análise dos cenários de consumo de álcool e outras drogas e permitem inferências sobre a relação entre cultura sexual e drogas (nelas inclusas o álcool). As mudanças nos padrões de uso também merecem destaque (BRASIL, 2011a). “Os adolescentes são os que mais mudam o padrão de consumo em curtos espaços de tempo e a monitoração é fundamental.” Estudos de cunho qualitativo se fazem necessários para compreensão dos fatores que estimulam a experimentação inicial e sua regularidade (BRASIL, 2007c, p.74).

Ao divulgar alguns dados, a SENAD espera contribuir para a construção/reconstrução do conhecimento sobre o tema e, conseqüentemente, poder também promover o fortalecimento de ações que busquem diminuir e minimizar os prejuízos que podem estar associados ao uso dessas substâncias pela

população brasileira. Que os jovens possam ser alertados e que tal alerta divulgado sirva de exemplo para mudanças de paradigma de uso de álcool (BRASIL, 2010a).

De acordo com a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (2007), uma das maiores causas da nova infecção pelo HIV é o uso de droga de forma “recreativa”, incluindo o álcool, a maconha e a cocaína, pois ao usar qualquer droga, pode-se esquecer de praticar o sexo seguro e/ou protegido, e ainda o uso de material compartilhado (como agulha, seringa ou canudo) pode transmitir o Vírus da Imunodeficiência Humana, da Hepatite B e C. Por isso, recomenda-se cuidado ao consumir estas drogas já que podem estar associadas ao comportamento sexual de risco (ou sexo sem preservativo). Ainda enfatiza que “pode ser difícil colocar limites na atividade sexual de alguém que troca sexo por drogas. Com o uso de drogas, é mais provável que [...] esqueça de se proteger e proteger a outra pessoa.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS, 2007, p.17).

Diante desta realidade, percebe-se o grande destaque para o consumo de álcool na população jovem, uma vez que esta substância é lícita e estimulada em todos os ambientes, seja familiar, entre amigos, trabalho ou como forma de relaxamento. Para isso, o foco deve estar centrado, em especial, nos jovens brasileiros que estão iniciando o uso de álcool cada vez mais cedo e se tornando futuros dependentes.

Segundo o Ministério da Saúde, quase todas as sociedades no mundo admitem o uso do álcool, sendo culturalmente aceito. No entanto, os adolescentes e jovens não têm informações suficientes sobre “saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado o álcool”, o que os caracterizam como população de maior risco para o seu consumo (BRASIL, 2004, p.12). Podemos dizer que o uso de drogas lícitas ou ilícitas, nas mais diferentes formas de uso, se constitui como um importante fator de vulnerabilidade, devendo ser foco de ações de prevenção mais estruturadas quando se trata de uso recreacional ou mesmo uma possível dependência (BRASIL, 2011a).

1.3 HIV/aids: aspectos gerais da epidemia no Brasil

Não muito diferente da complexidade do consumo de álcool e outras drogas, abarca-se outra epidemia do início da década de 80, a aids, com casos envolvendo principalmente adultos jovens. A sociedade brasileira ainda permanece com incidência elevada para a infecção pelo HIV e merece destaque no rol de estudos científicos que buscam reduzir os prejuízos decorrentes da síndrome.

A aids, infecção desenvolvida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cursa com diversas formas de manifestações clínicas, desde sua fase aguda até a mais avançada da síndrome. Para aqueles indivíduos que não realizam o tratamento adequado, prevê-se um tempo médio de 10 anos de vida entre o contágio e a doença. A infecção aguda ainda decorre do aparecimento de anticorpos anti-HIV (soro conversão), produzindo bilhões de partículas virais, fazendo com que a viremia seja elevada e o indivíduo torne-se altamente infectante, facilitando a transmissibilidade do vírus (BRASIL, 2013c). Já para aqueles pacientes tratados precocemente, a maioria apresenta remissão clínica da doença, desaparecendo a febre e outros sinais e sintomas, com boa resposta logo após o início do tratamento (BRASIL, 2013c).

No tocante à transmissão do HIV, como este vírus encontra-se presente no sangue, secreções vaginais, sêmen e leite materno, têm-se as seguintes formas: sexo sem camisinha (seja ele vaginal, anal ou oral); transmissão vertical (mãe contaminada para o filho durante gestação, parto e/ou amamentação); compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado com o vírus; e instrumentos que furem ou cortem não esterilizados (BRASIL, 2013b).

O Ministério da saúde, através do Programa Nacional de DST e aids divulgou algumas dicas em saúde para informar a população sobre as formas de contágio ou não do HIV, sinalizando que o vírus não é transmitido pelo sexo com camisinha (desde que usada corretamente), masturbação a dois, beijo no rosto ou na boca, suor e lágrima, picada de inseto, aperto de mão ou abraço, sabonete, toalhas e lençóis, talheres e copos, assentos de ônibus, piscina, banheiro, doação de sangue (desde que seja de procedência confiável) ou pelo ar (BRASIL, 2008).

Para prevenir esta infecção, trata-se de evitar as situações que são passíveis de contato com o vírus, conforme as suas formas de transmissão. Sendo assim, a proteção e o cuidado com a saúde são essenciais para interromper a cadeia de transmissão do HIV. Entretanto, o principal fator de proteção é o uso de preservativo nas relações sexuais, especialmente pela ampla divulgação e sua distribuição gratuita, o que facilita a prática do sexo seguro (BRASIL, 2011a, 2013b).

No início da epidemia, concebia-se o HIV/aids como uma doença aparentemente restrita a determinados grupos (homossexuais, prostitutas e hemofílicos) e que estava associada a comportamentos de risco (uso ou não de preservativos, tendências sexuais e consumo de drogas). Nos dias de hoje, ela atingiu os mais variados grupos humanos, incluindo a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, sem que se construísse uma nova modalidade de relacionamento social com os que vivem com a síndrome e suas famílias (GOMES; CABRAL; SCHILKOWISKY, 2004).

A aids, paulatinamente, vem transpondo barreiras e fronteiras, desenvolvendo-se de forma imprevisível entre indivíduos de todos os continentes e em plena atividade reprodutiva, com um ritmo acelerado entre jovens e mulheres. Além disso, vem sofrendo rápidas e significativas mudanças epidemiológicas ao passar dos tempos (SILVA et al., 2010).

Apesar da síndrome não ter cura até o momento, os avanços científicos e os recursos disponíveis para diagnósticos e tratamento da infecção pelo HIV/aids, principalmente com o uso da terapia antirretroviral, aumentaram a expectativa de vida das pessoas que convivem com a síndrome, sendo considerada uma entidade mórbida crônica (REIS; GIR, 2009). A aids, então, tem sido comparada com outras doenças crônicas pelo seu acompanhamento e tratamento medicamentoso contínuo, aumentando a sobrevivência das pessoas que convivem com o HIV/aids.

O conhecimento das formas de transmissão e sua prevenção, bem como o controle da epidemia, significam certa segurança para as pessoas que possuem o risco de se infectarem. O processo de cronicidade permite aqueles infectados com o vírus, que possuem o diagnóstico há um tempo maior, a naturalizar a aids (CASTANHA et al., 2006).

Com a cronicidade da aids, a partir do uso da terapia antirretroviral potente, observou-se entre os indivíduos investigados a naturalização da infecção pelo HIV/aids e a confiança que não existe nenhum risco de transmissão sexual do HIV são fatores que contribuem para a vulnerabilidade da

parceria sexual soronegativa. Percebe-se que com o passar do tempo alguns casais assumem postura de naturalidade da doença no convívio entre eles e negação do risco dos (as) parceiros (as) se infectarem (REIS; GIR, 2009, p.664).

Apesar de toda essa naturalização, banalização ou negação por partes daqueles que convivem com a síndrome, ainda permanecem a discriminação e o preconceito e até o medo de conviver com a ideia de morte para alguns deles (CASTANHA et al., 2006).

Mesmo após mais de 30 anos de descoberta e de notificação da síndrome no mundo, continua representando um dos grandes problemas de saúde pública instalado. Destaca-se entre as doenças infecciosas, por sua magnitude e visibilidade nos diferentes meios de comunicação. A notificação dos casos vem refletir as mudanças quantitativas e qualitativas no panorama mundial, além dos danos causados às populações (BRASIL, 2010b).

O Brasil é um dos países com o maior número de casos notificados de aids no mundo, com 600.000 casos registrados no país até junho de 2010. Segundo o DATASUS (2011), houve grande incidência de casos a partir do ano 2000, tendo seu pico maior em 2009 com mais de 38.000 notificações. O Rio de Janeiro é o segundo estado brasileiro em número de casos notificados de aids (DATASUS, 2011).

Para acompanhar a evolução do HIV, o Boletim Epidemiológico HIV e aids em 2013 já aponta para a ocorrência de 39.185 casos de aids somente no ano de 2012, mantendo a taxa de detecção de 20,2 casos por 100.000 habitantes e sofreu uma elevação de 2% nos últimos 10 anos (2003 a 2012). Em relação ao número de óbitos por causa de aids, foram declarados 11.896 no país (BRASIL, 2013a).

“Verifica-se que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações de maior risco e vulnerabilidade, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas com a população em geral.” (BRASIL, 2013a, p. 6). De acordo com o último relatório, estudo realizado em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009, relacionado àqueles com mais de 18 anos de idade em situações de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalências de HIV foram identificadas em torno de 5,9% entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), 10,5% em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e 4,9% entre Profissionais do Sexo (PS) (BRASIL, 2012, 2013c).

Sobre as campanhas divulgadas na imprensa, um estudo com sujeitos sexualmente ativos apresenta, como dados de respostas dos depoentes, que os

mesmos fazem críticas aos conteúdos e à linguagem utilizada nas mesmas, considerando o período do carnaval como aquele em que a imprensa divulga, com muito mais alarde, os malefícios causados pela transmissão principalmente através da via sexual. Deve-se considerar que a aids é transmitida em qualquer época, sem sazonalidade e nem fronteiras, apresentando sempre perigo de contágio. Os sujeitos verbalizaram a necessidade de ampliar o período e os locais de divulgação das campanhas, com distribuição de preservativos à população (GARCIA; SOUZA, 2010).

Graças às mudanças observadas no perfil epidemiológico da síndrome, algumas representações sofreram transformações, porém algumas de caráter negativo foram mantidas. A imagem da aids para a sociedade classificava as pessoas que viviam com o HIV como vítimas ou culpadas, pertencendo ao grupo de vítimas, as pessoas monogâmicas contaminadas por seus parceiros, crianças através da transmissão vertical, além dos hemofílicos e daqueles que realizaram transfusões sanguíneas. Já no grupo dos culpados por serem positivos para HIV, temos os homossexuais, os profissionais do sexo, os usuários de drogas injetáveis e as pessoas contaminadas por relações extraconjugais (BASTOS, 2006).

Os resultados apresentados pela Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira corroboraram a necessidade da busca premente de alternativas investigativas qualitativa e quantitativa para melhor compreensão da relação entre o uso de drogas e a aids, especialmente no contexto de epidemias concentradas. Salienta-se a importância de se estabelecer parâmetros para mensurar a frequência de uso de drogas em grupos populacionais vulneráveis, bem como de sua correlação com práticas sexuais desprotegidas, principalmente entre HSH, PS, travestis, populações de rua e mulheres parceiras de UDI. Estratégias de investigação que combinem satisfatoriamente a compreensão das redes de interação desses grupos com a população geral são também relevantes (BRASIL, 2011a).

Pode-se afirmar que a resposta à epidemia de aids trouxe, para o Brasil, uma popularização da discussão sobre prevenção em locais como a escola e as ruas, entre outros espaços públicos, o que indica que os esforços realizados surtem efeitos positivos e que, portanto, devem ser continuados. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, aids e Hepatites virais, produz e distribui materiais técnicos voltados para os profissionais da saúde, “bem como campanhas dirigidas

para a população geral, com o objetivo do controle das DST no país e da melhoria da qualidade de vida de sua população.” (BRASIL, 2011a, p.31).

A associação do uso de álcool e a prática sexual de risco para HIV está compilada em uma revisão publicada sobre o tema, onde se evidenciou que a prática de sexo sob efeito de álcool propicia a ocorrência de múltiplos parceiros e o não uso de preservativos; que este risco deve ser avaliado com base no ambiente que a bebida é usada, considerando as taxas de prevalência nas diferentes regiões; e que esta associação é mais frequente em homens, adolescentes, homossexuais e profissionais do sexo. Nesta análise, concluiu-se que a intensidade do beber, seja ele pesado, moderado ou episódico, antes ou durante as relações sexuais pode influenciar na prática do sexo inseguro (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

“O consumo abusivo de álcool relacionou-se com atitude menos favorável à utilização do preservativo, indicando que a atitude desfavorável à saúde envolve posicionamentos semelhantes a diversas situações que podem comprometer o bem-estar.” (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p.7). Camargo e Botelho (2007) afirmam que o uso de preservativo está associado à intenção e sua efetiva utilização. Apontam que os adolescentes que obtêm informações por meio da mídia televisiva tendem a ser menos favoráveis ao uso de preservativos.

Benincasa, Rezende e Coniaric (2008) verificaram que a prática de sexo desprotegido não se associa a classe social, apresentando poucas diferenças na prática sexual. Identificaram que, entre os sujeitos com classe social alta, o uso de álcool pode conduzir a comportamentos sexuais de risco e a incapacidade de assumir a paternidade em função da idade. Entretanto, Jardim et al. (2013) apontam que o nível socioeconômico pode influenciar no uso de preservativo na primeira relação sexual.

Custódio et al. (2009) identificou o consumo de álcool por 23,5% dos adolescentes investigados e não encontrou associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e a não utilização de preservativo. Segundo este autor, “o uso de drogas altera a percepção do indivíduo, deixando-o vulnerável a comportamentos de risco.” (CUSTÓDIO et al., 2009, p.63). Sendo assim, compreende-se que “o uso de bebidas alcoólicas também contribui para a diminuição do uso de preservativos, aumentando assim os riscos de DST/aids.” (GIACOMOZZI et al., 2012, p.615).

O termo prática, que deriva do grego *praktikós*, significa capacidade de agir, ou seja, ação que o homem exerce ou aplicação de um conhecimento em uma ação efetiva. Há três significados distintos: um que dirige a ação – filosófico e tradicional; o que transforma em ação – significado comum na sociedade; e outro que é racional na ação – mais restrito a tudo que é possível através da liberdade (ABBAGNANO, 1998 apud TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008). Entende-se como prática social a ação como resposta a uma necessidade de um indivíduo ou da própria sociedade, executada sobre o objeto de interesse, através das relações estabelecidas, onde imprimem seus saberes para transformar uma realidade concreta (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

Numa época em que a sociedade vivencia uma liberdade de expressão e identidade, onde normas, mitos e tabus vem sendo quebrados, ocorre um incessante estímulo do prazer e desejo individual, gerado por um dispositivo de sexualidade, que trazem ao centro social o ato sexual para adquirir maior importância. Neste sentido, “o sexo e as práticas sexuais constituem-se na chave do controle de si e do outro.” (GARCIA, 2003, p. 15).

A sexualidade é compreendida além do impulso ou ato sexual. Oferece a oportunidade de expressar sentimentos mais afetivos, de carinho e lealdade (VASCONCELLOS et al., 2004). Mudar o foco da prática sexual para a vivência da sexualidade plena exige um aumento da intimidade entre os parceiros e a busca de informações mais condizentes com as escolhas, que não estão em revistas, filmes ou manuais (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007).

Cardoso (2008) avalia, ainda, a orientação sexual, que no processo de mensuração envolve a identidade e a prática, com critérios que podem ser medidos separadamente da sexualidade, sem risco de confundir prática (o que se faz no sexo), orientação (o que se prefere fazer) e identidade sexual (como se auto define ou se é definido socialmente). Também sinaliza algumas convergências bastante comuns como: atração ou fantasia sexual – orientação sexual; comportamento sexual – prática sexual; auto identificação ou estilo de vida – Identidade sexual (CARDOSO, 2008).

Sobre as práticas sexuais dos universitários, estudo comparativo (PAIVA et al., 2008) mostra que o início da vida sexual era de 14,7 anos em 1998 e passou para 14,9 anos em 2005, já para o consumo de álcool este início é de 13,9 anos para os adolescentes e de 15,3 anos para adultos jovens (BRASIL, 2009a).

Pesquisa realizada na periferia de Caruaru (PE) confirmou esses dados, ao revelar que 27,6% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos, e 80,1% tiveram antes dos 17 anos. Tais índices coincidem com a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas, também extraídos da pesquisa supracitada: 32,2% começaram a beber antes dos 13 anos e 74,9% antes dos 17 anos (GRANVILLE-GARCIA et al., 2011).

O início precoce da prática sexual vem sendo atrelado ao consumo de álcool por adolescentes antes ou após o ato sexual, aumentando a possibilidade de se envolver em comportamento sexual de risco, sendo os mais comuns a multiplicidade de parceiros, parceiros casuais e sexo sem preservativos (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

A ocorrência de não uso de preservativos nas relações sexuais foi evidenciada em estudo realizado em São Paulo, onde apenas 29,1% dos sujeitos sexualmente ativos utilizavam o preservativo, única fonte de prevenção para as infecções pelas doenças sexualmente transmissíveis (CARRENO; COSTA, 2006). E para auxiliarem esta questão, os profissionais podem oferecer orientação aos usuários dos seus serviços, enfatizando de forma contínua a necessidade do uso do preservativo, que depende, na maioria das vezes, que os sujeitos se percebam vulneráveis perante a infecção por DST/HIV.

Com relação à prática sexual de adolescentes, Saldanha et al. (2008) encontraram as seguintes associações: para aqueles do sexo masculino houve predomínio da iniciação precoce, com parceiras mais velhas, maior uso de preservativos na primeira e na última relação, múltiplas parceiras com vida sexual intermitente, pouco conhecimento de contracepções, menor ocorrência de aborto e gravidez da parceira e maior percepção da vulnerabilidade à aids. Já para o sexo feminino, iniciação precoce, parceiros bem mais velho, menor uso de preservativos na primeira e na última relação, bi parcerias e vida sexual contínua, maior conhecimento de contracepção, maior ocorrência de aborto e gravidez e menor percepção de vulnerabilidade à aids. Esses comportamentos associados à prática sexual são apontados como fatores de risco inseridos em contexto mais ampliado, “por sistemas construídos sócio-historicamente e influenciados por um sistema de gênero desigual que demarca as esferas masculina e feminina.” (SALDANHA et al., 2008, p.43).

O uso de álcool está associado, em algumas situações, à necessidade de obter um melhor desempenho sexual. A maioria dos participantes de uma pesquisa realizada associa o uso de drogas ao maior prazer sexual (REIS, 2010). Esse consumo modula o psiquismo e o comportamento dos indivíduos, fazendo com que tenham atitudes e comportamentos que não fariam sem o efeito da droga, tanto em situações sociais, quanto sexuais. Esta pesquisa indica que 65,8% dos entrevistados usuários de álcool ou outras drogas afirmam fazer sexo com desconhecido e 60,9% deixa de usar preservativo por estarem sob efeito desse consumo (REIS, 2010).

Este mesmo estudo ainda aponta que 40% desses usuários nunca fizeram uso de preservativos na vida, 22% utilizaram na metade das vezes que tiveram relações sexuais e apenas 20,2% afirmam usar de forma consistente o preservativo em todas as relações, “indicando elevada vulnerabilidade à infecção e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV.” (REIS, 2010, p.37).

Adolescentes de Minas Gerais foram investigados quanto ao uso de álcool e outras drogas relacionado às práticas sexuais e os resultados apontam que o uso de drogas influencia na decisão do uso de preservativos, tanto para homens, quanto para mulheres. Para os homens que haviam feito ou faziam uso de drogas, o uso consistente de camisinha foi referido por 42,7%, enquanto, os que nunca o fizeram, foi de 64,1%. Já para as mulheres o fator que merece destaque é a faixa etária, em que 56,1% das mulheres mais novas referiam o uso consistente e 39,9% das mais velhas (BERTONI et al., 2009).

Sendo assim, mesmo após as diversas transformações ocorridas ao longo destes 30 anos de HIV/aids, ainda permanecem altas taxas de infecção e os riscos a que se submetem alguns indivíduos, principalmente quando estão sob o efeitos de drogas. A identificação de fatores de riscos e sua prevenção para a população que se encontra em maior vulnerabilidade se torna fundamental, a fim de minimizar os prejuízos causados à vida desses indivíduos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo e variáveis

A partir dos objetivos apresentados, optou-se pelo estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Para compreender melhor os dados, as variáveis foram classificadas de acordo com alguns critérios através dos parâmetros relativos aos conhecimentos sobre HIV e álcool e também à prática sexual, de acordo com o instrumento de coleta de dados elaborado previamente (APÊNDICE A). Para tanto, apresenta-se no Quadro 1 as variáveis com as respostas correspondentes que foram consideradas para a classificação das categorias de análise do conhecimento sobre álcool.

Quadro 1 – Variáveis e classificação do conhecimento sobre álcool

ITEM	DESCRIÇÃO	OPÇÕES CONSIDERADAS
4A	Efeitos imediatos do uso de álcool	1; 2; 9; 11; 12; 13; 14
4B	Efeitos do uso frequente de álcool	1; 6; 7; 9; 12
4E	Fontes de informação sobre álcool	1; 2; 4; 11; 12; 13; 14
CRITÉRIOS		CATEGORIAS DE ANÁLISE
3 itens com respostas totalmente corretas; 2 itens com respostas totalmente corretas e 1 item parcialmente correto.		Totalmente satisfatório
1 item com respostas totalmente corretas e 2 itens parcialmente corretos; 3 itens com respostas parcialmente corretas; 2 itens com respostas parcialmente corretas e 1 item incorreto.		Parcialmente satisfatório
1 item com respostas parcialmente correta e 2 itens incorretos; 3 itens com respostas incorretas.		Não satisfatório

Fonte: A autora, 2014.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) após o aumento no número de pessoas que passaram a consumir álcool em grandes quantidades, também começaram a apresentar alguns tipos de problemas decorrentes do seu uso excessivo (BRASIL, 2007d). O uso de álcool pode provocar diversas alterações no organismo, em fases distintas, sejam elas estimulantes ou depressoras. Esses efeitos variam de acordo com as características das pessoas, a intensidade de consumo e a dose, a frequência e as circunstâncias, podendo chegar à dependência (BRASIL, 2007d). Ter conhecimento sobre os efeitos reais, obtidos de fontes seguras, pode se configurar como fator protetor para o abuso ou dependência do álcool.

Para as opções de respostas de cada variável foram considerados os efeitos imediatos e contínuos de acordo com o estabelecido no portal do OBID, bem como as fontes de informações consideradas seguras e confiáveis foram utilizadas dos relatórios divulgados pela SENAD (BRASIL, 2007d) e de literaturas sobre a temática.

O consumo de álcool inclui efeitos desagradáveis e passageiros até problemas mais graves de ordem pessoal, social, familiar ou laboral. Os principais efeitos imediatos podem ser mais intensos de acordo com a dificuldade em metabolizar o álcool no organismo. Assim, enrubescimento da face, cefaleia, mal estar geral, humor instável, alegria ou excitação, irritabilidade ou agressividade são facilmente associados à ingestão aguda de bebidas alcoólicas. Incluem-se também as alterações mentais que comprometem o comportamento dos indivíduos que vão desde a lentificação do pensamento e dificuldade de concentração, raciocínio, atenção e julgamento, até alterações psicomotoras com a fala de difícil articulação, falta de coordenação motora e ataxia (dificuldade de coordenação dos movimentos musculares e equilíbrio), o que levam a alterações imediatas e até a algumas consequências mais graves (BRASIL, 2009c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2007).

Baltieri (2008) sinaliza que os efeitos agudos do álcool estão associados ao nível de substância no sangue e à sua metabolização no organismo. Para tanto, o autor apresenta as principais consequências associadas ao nível de álcool no sangue: baixo – desinibição, diminuição da crítica, risos soltos e instabilidade afetiva, pequeno grau de incoordenação motora, alguma perda das funções sensoriais; médio – ataxia, fala pastosa com dificuldade de andar, aumento do sono e diminuição da capacidade de raciocínio e concentração; alto – náuseas e vômitos,

diplopia (visão dupla), acentuação da ataxia e sonolência podendo chegar ao estupor e coma, hipotermia e morte por parada cardiorrespiratória (BALTIERI, 2008).

Já para os efeitos de uso contínuo, os prejuízos se tornam mais graves e a longo prazo, sendo as doenças mais frequentes: esteatose hepática, hepatite ou cirrose hepática, gastrite e pancreatite, hipertensão arterial e polineurite alcoólica (dor, formigamentos e câibras nos membros inferiores) (BRASIL, 2009c). Podem-se incluir também algumas das principais complicações associadas ao uso de álcool que acometem diversos órgãos e sistemas: aparelho digestivo (gastrite, cirrose hepática e câncer); sistema nervoso (neuropatia periférica, transtornos mentais e demência alcoólica), sistema cardiovascular (miocardiopatias e HAS); sistema hematológico (anemia e leucopenia); sistema reprodutivo (redução na produção de espermatozoides, impotência sexual em homens e irregularidade no ciclo menstrual nas mulheres) e, ainda, a síndrome alcoólica fetal que compromete o desenvolvimento fetal de mães alcoolistas culminando em baixo peso, retardo mental, malformações, dentre outras (NIEL; JULIÃO, 2006).

No Quadro 2 são definidas as variáveis com as opções consideradas para o conhecimento sobre HIV, sendo classificado de acordo com as categorias de análise estabelecidas.

Quadro 2 – Variáveis e classificação do conhecimento sobre HIV

ITEM	DESCRIÇÃO	OPÇÕES CONSIDERADAS
5A	O que considera HIV	1; 5; 7
5B	Formas de transmissão do HIV	1; 2; 3; 7; 10; 11
5C	Métodos de prevenção do HIV	1; 10; 12
5F	Fontes de informação sobre HIV	1; 2; 4; 11; 12; 13; 14
CRITÉRIOS		CATEGORIAS DE ANÁLISE
4 itens com respostas corretas;		Satisfatório
3 itens com respostas corretas e 1 item incorreto;		
2 itens com respostas corretas e 2 itens incorretos;		
1 item com resposta correta e 3 itens incorretos;		Não satisfatório
4 itens com respostas incorretas.		

Fonte: A autora, 2014.

As definições sobre o que significada HIV/aids para o indivíduo, as formas de prevenção e transmissão do vírus, bem como as fontes de informações consideradas corretas foram obtidas através do Departamento de DST, aids e Hepatites virais e outras literaturas pertinentes (BRASIL, 2008, 2009a, 2013b).

A noção de que ter HIV não é ter aids precisa ser reforçada junto à população. Há muitas pessoas com positividade para o HIV que vivem anos sem apresentar sintomas da síndrome, mas podem transmitir o vírus caso se exponham em alguma situação de risco. Por isto, é necessário fazer o acompanhamento e dosagem do vírus no sangue, bem como se proteger em todas as situações. A aids é a manifestação do vírus que ataca o sistema imunológico, ou seja, as células de defesa do organismo, o que pode provocar outras comorbidades associadas pela baixa imunológica. Mas, atualmente, é possível viver com qualidade através do tratamento medicamentoso (terapia antirretroviral), seguindo as recomendações médicas e, ainda, o diagnóstico precoce aumenta a sobrevida (BRASIL, 2013c). Assim, compreende-se que o HIV/aids deva ser sinalizado pelos acadêmicos como uma doença com tratamento, uma condição de vida que existe tratamento, mas que é incurável e que, apesar do tratamento medicamentoso aumentar a sobrevida dos pacientes, ainda trata-se de um vírus letal que levará o indivíduo ao óbito, ainda que o tempo entre a descoberta diagnóstica e as complicações da síndrome esteja cada vez maior.

As formas de transmissão e prevenção podem ser obtidas em diversas publicações, indicando as principais formas de transmissão como sexual, sanguínea e vertical, com todas as abordagens de risco necessárias. Sinalizar as situações cotidianas que promovem o contato com sangue ou materiais contaminados, a prática sexual desprotegida e o não acompanhamento do pré-natal e parto de gestantes com HIV podem indicar o conhecimento das possíveis maneiras de transmitir o vírus e também como o prevenir (BRASIL, 2013b).

O conhecimento da transmissão do vírus pelos universitários deve ser pautado pela transmissão sexual, sanguínea e vertical de forma direta ou indireta para serem consideradas corretas, e sua prevenção deve estar atreladas às maneiras de contato com o vírus. De acordo com o Fórum Virtual sobre DST e aids:

A disseminação da informação sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV tem sido uma estratégia adotada no Brasil desde o início da epidemia. Com isso, o conhecimento tem crescido de maneira importante no país, mas ainda permanecem desafios para a adoção de práticas

sexuais mais seguras. A informação é essencial para mudança de comportamento, mas ela deve ser contextualizada e dotada de significados culturais e subjetivos para que seja incorporada à vida cotidiana (BRASIL, 2009a, p.24).

A classificação sobre a prática sexual teve como parâmetros as variáveis e critérios que resultaram nas categorias de análise descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis e classificação da prática sexual

ITEM	DESCRIÇÃO	OPÇÕES CONSIDERADAS
6B	Idade da primeira relação sexual	todas
6D	Número de parceiros no último ano	Variável Continua
6F	Relação sexual após uso de álcool	todas
6G	Uso de preservativos	todas
CRITÉRIOS		CATEGORIAS DE ANÁLISE
1º item com resposta menor que 15 anos; 2º item com resposta maior que 3 parceiros; 3º item com resposta positiva; 4º item com resposta negativa.		Risco
1º item com resposta maior que 15 anos; 2º item com resposta menor que 3 parceiros; 3º item com resposta negativa; 4º item com resposta positiva.		Não risco

Fonte: A autora, 2014.

Alguns indicadores das práticas sexuais relacionadas à transmissão da infecção pelo HIV na população sexualmente ativa são relações sexuais antes dos 15 anos, mais de três parceiros casuais no último ano e o uso não sistemático de preservativos. As relações com parcerias eventuais apresentam tendência desfavorável ao uso de preservativo, sendo maior nas faixas etárias mais jovens, que também manifestam ter maior número de parceiros sexuais (BRASIL, 2011a). Assim, para Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008, p. 73),

O uso de álcool associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para a disseminação das DST/HIV/aids. Quando o sexo é praticado sob o efeito de álcool, as pessoas tendem a ter múltiplos parceiros e a não utilizar preservativos (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008, p. 73).

Inicialmente, o Departamento de DST, aids e Hepatites Virais sinaliza que a atenção para a prevenção deve estar voltada à promoção de sexo mais seguro, através de campanhas educativas e incentivo ao uso de preservativo (BRASIL, 2009a). A abordagem do risco deve ocorrer em todos os atendimentos iniciais, considerando as práticas sexuais, utilização de preservativos, história de sífilis e outras DST, uso de tabaco, álcool e outras drogas e o interesse em reduzir os danos à saúde (BRASIL, 2013c).

Para definição do padrão *binge*, foram utilizadas as informações das doses-padrão e frequência de consumo relatadas pelos participantes, principalmente na diferenciação dos sexos feminino e masculino, através da caracterização da frequência em que o indivíduo do sexo masculino consome 5 ou mais doses e do sexo feminino 4 ou mais doses em uma vez (BRASIL 2007c, 2010a).

Para alcançar as diferenças proporcionais entre os grupos, foi estabelecida uma divisão dicotômica inicialmente entre os que faziam uso de bebidas alcoólicas no padrão *binge* ou não. Contudo, esta dualidade deixaria de fora aqueles universitários que não fazem uso da substância ou que já não mais a utilizam. Portanto, escolheu-se a opção de manter aqueles que não fazem uso e também diferenciar o consumo para aqueles que mantêm beber pesado episódico (em *binge*) e aqueles que bebem fora deste padrão.

Sendo assim, para o padrão de consumo de álcool pelos universitários no estudo foi utilizada a classificação de não bebe – aquele que nunca bebeu ou não bebe mais; bebe não *binge* – aqueles usuários que fazem uso de álcool em doses e frequências diferentes do padrão *binge* - e bebe em *binge* – aqueles que bebem nos padrões estabelecidos para o beber pesado episódico, forma de consumo característica dos jovens universitários.

Quadro 4 – Variáveis e Classificação para grupos de consumo de álcool

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Não bebe	Não consome
Bebe não em <i>Binge</i>	Consome fora dos padrões <i>Binge</i>
Bebe em <i>Binge</i>	Consome no padrão <i>Binge</i> – 4 doses ou mais para mulheres e 5 doses ou mais para homens num único episódio

Fonte: A autora, 2014.

2.2 Local do estudo

O local de pesquisa foi uma instituição de ensino superior no Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que disponibiliza cursos em diversas áreas de conhecimento. Ressalta-se que esta universidade apresenta relevância no cenário nacional por sua produção e avaliação dos cursos disponíveis. O *campus* principal localiza-se na região norte do município do Rio de Janeiro, no bairro do Maracanã.

São disponibilizados 32 cursos de graduação em 30 unidades acadêmicas distribuídas nos municípios do Rio de Janeiro, de Duque de Caxias, de Nova Friburgo, de Resende e de São Gonçalo. Nas unidades situadas no *campus* do Rio de Janeiro ministram-se cursos de Administração, Ciência Contábeis, Artes visuais, História da arte, Matemática, Ciência da Computação, Ciências Atuariais, Estatística, Ciências Biológicas, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Filosofia, História, Comunicação Social, Direito, Educação, Pedagogia, Educação Física, Enfermagem, Engenharias, Física, Geografia, Turismo, Geologia, Letras, Medicina, Nutrição, Odontologia, Oceanografia, Psicologia, Química e Serviço Social.

O *campus* do Rio de Janeiro tem unidades lotadas nos bairros da Lapa, do Maracanã, do Rio Comprido, de São Cristóvão, de São Francisco Xavier e de Vila Isabel. Este estudo investigou apenas as unidades acadêmicas que abarcam cursos de graduação, conforme está descrito no tópico seguinte, atendendo aos critérios de seleção estabelecidos.

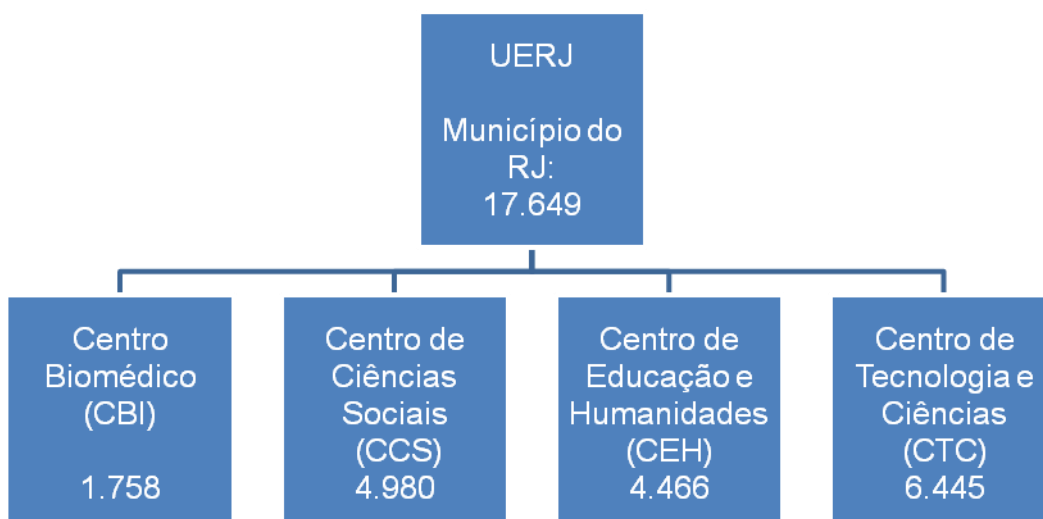
2.3 População e amostra

Foram investigados os estudantes da UERJ que pertenciam aos cursos de graduação ministrados nas unidades do Município do Rio de Janeiro, considerando a representação da totalidade dos cursos de graduação. Foram incluídos os indivíduos que estavam inscritos em um dos cursos previamente selecionados dentro da universidade e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente.

Segundo a Sub-reitoria de Graduação (SR-1) da UERJ, através do Departamento de Administração Acadêmica (DAA), em 2011.2, existiam 21.527 alunos inscritos, frequentando os cursos de graduação de todas as unidades acadêmicas. Esta informação foi obtida com apoio do Programa de Pós-graduação em Enfermagem através de ofício emitido diretamente ao setor. Deste total de alunos, o Centro Biomédico (CBI) agrega 1.758 alunos; o Centro de Ciências Sociais (CCS) é responsável por 4.980 alunos; o Centro de Educação e Humanidades (CEH) conta com 7.786 alunos; e o Centro de Tecnologia e Ciências (CTC) abarca 7.003 alunos.

Em acordo com as informações do DAA, o universo de alunos elegíveis para esta pesquisa, que estudavam nos *campi* do município do Rio de Janeiro, totalizavam 17.649 graduandos, estando distribuídos pelos respectivos cursos (ANEXO A). A distribuição dos alunos por curso obedece ao quantitativo de vagas oferecidas no vestibular, sendo agrupados pelos centros institucionais. A distribuição do quantitativo de alunos por cursos ministrado no município do Rio de Janeiro está demonstrada na Figura 1:

Figura 1 – Distribuição do quantitativo de alunos por centros setoriais



Fonte: A autora, 2014.

Para a seleção da amostra, foi utilizada a distribuição por proporcionalidade aos centros setoriais, uma vez que possuem quantitativo de cursos e alunos discrepantes, sendo necessário alcançar a representatividade. Para o cálculo da

amostra dos universitários foi utilizada a estimativa do parâmetro de proporção populacional, sendo utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N}{\frac{\epsilon_R^2 (N - 1)}{Z^2} + 1}$$

Considerando $N = 17.649$, $\epsilon = 0,10$ e $Z = 1,96$, foi calculada uma amostra de, pelo menos, 376 universitários para este estudo. Após uma distribuição proporcional foi definido o quantitativo de cursos por centros e alunos por cursos e o total de participantes foi de 416. A distribuição dessa amostra para coleta foi determinada de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição da amostra por cursos e centros acadêmicos para coleta de dados - Rio de Janeiro, 2014

Centros acadêmicos	Cursos	Quantidade
Centro Biomédico (n=53)	Enfermagem	26
	Nutrição	27
Centro de Ciências Sociais (n=119)	Administração	32
	Serviço Social	31
	Filosofia	28
	Direito	28
	Pedagogia	34
Centro de Educação e Humanidades (n=100)	Letras	32
	Psicologia	34
	Oceanografia	29
Centro de Tecnologia e Ciências (n=144)	Física	32
	Geografia	27
	Tecnologia da Informação	28
	Matemática	28
	UERJ	Total

Fonte: A autora, 2014.

Foram selecionados e aceitaram participar da pesquisa voluntariamente 416 estudantes de 16 cursos da universidade. O quantitativo de alunos inclusos na amostra excedeu o número mínimo determinado pelo cálculo, uma vez que, ao

convidarmos os alunos a participarem da pesquisa em sala de aula, quase a totalidade deles se mostrava interessada e isso fez com que alguns centros tivessem um número maior de participantes. Para manter o critério de proporcionalidade entre os cursos foi necessário um ajuste de quantitativo no decorrer da coleta. Os indivíduos não foram selecionados aleatoriamente, mas buscou-se a representatividade dos alunos dentro dos centros setoriais.

Estes alunos foram convidados quando permaneciam em sala, antes do início ou após o término das aulas com autorização do professor responsável, ou quando se encontravam nos Centros acadêmicos ou corredores da instituição. Houve autorização prévia de todos os coordenadores de cursos, com a exposição dos objetivos da pesquisa para que estes tivessem ciência que a coleta iria acontecer com o curso indicado. Todos os cursos disponibilizaram a grade horária e o ensalamento das aulas nos turnos correspondentes, de acordo com a organização específica. Ainda foram disponibilizados os nomes de alguns professores que poderiam auxiliar na liberação dos alunos, o que não foi necessário.

Houve dificuldade de coleta em alguns cursos, pela dispersão de alunos e pela execução das aulas diferentes da grade horária disponibilizada. Sendo assim, necessitou-se de maior tempo para localizar os alunos de determinados cursos. Porém, pela indicação dos próprios alunos, foi possível acessar o quantitativo necessário para a pesquisa, resultando na não aleatoriedade da seleção.

Importante ressaltar que aqueles alunos que não se dispuseram a participar da pesquisa, puderam se retirar da sala de aula ou permanecer nas atividades que estavam realizando sem prejuízos pessoais ou acadêmicos e foi informado aos mesmos sobre a possibilidade de recusa de participação. Os professores também foram informados que não eram obrigados a liberar os alunos antes ou depois das aulas, ficando a critério dos mesmos esta liberação para participação dos discentes. Os critérios de seleção desta amostra constam de universitários que estivessem matriculados nos cursos selecionados e frequentando as aulas no período da coleta, podendo estar fora da regularidade de períodos.

Os cursos foram pesquisados com alunos de diversos períodos para que tivéssemos a representação dos acadêmicos que estão iniciando a vida acadêmica e aqueles que também estão saindo deste ambiente. Isso possibilita a obtenção de informações de vários grupos em realidades distintas, o que poderia facilitar a compreensão da dinâmica pesquisa.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento previamente traduzido e validado no Brasil chamado Teste para Identificação de Problemas Relacionados com o Uso de Álcool, mais conhecido como AUDIT, sigla em inglês para *Alcohol Use Disorders Identification Test* (ANEXO B).

Possui um caráter preventivo, abarcando a detecção do não uso até a provável dependência, em diversos níveis de consumo nos últimos 12 meses. Compreende 10 questões correspondentes aos principais critérios diagnósticos da CID-10 e pode ser realizado por meio de entrevista individual ou, como já exposto, autoaplicado. Neste estudo foi utilizado como um questionário autoaplicado (BRASIL, 2009b).

A pontuação é atribuída por escores determinados no teste e somados para classificação do padrão de uso de álcool, a saber: Zona I – uso de baixo risco ou abstêmios (inclui os não usuários) com escores de 0 a 7 pontos; Zona II – usuários de risco, de 8 a 15 pontos; Zona III – uso de alto risco ou nocivo, de 16 a 19 pontos; e Zona IV – provável dependência, com escores acima de 20 pontos, sendo a pontuação máxima, 40 (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; BRASIL, 2009b).

No entanto, após uma primeira análise, percebeu-se que os universitários mantinham uma relação de consumo de álcool característica de um beber intenso em ocasiões específicas, não alcançando o abuso ou dependência nesta faixa etária. Para tanto, optou-se por utilizar o padrão de beber pesado episódico (*Binge Drinking*) para classificá-los. O conceito de padrão *binge* baseia-se na quantidade de álcool consumida dentro de um período definido (uma ocasião ou um dia) e na frequência que é feito esse consumo (semanal ou mensal). Normalmente, o beber pesado episódico é delimitado no consumo de 4 ou 5 ou mais doses de álcool numa única ocasião (BRASIL, 2007c).

Também foi utilizado um instrumento elaborado pelos próprios autores do estudo a fim de alcançar os conhecimentos e as práticas referidas pelos participantes que pudessem facilitar a compreensão da exposição ao vírus. Este instrumento está dividido em 6 etapas, sendo constituído: 1) Dados acadêmicos; 2) Dados de Identificação; 3) História de uso de álcool (apenas para usuários de álcool); 4) Conhecimentos sobre bebidas alcoólicas; 5) Conhecimentos sobre

HIV/AIDS; 6) Prática sexual; e 7) Comportamento social (APÊNDICE A). Este banco de dados foi totalmente digitalizado e está disponível para futuras pesquisas.

Foi realizado um pré-teste para verificar a compreensão dos questionamentos, sua organização e as variáveis escolhidas para cada etapa. Este pré-teste foi aplicado a 36 estudantes de 6 cursos de graduação da instituição pesquisada, respeitando os mesmos critérios de inclusão. Estes estudantes foram convidados a responder aos instrumentos e como não houve dúvidas significativas na validação semântica e, portanto, também não ocorreram mudanças substanciais no instrumento, esta amostra foi incluída no estudo. Os dados obtidos foram analisados quanto à distribuição de frequências, com o intuito de verificar se atendiam aos objetivos propostos ou se teriam necessidade de alguma modificação. Após esta etapa, iniciou-se o procedimento de coleta de toda a amostra pretendida.

A coleta de dados da população de estudo ocorreu no período de novembro a dezembro de 2012, nas salas de aulas vazias que estavam disponíveis de acordo com a necessidade dos pesquisadores, próximos aos alunos, ou nos mesmos ambientes em que se encontravam. As informações sobre o quantitativo de alunos junto ao DAA foram referentes ao semestre 2011.2, visto que a previsão de coleta de dados seria no primeiro semestre de 2012. No entanto, devido à greve de docentes no referido semestre, somente foi possível realizar o contato com as coordenações do curso no semestre seguinte, com início da coleta de dados em setembro de 2012, concomitante ao período letivo.

Foram treinados mais dois pesquisadores para suporte ao momento de coleta, sendo distribuídos por centros acadêmicos e proximidade dos locais que ocorriam as aulas dos cursos. Houve reuniões entre os membros da equipe para compartilhamento de informações importantes sobre os instrumentos utilizados, para compreender as possíveis dúvidas surgidas e delimitar as informações que eram necessárias para os alunos. As técnicas de abordagem e forma de convite aos participantes também foram combinadas entre os pesquisadores para que não houvesse falhas ou divergências na seleção.

Cabe ressaltar que a forma de contato com os universitários neste estudo foi determinada por conveniência pela facilidade de acesso aos mesmos no ambiente institucional, uma vez que não seria possível encontrá-los pelo número de matrícula, por sorteio na lista de frequência ou de forma aleatória. Sendo assim, a facilidade ou proximidade dos alunos que frequentam os ambientes da universidade foram

determinantes para o convite à participação no estudo e o quantitativo distribuído pelos centros buscou manter a representatividade de universitários dentro da amostra.

2.5 Tratamento e análise dos dados

Os instrumentos de coleta foram previamente codificados em cada variável e categoria de variável para facilitar a inserção das informações em um banco de dados. Cada instrumento foi identificado com numeração arábica sequencial e da mesma forma que as categorias de variáveis nos instrumentos. Para construção do banco de dados e análise estatística foi usado o *Statistical Package Social Science for Windows* (SPSS) 21.0.

O SPSS é um software aplicativo licenciado pela IBM *Software*, sendo traduzido como pacote estatístico para ciências sociais. Este pacote facilita a aplicação analítica, prospecção de dados e análises estatísticas para transformar os dados em importantes informações relacionadas. Ainda auxilia no desenvolvimento de cálculos estatísticos complexos e transformação dos dados selecionados em tabelas, gráficos e ilustrações.

Efetou-se a análise descritiva das variáveis de identificação e acadêmicas, das relacionadas ao conhecimento sobre o consumo de álcool, ao conhecimento sobre HIV e à prática sexual, utilizando-se médias e medianas para as variáveis contínuas e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. Foram efetuados testes de comparação de proporção (qui-quadrado) do consumo de álcool entre os universitários, segundo as variáveis de identificação e acadêmicas, os conhecimentos sobre HIV e álcool e as práticas sexuais, bem como suas classificações sobre os conhecimentos e prática sexual, considerando um nível de significância de $p < 0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%.

2.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo atendeu aos princípios éticos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Esta resolução trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e está baseada em quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Importante ressaltar que, apesar do conhecimento e da divulgação da nova Resolução 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que vem substituir a supracitada, na ocasião do início dos procedimentos de coleta de dados e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a resolução ainda não estava vigente, portanto, sendo estabelecido este estudo na Resolução antiga.

Para isso, inicialmente o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ. A aprovação pelo CEP foi obtida através do número 003.3.2012 (ANEXO C).

No momento da coleta, os indivíduos foram esclarecidos sobre a pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE B) para que pudessem conhecer os objetivos da pesquisa, os procedimentos de coleta e para garantir todos os seus direitos e deveres, conforme previsto da legislação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram descritos de acordo com as frequências para cada grupo de variáveis, apresentados em tabelas e gráficos. Foram agrupados segundo as características acadêmicas e de identificação; conhecimentos sobre álcool e sobre HIV e prática sexual. As relações estabelecidas por estes grupos de variáveis com o consumo de álcool dos universitários estão dispostas em subcapítulos sequenciais. As discussões das informações relevantes serão feita em capítulo separadamente fazendo comparações com outros estudos publicados e interpretadas à luz dos conceitos adotados para este estudo.

3.1 Características acadêmicas e de identificação

A população de estudo apresentou uma média de idade de 23 (DP=6,43) e mediana de 21 anos. Os participantes eram, predominantemente, do sexo masculino (59,6%), com faixa etária de 19 a 22 anos (54,3%), cor da pele branca (57,5%), sem companheiros (69,2%), sem filhos (92,3%) e com maior percentual de católicos (31,3%) e daqueles que não possuem religião (33,7%). Destaca-se, ainda, o não vínculo de trabalho (57,3%) e a não contribuição com a renda familiar (58,2%). Referente à disponibilidade de acesso a redes de comunicação, a quase totalidade (98,8%) afirmava possuir computadores ou eletrônicos portáteis e sempre ou quase sempre tem acesso à internet (96,8%) (Tabela 2).

Tabela 2—Caracterização da população de estudo(N= 416) - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	N (%)
Sexo	Masculino	248 (59,6)
	Feminino	168 (40,4)
Faixa etária	≤18 anos	47 (11,3)
	19 a 20 anos	111 (26,7)
	21 a 22 anos	115 (27,6)
	23 a 24 anos	54 (13,0)
	25 a 26 anos	28 (6,7)
	≥ 27 anos	61 (14,7)
Cor da pele	Branco	239 (57,5)
	Mulato/Pardo	96 (23,1)
	Negro	60 (14,4)
	Amarelo	14 (3,4)
	Índio	3 (0,7)
	Outro	2 (0,5)
Estado civil	Sem companheiro(a)	288 (69,2)
	Tenho companheiro(a) e não vivo com ele(ela)	87 (20,9)
	Tenho companheiro(a) e vivo com ele(ela)	41 (9,9)
Filhos	Não possui	384 (92,3)
	Possui	32 (7,7)
Religião	Católica	130 (31,2)
	Evangélica/Protestante	98 (23,6)
	Espírita	36 (8,7)
	Outra	12 (2,8)
	Não possui	140 (33,7)
Vínculo de trabalho	Não	238 (57,3)
	Tem, durante a semana	133 (32,0)
	Tem, regime de plantão	15 (3,6)
	Tem, durante o final de semana	11 (2,7)
	Tem, não remunerado	9 (2,2)
	Outro	9 (2,2)
Renda familiar	Não contribui	242 (58,2)
	Contribui parcialmente	138 (33,1)
	Contribui totalmente	36 (8,7)
Computador/ eletrônico	Sim	410 (98,6)
	Não	5 (1,2)
Acesso à internet	Sempre	328 (78,8)
	Quase sempre	75 (18,0)
	Às vezes	10 (2,4)
	Raramente	1 (0,2)
	Nunca	1 (0,2)

Nota: As variáveis cor da pele, possui computador ou eletrônico portátil, e se tem acesso à *internet* apresentam 2(0,4%), 1(0,2%) e 1(0,4%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

A Tabela 3 apresenta a caracterização da população de estudo no que se refere aos dados acadêmicos. Podemos observar uma distribuição proporcional dos

indivíduos por centros setoriais, um percentual maior (73,3%) de participação de estudantes dos períodos acadêmicos iniciais² e um predomínio de discentes do turno matutino (46,6%).

Tabela 3 – Caracterização da população de estudo quanto aos dados acadêmicos (N= 416) - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	N (%)
Centro setorial	Centro de Tecnologia e Ciências	144 (34,6)
	Centro de Ciências Sociais	119 (28,6)
	Centro de Educação e Humanidades	100 (24,1)
	Centro Biomédico	53 (12,8)
Fase do curso ²	Primeira metade	305 (73,3)
	Segunda metade	111 (26,7)
Turno	Manhã	194 (46,6)
	Integral	107 (25,7)
	Noite	79 (19,0)
	Tarde	36 (8,7)

Nota: Não houve perdas nos valores apresentados.

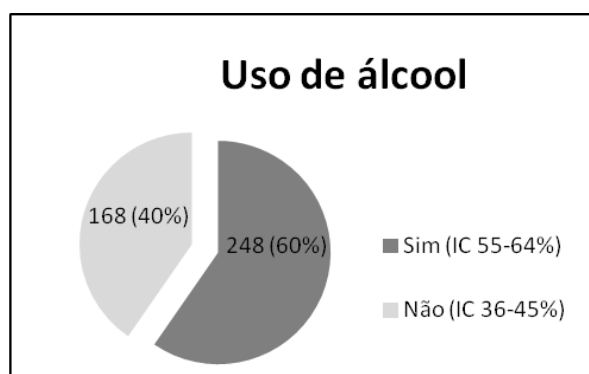
Fonte: A autora, 2014.

3.2 Descrição do Consumo de Álcool

Dos universitários entrevistados, 60% afirmam fazer uso de bebidas alcoólicas, sendo 56% do sexo feminino e 44% masculino. Entre aqueles que não fazem uso (40%), identifica-se 64,9% do sexo feminino e 35,1% masculino. Estes dados podem facilitar a compreensão dos hábitos de beber identificados e explicitados posteriormente (Gráfico 1).

² A divisão da fase acadêmica foi dicotomizada de acordo com o período de integralização dos cursos selecionados e variou conforme o total de anos para sua conclusão, sendo diferenciado na primeira e segunda metade dos períodos do curso.

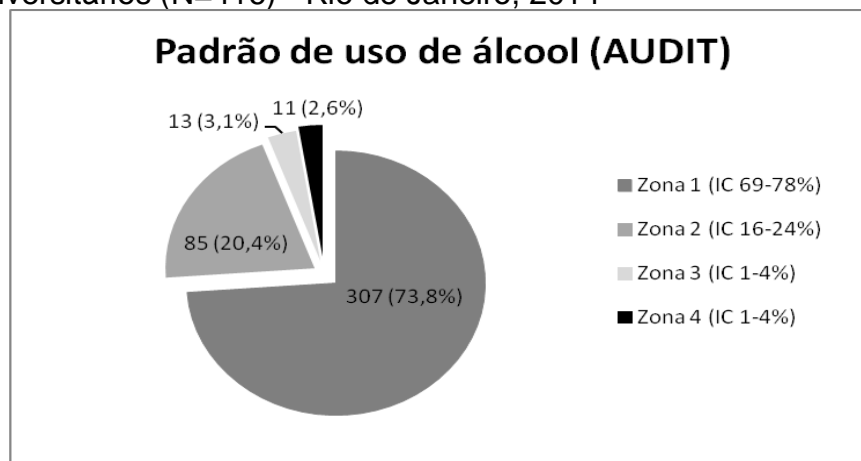
Gráfico 1 – Distribuição do uso de álcool entre os universitários (N=416) - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

O consumo de álcool dos universitários identificado através do AUDIT, de acordo com os escores estabelecidos pelo instrumento, sinaliza que a maioria daqueles que consomem bebidas alcoólicas (60%) estavam classificados nas zonas 1 e 2 (94,2%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição do padrão de uso de álcool de acordo com o AUDIT entre os universitários (N=416) - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Além deste padrão de uso de álcool, foram identificadas as doses, as frequências, o tipo de bebidas e os motivos para uso, dentre outros fatores que são importantes na caracterização do consumo. 39,4% dos sujeitos apresentava frequência de uso em mais de 2 vezes por semana, com percentuais mais elevados para os homens nas maiores frequências; mais de 5 doses para os homens e 4 para mulheres na vez em que consumiram álcool (52,6%). A idade do primeiro uso de

álcool de maior prevalência para os homens foi menor de 12 anos (60,9%), entre 19 a 22 para as mulheres (62,5%) e entre 13 a 18 anos no total (81,4%) (Tabela 4).

Os motivos do primeiro uso mais frequentes para as mulheres eram divertir-se com amigos (53,8%), para celebrar (76%) e porque quiseram (60,8%), já para os homens enquadrar-se no grupo (70%), ficar embriagado (80%) e para relaxar (66,7%), sendo cerveja a bebida mais frequentemente consumida (57,2%) para ambos os sexos. As companhias ao beber mais mencionadas foram os amigos (66,5%), com diferenças proporcionais para as mulheres que citaram a família (70,4%) e o companheiro(a) (65%). Quanto à quantidade de álcool que pode provocar alterações, grande parte considerava menos de 4 doses-padrão para qualquer indivíduo (59,8%). Importante ressaltar diferenças percentuais entre os sexos, onde as mulheres sinalizam as bebidas mais consumidas como vodca, vinhos/espumantes e “ices”, e que 1 ou 2 doses podem provocar alterações. A distribuição percentual é estatisticamente significativa para as variáveis frequência ($p= 0,006$), doses consumidas ($p= 0,010$), motivo do primeiro consumo ($p= 0,023$) e tipo de bebida mais frequentemente consumida ($p= 0,003$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização do consumo de álcool da amostra (N variável) - Rio de Janeiro, 2014 (continua)

Variável	Categorias	Sexo		N (%)	p-valor
		Feminino N (%)	Masculino N (%)		
Frequência	Nunca	109 (65,3)	58 (34,7)	167 (40,1)	0,006
	Mensal ou menos	51 (60,0)	34 (40,0)	85 (20,4)	
	2-4 vezes ao mês	56 (64,4)	31 (35,6)	87 (20,9)	
	2-3 vezes por semana	30 (43,5)	39 (56,5)	69 (16,6)	
	4 ou mais vezes por semana	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (1,9)	
	Total	248 (59,6)	168 (40,4)	416 (100)	
Doses	1-2 doses	35 (67,3)	17 (32,7)	52 (21,3)	0,010
	3-4 doses	39 (60,0)	26 (40,0)	65 (26,1)	
	5-6 doses	41 (61,2)	26 (38,8)	67 (27,0)	
	7, 8 ou 9 doses	12 (33,3)	24 (66,7)	36 (14,4)	
	10 ou mais	12 (42,9)	16 (57,1)	28 (11,2)	
Total	139 (56,0)	109 (44,0)	248 (100)		
Idade, ao consumir álcool pela 1ª vez	< 12 anos	9 (39,1)	14 (60,9)	23 (7,6)	0,281
	13 a 15 anos	65 (58,0)	47 (42,0)	112 (37,0)	
	16 a 18 anos	79 (59,0)	55 (41,0)	134 (44,4)	
	19 a 22 anos	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (10,6)	
	≥23 anos	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Total	174 (57,6)	128 (42,4)	302 (100)		

Tabela 4 – Caracterização do consumo de álcool da amostra (N variável) - Rio de Janeiro, 2014 (conclusão)

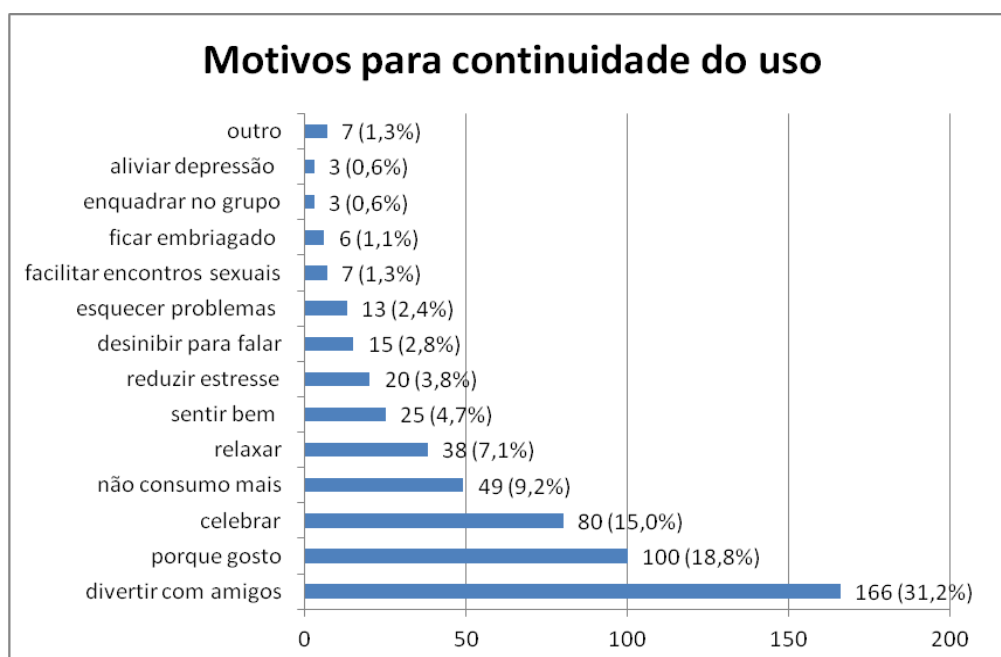
Variável	Categorias	Sexo		N (%)	p-valor
		Feminino N (%)	Masculino N (%)		
Motivo do 1º consumo	Divertir-se com amigos	70 (53,8)	60 (46,2)	130 (43,1)	0,023
	Porque quis	48 (60,8)	31 (32,9)	79 (26,2)	
	Celebrar	38 (76,0)	12 (24,0)	50 (16,5)	
	Enquadrar-se no grupo	3 (30,0)	7 (70,0)	10 (3,3)	
	Embriagado	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (1,6)	
	Desinibir a fala	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (1,3)	
	Relaxar	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (1,0)	
	Porque todo mundo bebe	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (1,0)	
	Reduzir estresse	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	
	Esquecer problemas	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	
	Aliviar depressão	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,7)	
	Facilitar encontros sexuais	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,3)	
	Outro	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (3,6)	
	Total	174 (57,6)	128 (42,4)	302 (100)	
Tipo de bebida mais frequentemente consumida	Cerveja/chope	86 (49,7)	87 (50,3)	173(57,2)	0,003
	Vodka	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (10,6)	
	Vinho/espumante	21 (67,7)	10 (32,3)	31 (10,2)	
	“Ices”	24 (85,7)	4 (14,3)	28 (9,3)	
	Demais destilados	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (1,0)	
	Cachaça	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,7)	
	Tequila	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	
	Uísque	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,7)	
	Outras	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	
	Não consome mais	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (8,9)	
Total	174 (57,6)	128 (42,4)	302(100)		
Doses padrão para provocar alteração	1-2 doses	44 (72,1)	17 (27,9)	61 (20,2)	0,096
	3-4 doses	63 (52,9)	56 (47,1)	119(39,4)	
	5-6 doses	46 (56,8)	35 (43,2)	81 (26,8)	
	7 ou mais	21 (51,2)	20(48,8)	41 (13,6)	
	Total	174 (57,6)	128 (42,4)	302 (100)	
Companhia para beber	Amigos	113 (56,8)	86 (43,2)	199(65,9)	0,221
	Família	19 (70,4)	8 (29,6)	27 (8,9)	
	Companheiro (a)	13 (65,0)	7 (35,0)	20 (6,6)	
	Sozinho	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (2,7)	
	Colegas de trabalho	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,0)	
	Outros	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (0,7)	
	Não consome mais	25 (62,5)	15 (37,5)	40 (13,2)	
	Total	174 (58,2)	125 (41,8)	299 (100)	

Nota: os valores totais indicados na tabela variam em função das respostas exigidas no ICD, isto é, 416 referem-se a 100% dos participantes, 248 aqueles que fazem uso de bebidas alcoólicas e 302, estes acrescidos dos que não fazem mais uso de álcool. A variável companhia para beber apresenta 3(0,1%) de perda.

Fonte: A autora, 2014.

Sobre os motivos para a continuidade do consumo de álcool, os participantes consideraram com maior frequência divertir-se com amigos (31,2%), porque gostam de beber (18,8%) e para celebrar (15,0%) (Gráfico 3).

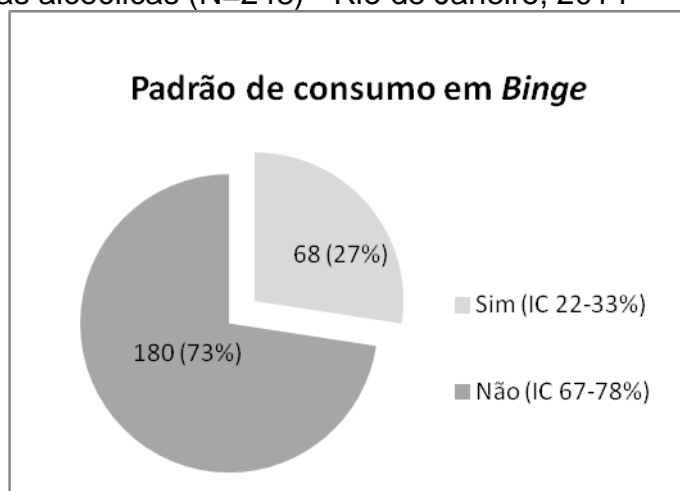
Gráfico 3 – Distribuição das respostas sobre os motivos para continuidade do uso de álcool pelos universitários - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

De acordo com as literaturas específicas para adolescentes e jovens (BRASIL, 2007c, 2010a; JOHNSTON et al., 2013), o padrão de consumo mais realizado é o beber em *binge*. Em relação ao beber pesado episódico (*binge drinking*), 27% dos participantes encontravam-se neste padrão (Gráfico 4).

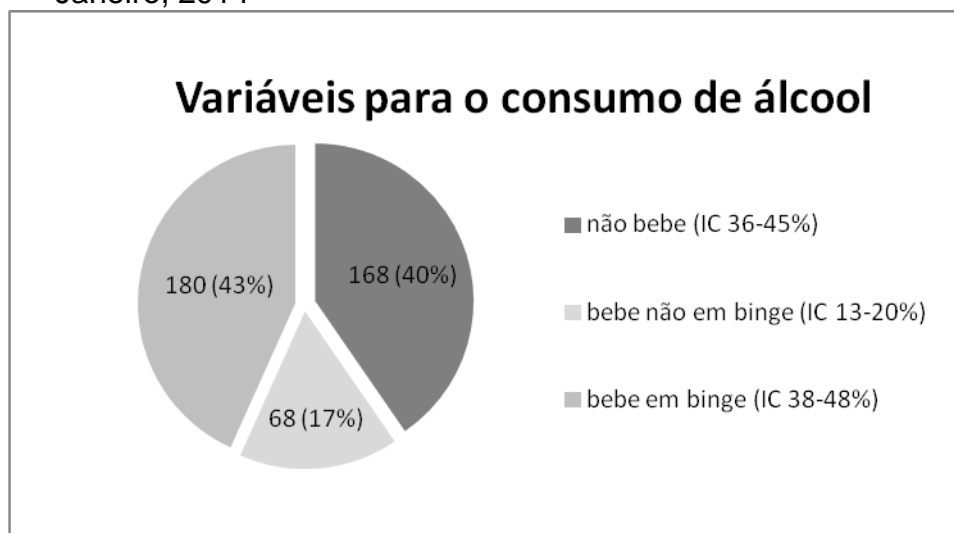
Gráfico 4 – Distribuição do beber tipo *binge* entre os universitários que fazem uso de bebidas alcoólicas (N=248) - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Para realizar a associação das variáveis posteriormente, foram determinados três grupos de consumo de álcool neste estudo: não bebe (40%), bebe não em *binge* (17%) e bebe em *binge* (43%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição do padrão de consumo de álcool dos universitários - Rio de Janeiro, 2014



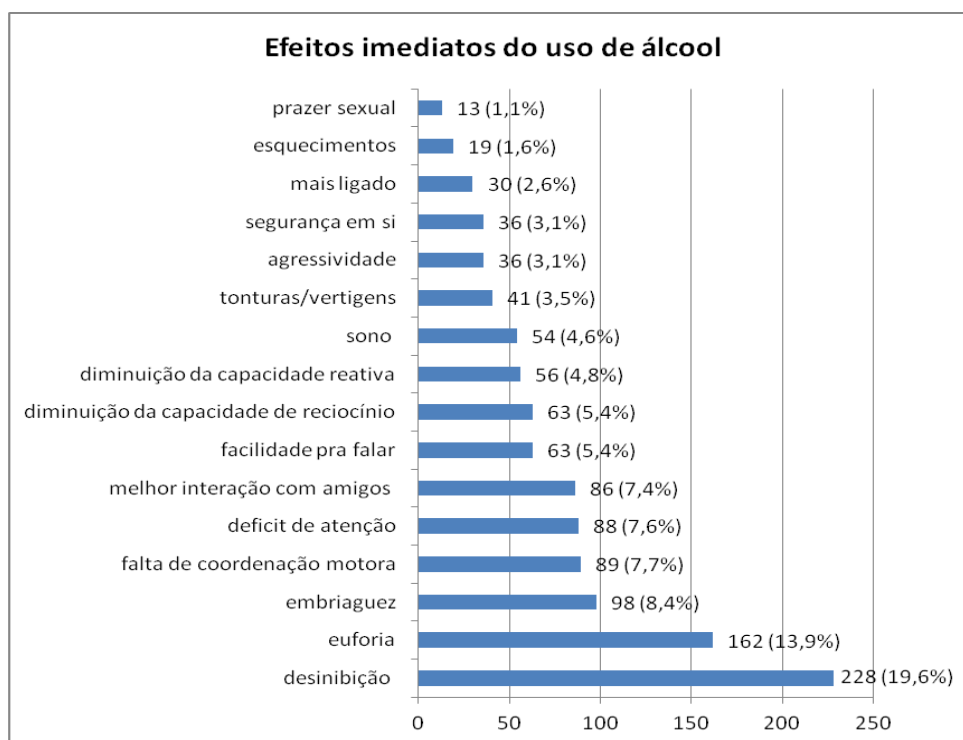
Fonte: A autora, 2014.

Acredita-se que fazer a associação das variáveis de conhecimento sobre HIV e prática sexual dos universitários de forma dicotômica entre aqueles que fazem ou não uso de álcool, perder-se-iam informações importantes dessa diferença na distribuição percentual, sendo adotada a classificação de três padrões de uso (não bebe, bebe não em *binge* e bebem em *binge*).

3.3 Características sobre o conhecimento relativo ao álcool e ao HIV

Para a associação com a exposição ao HIV, foi determinado o conhecimento dos participantes sobre as temáticas, sendo possível considerar variáveis para a classificação deste conhecimento sobre HIV e sobre álcool. De acordo com os dados sobre bebidas alcoólicas, os universitários indicaram os efeitos imediatos do uso de álcool, sendo mais frequentes a desinibição (19,6%), a euforia (13,9%) e a embriaguez (8,4%) (Gráfico 6).

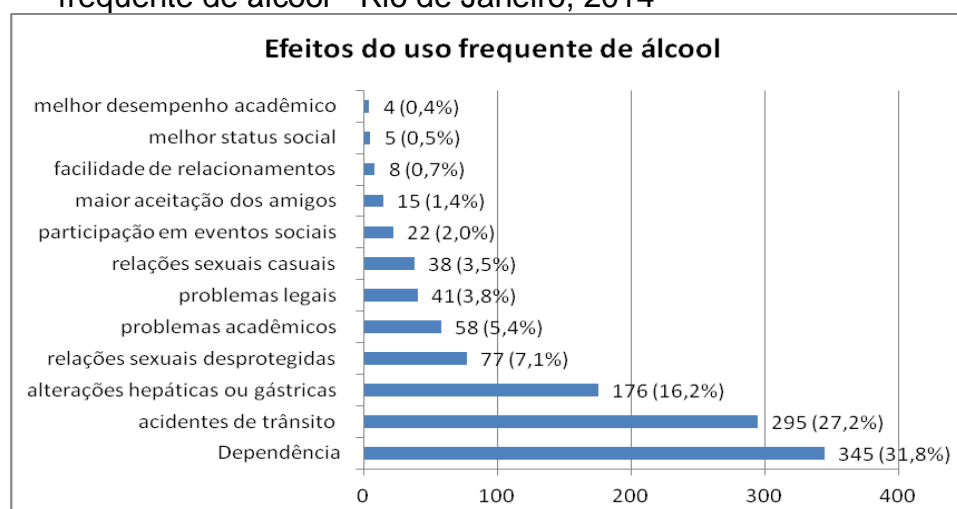
Gráfico 6 – Distribuição das respostas dos universitários sobre os efeitos imediatos do uso de álcool - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Já sobre os efeitos do uso contínuo, os estudantes apontaram para dependência (31,8%), acidentes de trânsito (27,2%) e alterações hepáticas ou gástricas (16,2%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição das respostas dos universitários sobre os efeitos do uso frequente de álcool - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Observa-se, ainda, que 89,6% dos universitários não obtiveram informações durante a graduação e 64,6% consideravam seu conhecimento muito bom ou bom. Também foi identificado que 29,4% consideram o acesso à bebida mais facilitado na universidade e que o local de maior consumo se dá em comemoração com amigos (31,5%), em festas acadêmicas (29,6%), ou em bares e restaurantes (25,4%), sendo a bebida mais consumida, a cerveja (41,6%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos conhecimentos relativos ao uso de álcool entre a população de estudo (N=416) - Rio de Janeiro, 2014

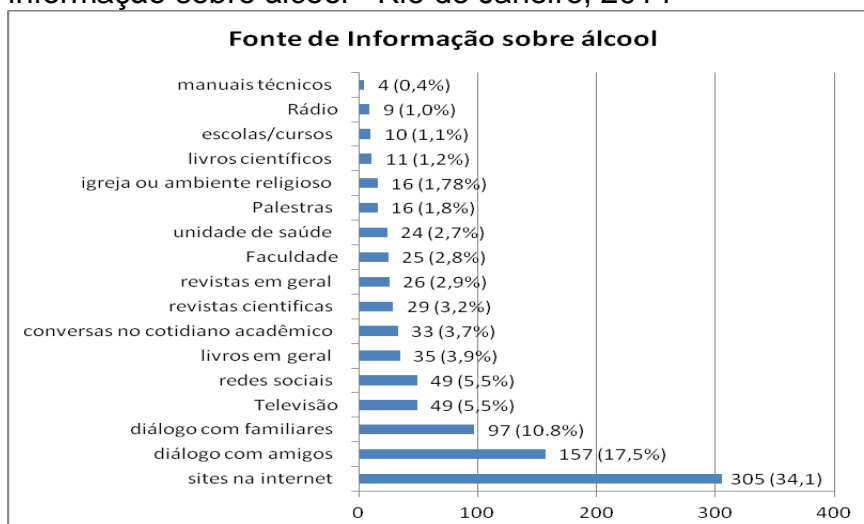
Variável	Categorias	N (%)
Informações sobre álcool na graduação	Não	371 (89,4)
	Sim	43 (10,4)
Conhecimento sobre álcool autodeclarado	Excelente	48 (11,5)
	Muito bom	110 (26,5)
	Bom	158 (38,1)
	Regular	83 (20,0)
	Insuficiente	16 (3,8)
Acesso ao álcool pelos estudantes	Igual em qualquer lugar	177 (42,8)
	Mais fácil na universidade	121 (29,4)
	Mais fácil em locais públicos	107 (26,0)
	Mais fácil no ambiente familiar	7 (1,5)
Local de maior consumo de álcool	Comemoração com amigos	129 (31,5)
	Festas acadêmicas	121 (29,6)
	Bares ou restaurantes	104 (25,3)
	Datas comemorativas	22 (5,3)
	Ambiente da universidade	13 (3,1)
	Casa	10 (2,4)
	Festas familiares	5 (1,2)
	Outros	5 (1,2)
Bebida que consideram que seja mais consumida pelos usuários	Cerveja/chope	173 (41,6)
	Vodca	32 (7,6)
	Vinho/espumante	31 (7,5)
	Ices	28 (6,7)
	Cachaça	2 (0,5)
	Tequila	2 (0,5)
	Uísque	2 (0,5)
	Demais destilados	3 (0,7)
	Outras	2 (0,5)
	Não utilizo mais	27 (6,5)
	Não responderam	114 (27,4)

Nota: As variáveis informação sobre álcool na graduação, conhecimento sobre álcool autodeclarado, acesso ao álcool pelos estudantes, local de maior consumo de álcool apresentam 2(0,2%), 1 (0,1%), 4(0,3%), 7(0,4%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

Segundo os estudantes, as fontes de informações sobre álcool são principalmente sites da internet (34,1%) e diálogos com amigos (17,5%) e familiares (10,8%) (Gráfico 8).

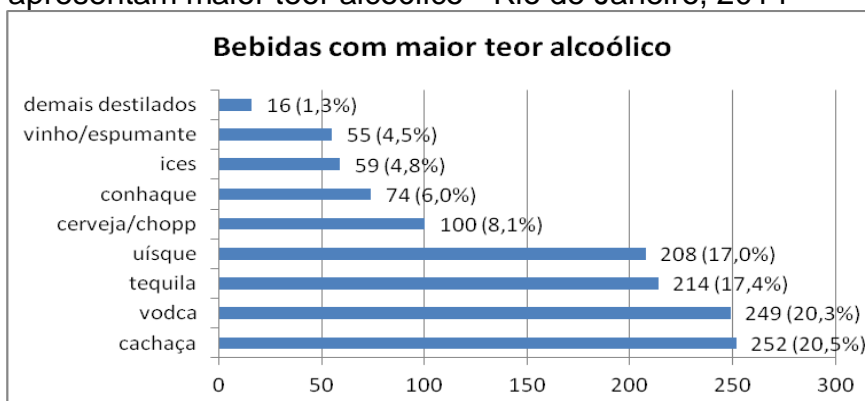
Gráfico 8 – Distribuição das respostas dos universitários sobre as fontes de informação sobre álcool - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Os universitários consideram como bebidas que apresentam maior teor alcoólico, respectivamente, a cachaça (20,5%), a vodca (20,3%), a tequila (17,4%) e o uísque (17,0%) (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição das respostas dos estudantes sobre as bebidas que apresentam maior teor alcoólico - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Quanto aos conhecimentos relativos ao HIV, os participantes o consideraram, com o maior percentual de respostas, como condição de vida com tratamento

(65,9%). De modo semelhante ao álcool, também não obtiveram informações durante a graduação (89,4%) e consideravam seu conhecimento como muito bom ou bom (72,6%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização do conhecimento relativo ao HIV entre a população de estudo (N=416) - Rio de Janeiro, 2014

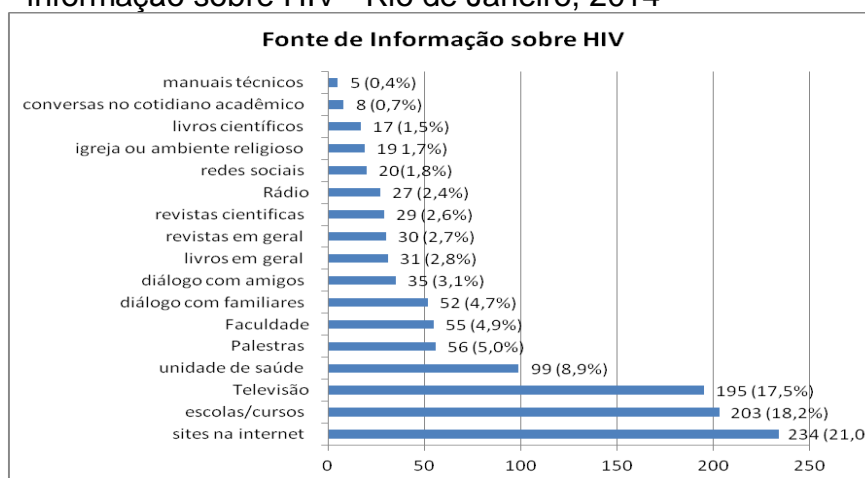
Variável	Categorias	N (%)
Considera que o HIV seja	Condição de vida com tratamento	274 (65,9)
	Doença fatal	62 (14,9)
	Vírus letal	52 (12,5)
	Morte certa	7 (1,7)
	Condição de saúde curável	6 (1,4)
	Destino de vida	3 (0,7)
	Castigo divino	2 (0,5)
	Situação passageira	1 (0,2)
	Outro	9 (2,2)
Informação sobre HIV na graduação	Não	371 (89,4)
	Sim	44 (10,6)
Conhecimento sobre HIV autodeclarado	Excelente	38 (9,1)
	Muito bom	109 (26,3)
	Bom	192 (46,3)
	Regular	68 (16,4)
	Insuficiente	8 (1,9)

Nota: As variáveis informação sobre HIV na graduação e conhecimento sobre HIV autodeclarado apresentam 1(0,2%) e 1 (0,2%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

Sobre as fontes de informação sobre HIV/aids, foram mencionados a internet (21%), as palestras em escolas/cursos (18,2%) e a televisão (17,5%) (Gráfico 10).

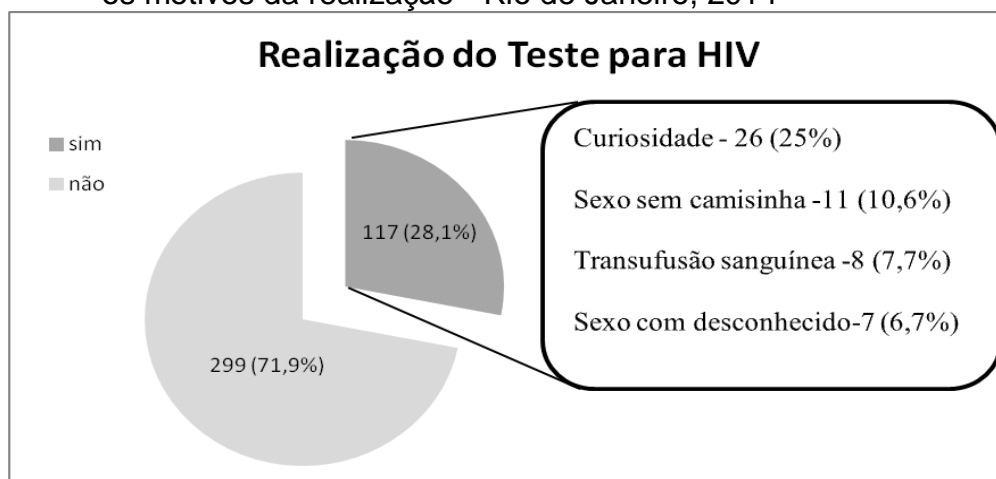
Gráfico 10 – Distribuição das respostas dos universitários sobre as fontes de informação sobre HIV - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Entre os universitários, 28,1% afirmavam já ter realizado teste para HIV, sendo os motivos mais citados para a sua realização, a curiosidade (25%), o sexo sem camisinha (10,6%), a transfusão sanguínea (7,7%) e o sexo com desconhecido (6,7%) (Gráfico 11).

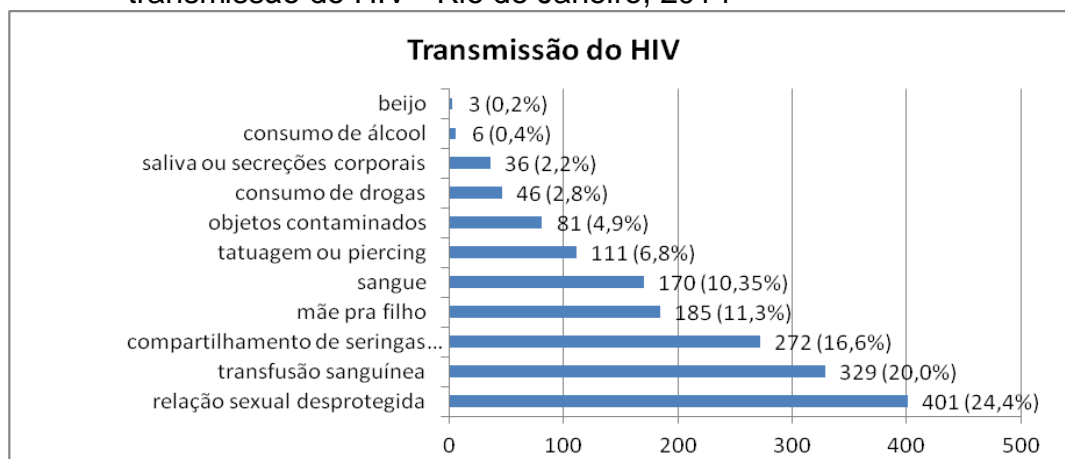
Gráfico 11 – Distribuição dos universitários quanto à realização de teste para HIV e os motivos da realização - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Sobre as formas de transmissão do HIV, os participantes citaram principalmente a relação sexual desprotegida (24,4%), a transfusão sanguínea (20,0%), o compartilhamento de seringas contaminadas (16,6%) e a transmissão vertical (11,3%) (Gráfico 12).

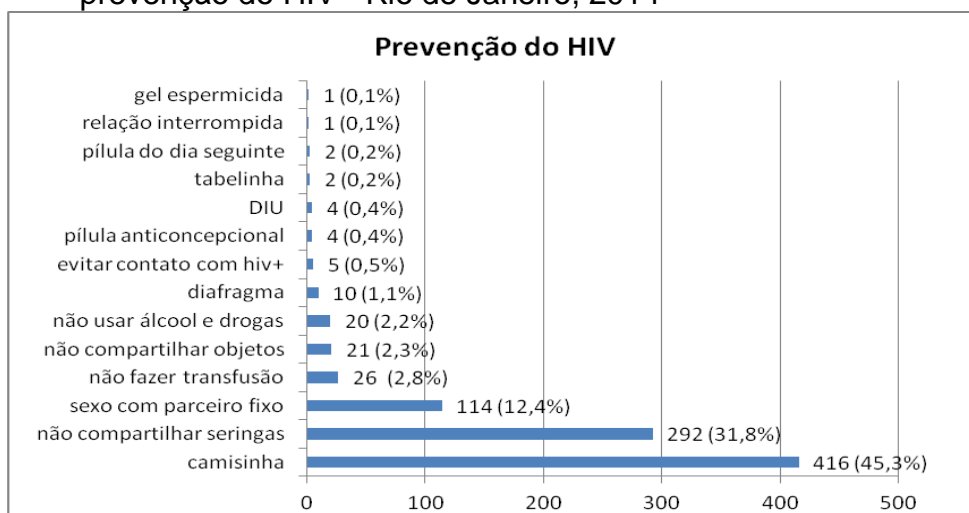
Gráfico 12 – Distribuição das respostas dos universitários sobre as formas de transmissão do HIV - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

No que tange às formas de prevenção ao HIV, todos os estudantes (416) mencionaram a camisinha, o que representa 45,3% do total de respostas, bem como o não compartilhamento de seringas (31,8%) e a relação com parceiro fixo (12,4%) (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Distribuição das respostas dos universitários sobre os meios de prevenção do HIV - Rio de Janeiro, 2014

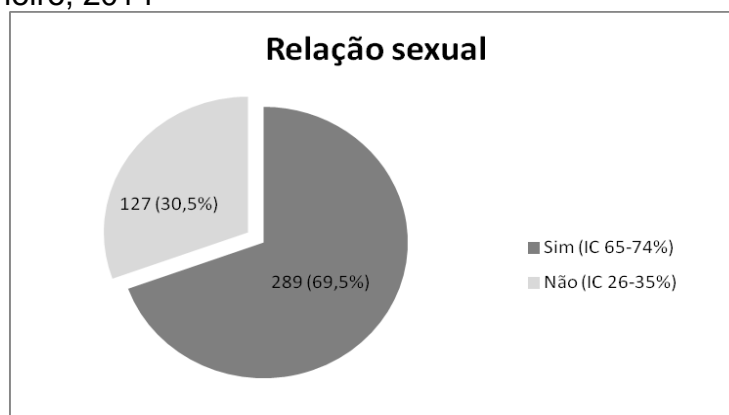


Fonte: A autora, 2014.

3.4 Prática Sexual

Sobre a prática sexual, algumas questões foram destacadas para aqueles que já tiveram a primeira relação sexual na amostra (69,5%) (Gráfico 14), sendo 52,9% das mulheres e 47,1% dos homens. Entende-se como prática sexual de risco, aquela que expõe o indivíduo a situações prováveis de exposição ao HIV ou a alguma DST. Foram utilizadas as variáveis idade, tipo de parceiro da primeira relação sexual, uso de álcool antes da relação sexual, fatores para adquirir HIV, arrependimento ou ansiedade após relação e se teve alguma DST, para a caracterização dos participantes quanto à prática sexual de risco ou não.

Gráfico 14 – Distribuição dos universitários quanto à prática sexual atual - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Observa-se, na Tabela 7, que a idade da primeira relação sexual ocorreu, na maioria, entre 16 e 18 anos (54%) tanto para o sexo feminino quanto para o masculino e com companheiro estável para mulheres (74,9%) e parceiro ocasional para homens (87,3%). Dos homens, 54,3% afirmava ter relação sexual após o consumo de bebidas alcoólicas, o que se diferencia para 45,7% das mulheres (54,3%). Sobre a última relação sexual com camisinha, 64% não consumiram bebidas alcoólicas. Tanto os homens como as mulheres devem possuir camisinha na opinião de 82,4% dos universitários e 68,1% consideram a empolgação do momento como fator facilitador para adquirir HIV. Identificou-se que 66,1% nunca se arrependeram ou quiseram ir embora após uma relação, 74,3% nunca ou raramente ficaram ansiosos por possível gravidez e 94,8% não tiveram DST. Para a associação com o sexo, todas as variáveis tiveram distribuição estatisticamente significativa.

Tabela 7 – Caracterização da prática sexual da amostra (N=289) - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Sexo		Total N (%)	p-valor
		Feminino N (%)	Masculino N(%)		
Idade da primeira relação sexual	≤12 anos	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	<0,001
	13-15 anos	25 (39,1)	39 (60,9)	64 (22,1)	
	16-18 anos	84 (53,8)	72 (46,2)	156 (54,0)	
	19-22 anos	37 (62,7)	22 (37,3)	59 (20,4)	
	> 23 anos	6 (65,0)	2 (25,0)	8 (2,8)	
Parceiro da primeira relação sexual	Companheiro estável	137 (74,9)	46 (25,1)	183 (63,3)	<0,001
	Parceiro ocasional	8 (12,7)	55 (87,3)	63 (21,8)	
	Amigo	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (8,0)	
	Profissional do sexo	0 (0,0)	15 (100,0)	15 (5,2)	
Sexo depois de beber	Outro	0 (0,0)	5 (100,0)	5 (1,7)	<0,001
	Sim	75 (45,7)	89 (54,3)	164 (56,7)	
Última relação com camisinha, usou álcool	Não	78 (62,4)	47 (37,6)	124 (43,0)	<0,001
	Sim	102 (55,1)	83 (44,9)	185 (64,0)	
Quem deve ter camisinha	Sim	21 (31,9)	33 (61,1)	54 (18,7)	<0,001
	Ambos	131 (55,0)	107 (45,0)	238 (82,4)	
	Homem	22 (45,8)	26 (54,2)	48 (16,6)	
Fatores que facilitam adquirir o HIV	Mulher	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,0)	0,002
	Empolgação do momento	100 (50,8)	97 (49,2)	197 (68,1)	
	Confiança no parceiro	31 (62,0)	19 (38,0)	50 (17,4)	
	Uso de bebidas alcoólicas	14 (63,6)	8 (36,4)	22 (7,6)	
	Influência de amigos	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (1,4)	
Se arrependeu ou quis ir embora após uma relação	Outro	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (4,8)	<0,001
	Sempre	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	
	Quase sempre	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (2,4)	
	Às vezes	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (8,3)	
	Raramente	21 (32,3)	44 (67,7)	65 (22,5)	
Ansiosa(o) por possível gravidez	Nunca	120 (62,8)	71 (37,2)	191 (66,1)	0,002
	Sempre	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (2,8)	
	Quase sempre	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (3,5)	
	Às vezes	30 (53,6)	26 (46,4)	56 (19,4)	
	Raramente	51 (51,5)	48 (48,5)	99 (34,2)	
Teve DST	Nunca	64 (55,2)	52 (44,8)	116 (40,1)	<0,001
	Cancro duro	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	
	Herpes simples genital	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (1,8)	
	Gonorreia	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,3)	
	Crista de galo	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	
	Hepatite	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,3)	
	Infecção Clamídia	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	
	Molusco contágio	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,7)	
	Não teve	147 (53,6)	127 (46,4)	274 (94,8)	

Nota: As variáveis relação sexual depois de beber, última relação com camisinha bebeu, fatores que facilitam adquirir HIV e teve DST apresentaram 1(0,3%), 50(17,3%), 2(0,7%) e 1(0,4%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

Na Tabela 8, os universitários afirmam fazer uso de preservativo (81,0%), apresentam a frequência de uso relatada como sempre ou quase sempre (62,7%), mesmo quando se encontram envolvidos emocionalmente (59,8%). Entretanto, mais

mulheres do que homens afirmavam não utilizá-lo (63,6%) e informam que, quando o parceiro não quer utilizar o preservativo, recusam a relação (67,2%) e negociam seu uso (43,3%). Durante a relação, quando não tem preservativo, alguns continuam a relação sem penetração (25,0%) e outros com penetração (25,0%) e a maioria das mulheres interrompe a relação (43,2%). A associação teve distribuição estatisticamente significativa para todas as variáveis analisadas.

Tabela 8 – Caracterização do uso de preservativo da amostra (N=289) - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Sexo		Total N(%)	p-valor
		Feminino N(%)	Masculino N(%)		
Uso de preservativo	Sim	118(50,4)	116 (49,6)	234 (81,0)	<0,001
	Não	35 (63,6)	20 (36,4)	55 (19,0)	
Frequência do uso de camisinha	Sempre	51 (45,5)	61 (54,5)	112 (38,8)	<0,001
	Quase sempre	35 (50,7)	34 (49,3)	69 (23,9)	
	Às vezes	24 (63,2)	14 (36,8)	38 (13,1)	
	Raramente	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (3,4)	
	Nunca	24 (40,0)	36 (60,0)	60 (20,8)	
Se envolvido emocionalmente usa camisinha	Sempre	55 (50,0)	55 (50,0)	110 (38,0)	0,003
	Quase sempre	30 (47,6)	33 (52,4)	63 (21,8)	
	Às vezes	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (11,0)	
	Raramente	17 (60,7)	11 (39,3)	28 (9,8)	
	Nunca	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (1,7)	
Quando o parceiro não quer usar camisinha	Negocia o uso	39 (43,3)	51 (56,7)	90 (31,2)	<0,001
	Recusa a relação	39 (67,2)	19 (32,8)	58 (20,0)	
	Interrompe a relação	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (11,0)	
	Faz uso esporádico	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (8,0)	
	Deixa de usar	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (5,2)	
	Continua a relação sem camisinha	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (3,8)	
	Pacto de uso extraconjugal	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (1,4)	
	Troca de parceiro	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	
	Outro	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (1,7)	
Quando não tem camisinha durante relação	Continua relação sem penetração	31 (43,1)	41 (56,9)	72 (25,0)	<0,001
	Continua relação com penetração	36 (50,0)	36 (50,0)	72 (25,0)	
	Interrompe e marca para outro dia	44 (67,7)	21 (32,3)	65 (22,5)	
	Interrompe e sai para comprar	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (20,7)	
	Realiza somente sexo oral	0 (0,0)	8 (0,0)	8 (2,7)	
	Outra	3 (30,0)	9 (70,0)	12 (4,1)	

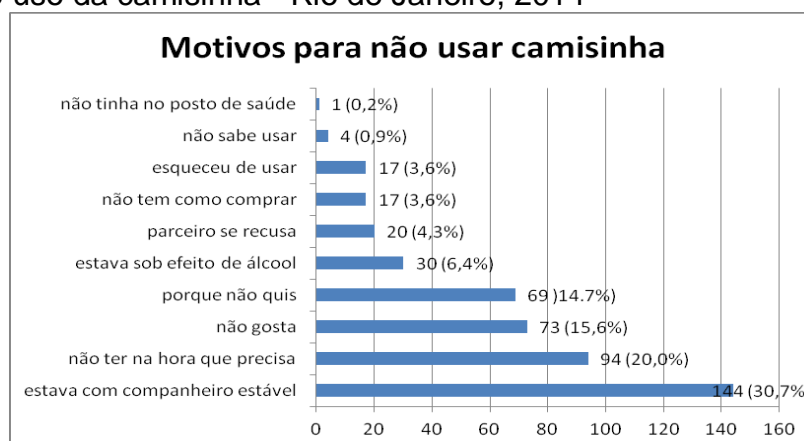
Nota: As variáveis quando envolvido emocionalmente e quando parceiro não quer usar camisinha apresentaram 51(17,7) e 50(17,4%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

Vale ressaltar que as grandes perdas ocorridas nas Tabelas 7 e 8 podem estar relacionadas a não marcação das respostas ou pelo participante não ter vida sexual ativa, apesar de já ter tido a primeira relação sexual. Dentre os participantes

que relataram não fazer uso de preservativo (19,0%), os motivos mais recorrentes foram manter relação com companheiro estável (30,7%), não possuir preservativo na hora em que precisa (20,0%) e por não gostarem (15,6%) (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Distribuição das respostas dos universitários sobre os motivos para o não uso da camisinha - Rio de Janeiro, 2014



Fonte: A autora, 2014.

Diante dos resultados obtidos sobre o uso de preservativos pela população do estudo, realizou-se o cruzamento desta informação com o estado civil para compreender se existe relação do não uso por pessoas que tenham relacionamento estável. Observou-se que os estudantes que relataram não ter companheiro fixo fazem mais uso de preservativo do que aqueles que tem parceiro fixo ($p < 0,001$), sendo a maior frequência de uso entre aqueles que não possuem companheiro (89,2%) e até para quem possui, mas não vive junto (81,1%). No entanto, entre aqueles que afirmam não usar preservativo, mesmo com baixa diferença percentual, predominam os que possuem companheiro e vivem com ele (56,4%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Uso de preservativo da amostra, segundo estado civil (N=289) - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Uso de preservativo		p-valor
		Sim N(%)	Não N(%)	
Estado civil	Não tenho companheiro	157 (89,2)	19 (10,8)	<0,001
	Tenho e não vivo com ele	60 (81,1)	14 (18,9)	
	Tenho e vivo com ele	17 (43,6%)	22 (56,4)	

Fonte: A autora, 2014.

3.5 Associação entre consumo de álcool e variáveis de identificação, conhecimentos sobre álcool e HIV e prática sexual

Considerando o padrão de consumo de bebida alcoólica, percebe-se que há diferença estatisticamente significativa na distribuição por sexo para as variáveis doses e frequência de 5 doses ou mais ($p= 0,010$ e $0,012$ respectivamente). Existe uma distribuição dos percentuais para o sexo feminino em que quanto menor a dose (25,2% para 1 a 2 doses) e a frequência (36% para nunca) maior é a prevalência, que é inversamente proporcional para o sexo masculino (22% para 7, 8 ou 9 doses e 23,9% para semanal) (Tabela 10).

Tabela 10 – Doses e frequência do consumo de álcool da amostra, segundo a variável sexo - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	SEXO		p-valor
		Feminino - N(%)	Masculino - N(%)	
Doses	1 a 2	35 (25,2)	17 (15,6)	0,010
	3 a 4	39 (28,1)	26 (23,9)	
	5 a 6	41 (29,5)	26 (23,9)	
	7, 8 ou 9	12 (8,6)	24 (22,0)	
	10 ou mais	12 (8,6)	16 (14,7)	
Frequência 5 doses ou mais	Nunca	50 (36,0)	18 (16,5)	0,012
	Menos 1 vez ao mês	35 (25,2)	36 (33,0)	
	Mensal	30 (21,6)	29 (26,6)	
	Semanal	23 (16,5)	26 (23,9)	
	Todos ou quase todos os dias	1 (0,7)	0 (0,0)	

Nota: os intervalos das variáveis apresentadas estão em acordo com o estabelecido pelo AUDIT.
Fonte: A autora, 2014.

O consumo de álcool entre os universitários entrevistados, segundo as variáveis de identificação e acadêmicas, apresenta diferença estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool para as variáveis sexo e religião ($p= 0,001$ e $p< 0,001$, respectivamente), conforme a Tabela 11. Há um predomínio do sexo feminino para o grupo que não bebe (44%) e masculino para aqueles que bebem em *binge* (54,2%); menores de 18 anos e maiores de 27 anos são mais prevalentes no grupo daqueles que não bebem e tem distribuições semelhantes entre os que não bebem e bebem em *binge* para as faixas etárias mais centrais, sendo destacados os percentuais para aqueles que bebem em *binge* em maior proporção entre 21 a 24 anos (47% e 46,3%).

Quanto à religião, a maioria dos católicos e espíritas relatou beber em *binge* (46,9% e 50%), já para os evangélicos a maioria não bebe (78,6%). Para aqueles que contribuem com a renda familiar houve prevalência do grupo que bebe em *binge* (47,2% e 41,3%) e para os que não contribuem tem uma distribuição percentual semelhante entre os que não bebem e os que bebem em *binge* (42,1% e 43,8%, respectivamente). Na distribuição por centros acadêmicos, visualiza-se uma ocorrência maior dos que bebem em *binge* para as áreas tecnológicas e educação/humanidades (47,9% e 46%), certa equivalência entre os que não bebem e os que bebem em *binge* para a área de ciências sociais (40,3% cada um) e entre aqueles que não bebem para a área da saúde (49,1%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Consumo de álcool entre estudantes, segundo as variáveis de identificação e acadêmica - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Consumo de álcool			p-valor
		Não bebe - N(%)	Bebe não <i>binge</i> - N(%)	Bebe <i>binge</i> - N(%)	
Sexo	Feminino	109 (44,0)	50 (20,2)	89 (35,9)	0,001
	Masculino	59 (35,1)	18 (10,7)	91 (54,2)	
Faixa etária	≤18 anos	20 (42,6)	10 (21,3)	17 (36,2)	0,505
	19 a 20 anos	49 (44,1)	13 (11,7)	49 (44,1)	
	21 a 22 anos	44 (38,3)	17 (14,8)	54 (47,0)	
	23 a 24 anos	20 (37,0)	9 (16,7)	25 (46,3)	
	25 a 26 anos	7 (25,0)	7 (25,0)	14 (50,0)	
	≥ 27 anos	28 (45,9)	12 (19,7)	21 (34,4)	
Religião	Católica	46 (35,4)	23 (17,7)	61 (46,9)	<0,001
	Evangélica/Protestante	77 (78,6)	11 (11,2)	10 (10,2)	
	Espírita	10 (27,8)	8 (22,2)	18 (50,0)	
	Outra	0 (0,0)	2 (16,7)	10 (83,3)	
	Não possui	35 (25,0)	24 (17,1)	81 (57,9)	
Renda familiar	Contribui totalmente	13 (36,1)	6 (16,7)	17 (47,2)	0,584
	Contribui parcialmente	53 (38,4)	28 (20,3)	57 (41,3)	
	Não contribui	102 (42,1)	34 (14,0)	106 (43,8)	
Centro setorial da graduação	Centro Biomédico	26 (49,1)	10 (18,9)	17 (32,1)	0,492
	Centro de Ciências Sociais	48 (40,3)	23 (19,3)	48 (40,3)	
	Centro de Educação e Humanidades	40 (40,0)	14 (14,0)	46 (46,0)	
	Centro de Tecnologia e Ciências	54 (37,5)	21 (14,6)	69 (47,9)	

Fonte: A autora, 2014.

Pode-se fazer, ainda, a associação do padrão de consumo com os conhecimentos sobre HIV e álcool e com a prática sexual. Para estes parâmetros,

foram usadas, principalmente, as classificações estabelecidas neste estudo para o conhecimento satisfatório ou não e para a prática de risco ou não.

Na Tabela 12, no tocante aos conhecimentos sobre álcool, observa-se diferença estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool para a variável efeito do uso frequente de álcool ($p < 0,001$). Apesar das proporções não serem estatisticamente significativas, vale ressaltar o percentual de universitários com o beber em *binge* que apresenta conhecimento totalmente satisfatório para os efeitos imediatos do uso de álcool (45,3%), não satisfatório para os de uso frequente (78,8%) e com fontes de informações não confiáveis (45,1%).

Tabela 12 – Consumo de álcool entre os universitários, de acordo com seus conhecimentos sobre álcool - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Consumo de álcool			p-valor
		Não bebe - N(%)	Bebe não <i>binge</i> - N(%)	Bebe <i>binge</i> - N(%)	
Efeitos imediatos do uso de álcool	Não satisfatório	11 (47,8)	6 (26,1)	6 (26,1)	0,179
	Parcialmente satisfatório	128 (41,7)	44 (14,3)	135 (44,0)	
	Totalmente Satisfatório	29 (33,7)	18 (20,9)	39 (45,3)	
Efeitos do uso frequente de álcool	Não satisfatório	4 (12,1)	3 (9,1)	26 (78,8)	<0,001
	Parcialmente satisfatório	141 (43,4)	51 (15,7)	133 (40,9)	
	Totalmente satisfatório	23 (39,7)	14 (24,1)	21 (36,2)	
Fontes de informação	Não satisfatório	124 (39,1)	50 (15,8)	143 (45,1)	0,733
	Parcialmente satisfatório	38 (43,7)	16 (18,4)	33 (37,9)	
	Totalmente satisfatório	6 (50,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	

Fonte: A autora, 2014.

A Tabela 13 apresenta diferença estatisticamente significativa na distribuição do conhecimento sobre álcool dos estudantes para a classificação da fonte de informação sobre álcool e informação sobre álcool obtida na graduação pelos universitários por centros acadêmicos ($p = 0,004$ e $p < 0,001$, respectivamente). Importante destacar os elevados percentuais encontrados para todos os centros sobre as fontes de informação consideradas não satisfatórias e que 46,2% daqueles pertencentes aos cursos da área da saúde obtiveram informações na graduação, diferentemente dos outros centros.

Tabela 13 – Conhecimento sobre álcool: informações obtidas pela população de estudo, segundo os centros acadêmicos - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Centros Acadêmicos				p-valor
		CBI - N(%)	CCS - N(%)	CEH - N(%)	CTC - (%)	
Fontes de Informação	Não satisfatório	31 (59,6)	90 (76,9)	72 (73,5)	122 (84,7)	0,004
	Parcialmente satisfatório	18 (34,6)	23 (19,7)	26 (26,5)	18 (12,5)	
	Totalmente Satisfatório	3 (5,8)	4 (3,4)	0 (0,0)	4 (2,8)	
Informação na graduação	Não	28 (53,8)	115 (96,6)	91 (91,0)	137 (95,1)	<0,001
	Sim	24 (46,2)	4 (3,4)	9 (9,0)	7 (4,9)	
Total		53	119	100	144	

Nota: As variáveis fontes de informação e informação na graduação apresentaram 5 (1,2%) e 1 (0,2%) de perdas respectivamente.

Fonte: A autora, 2014.

De acordo com os conhecimentos sobre HIV, identifica-se diferença estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool para a variável da definição do que é HIV ($p= 0,038$), sendo satisfatório para aqueles que não bebem (41%) e bebem em *binge* (41,8%). Apesar de não ser estatisticamente significativo para algumas variáveis, merece atenção a diferença percentual sobre o conhecimento da transmissão do HIV entre os universitários que bebem em *binge* não ser satisfatório (47,3%), a prevenção de HIV para os que não bebem não ser satisfatório (46,3%) e fonte de informação ser satisfatória para aqueles que não bebem (45,5%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Consumo de álcool entre os universitários, segundo seus conhecimentos sobre HIV - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Consumo de álcool			p-valor
		Não bebe - N(%)	Bebe não <i>binge</i> - N(%)	Bebe <i>binge</i> - N(%)	
Definição do que é HIV	Não satisfatório	9 (32,1)	1 (3,6)	18 (64,3)	0,038
	Satisfatório	159 (41,0)	67 (17,3)	162 (41,8)	
Transmissão de HIV	Não satisfatório	81 (36,8)	35 (19,5)	104 (47,3)	0,196
	Satisfatório	87 (44,4)	33 (16,8)	76 (38,8)	
Prevenção de HIV	Não satisfatório	19 (46,3)	5 (12,2)	17 (41,5)	0,633
	Satisfatório	149 (39,7)	63 (16,8)	163 (43,5)	
Fontes de informação	Não satisfatório	113 (38,3)	49 (16,6)	133 (45,1)	0,386
	Satisfatório	55 (45,5)	19 (15,7)	47 (38,8)	

Fonte: A autora, 2014.

A Tabela 15 apresenta o conhecimento sobre HIV dos universitários por centros acadêmicos com a diferença estatisticamente significativa na distribuição das variáveis fontes de informação sobre HIV e informação sobre HIV obtida na graduação ($p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente). Importante destacar os elevados percentuais encontrados para CCS, CEH e CTC com fontes não satisfatórias de informações sobre a temática (73,3%, 63,0%, 82,6%, respectivamente), enquanto para o CBI teve ocorrência 52,8% considerado satisfatório. Quanto à informação obtida durante a graduação, a distribuição se mantém, a maioria afirma não ter ouvido sobre HIV/aids no curso, com percentuais mais altos (96,6%, 95,0%, 94,4%, respectivamente) e para o CBI houve exatamente a mesma proporção que a variável fonte de informação (52,8%).

Tabela 15 – Conhecimento sobre HIV: informações obtidas pela população de estudo, segundo os centros acadêmicos - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Centros Acadêmicos				p-valor
		CBI - N(%)	CCS - N(%)	CEH - N(%)	CTC - (%)	
Fontes de Informação	Não satisfatório	25 (47,2)	87 (73,7)	63 (63,0)	119 (82,6)	<0,001
	Satisfatório	28 (52,8)	31 (26,3)	37 (37,0)	25 (17,4)	
Informação na graduação	Não	25 (47,2)	115 (96,6)	95 (95,0)	136 (94,4)	<0,001
	Sim	28 (52,8)	4 (3,4)	5 (5,0)	8 (5,6)	
Total		53	119	100	144	

Nota: A variável fonte de informação apresentou 1 (0,2%) de perda.

Fonte: A autora, 2014.

Na Tabela 16, identificou-se a prática sexual dos universitários, apresentando uma diferença estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool para as variáveis idade da primeira relação sexual e número de parceiros ao ano ($p < 0,001$ para cada uma). Apesar das diferenças proporcionais não serem estatisticamente significativas para a frequência do uso de preservativo, aponta-se que o grupo que bebe em *binge* afirma seu uso em todas as relações sexuais (57,3%).

Tabela 16 – Consumo de álcool entre os universitários, segundo a prática sexual - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Consumo de álcool			p-valor
		Não bebe - N(%)	Bebe não <i>binge</i> -N(%)	Bebe <i>binge</i> - N(%)	
Idade primeira relação sexual	Não risco	72 (32,3)	45 (20,2)	106 (47,5)	<0,001
	Risco	9 (13,6)	7 (10,6)	50 (75,8)	
Nº de parceiros ano	Não risco	73 (31,7)	48 (20,9)	109 (47,4)	<0,001
	Risco	6 (10,5)	4 (7,0)	47 (82,5)	
Relação após uso de álcool	Não risco	70 (56,0)	23 (18,4)	32 (25,6)	0,652
	Risco	11 (6,7)	29 (17,7)	124 (75,6)	
Uso de preservativo	Não risco	60 (25,6)	40 (17,1)	134 (57,3)	0,064
	Risco	21 (38,2)	12 (21,8)	22 (40,0)	

Fonte: A autora, 2014.

3.6 Associação das classificações do uso de álcool relacionado aos conhecimentos e prática sexual

De acordo com as classificações feitas a partir das respostas relativas aos conhecimentos sobre álcool e HIV e a prática sexual dos universitários, as associações com o consumo de álcool permite compreender os possíveis aspectos de exposição ao HIV para estes acadêmicos.

A Tabela 17 nos mostra que o grupo de universitários que não consomem álcool e aqueles que consomem em *binge* apresentam conhecimento sobre álcool e HIV satisfatório, com prática sexual de risco. Apenas para a variável prática sexual houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos grupos ($p < 0,001$). Apesar dessa relevância estatística, identifica-se que os parâmetros para conhecimentos se equivalem nos grupos que não bebem e bebem em *binge*, o que se diferencia na prática sexual que para aqueles que bebem em *binge* tem maior percentual para não risco (80%).

Tabela 17 – Consumo de álcool entre os universitários, segundo as classificações de conhecimentos e prática sexual - Rio de Janeiro, 2014

Variável	Categorias	Consumo de álcool			p-valor
		Não bebe - N(%)	Bebe não <i>binge</i> - N(%)	Bebe <i>binge</i> - N(%)	
Conhecimento sobre álcool	Não satisfatório	18 (40,0)	7 (15,6)	20 (44,4)	0,911
	Parcialmente satisfatório	138 (40,6)	54 (15,9)	148 (43,5)	
	Totalmente satisfatório	12 (38,7)	7 (22,6)	12 (38,7)	
Conhecimento sobre HIV	Não satisfatório	75 (37,1)	30 (14,9)	97 (48,0)	0,164
	Satisfatório	93 (43,5)	38 (17,8)	83 (38,8)	
Prática Sexual de risco	Não risco	11 (12,9)	6 (7,1)	68 (80,0)	<0,001
	Risco	70 (34,3)	46 (22,5)	88 (43,1)	

Fonte: A autora, 2014.

Quanto à prática sexual dos universitários, percebe-se que não há diferenças estatisticamente significativas para as variáveis conhecimento sobre álcool e HIV na distribuição de consumo de álcool, tanto para aqueles que mantêm práticas de risco como aqueles sem risco. No entanto, é importante salientar a distribuição percentual do conhecimento sobre HIV não satisfatório em maior prevalência para aqueles que bebem em *binge* e mantêm prática sexual de risco (49%), do conhecimento de álcool parcialmente satisfatório também para o grupo que bebe em *binge* (80%) para aqueles com prática sexual sem risco (Tabela 18).

Tabela 18 – Prática sexual: conhecimentos sobre álcool e HIV dos participantes, segundo o consumo de álcool - Rio de Janeiro, 2014

	CONSUMO DE ÁLCOOL			p-valor
	Não bebe N (%)	Bebe não <i>Binge</i> N(%)	Bebe <i>Binge</i> N (%)	
PRÁTICA SEXUAL DE RISCO (N= 204)				
Conhecimento sobre álcool				
Não satisfatório	9 (39,1)	5 (21,7)	9 (39,1)	0,981
Parcialmente satisfatório	57 (33,5)	39 (22,9)	74 (43,5)	
Totalmente satisfatório	4 (36,4)	2 (18,2)	5 (45,5)	
Conhecimento sobre HIV				
Não satisfatório	32 (31,4)	20 (19,6)	50 (49,0)	0,231
Satisfatório	38 (37,3)	26 (25,5)	38 (37,3)	
Total	70 (100,0)	46 (100,0)	88 (100,0)	
PRÁTICA SEXUAL SEM RISCO (N=85)				
Conhecimento sobre álcool				
Não satisfatório	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (85,7)	0,876
Parcialmente satisfatório	9 (12,9)	5 (7,1)	56 (80,0)	
Totalmente satisfatório	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	
Conhecimento sobre HIV				
Não satisfatório	3 (7,0)	5 (11,6)	35 (81,4)	0,083
Satisfatório	8 (19,0)	1 (2,4)	33 (78,6)	
Total	11 (100,0)	6 (100,0)	68 (100,0)	

Fonte: A autora, 2014.

Para fazer associação das variáveis de identificação segundo o consumo de álcool referido dentro de sua classificação de prática sexual (Tabela 19), apresentam-se, para o grupo que mantém prática sexual de risco, diferença estatisticamente significativa na distribuição das variáveis sexo e religião ($p= 0,002$ e $p< 0,001$, respectivamente) e, para aqueles com prática sexual sem risco, apresenta diferença estatística significativa na distribuição das variáveis faixa etária e período acadêmico ($p= 0,046$ e $p= 0,037$, respectivamente). Percebem-se diferenças na distribuição que merecem destaque os percentuais de sexo para os grupos que bebem em *binge* e tem práticas sexuais sem risco (76,9% feminino e 81,4% masculino), e aqueles que se encontram na primeira metade do curso acadêmico que bebem em *binge*, mas tem prática sexual sem risco (80,6%). Todas as faixas etárias e períodos acadêmicos tiveram maior distribuição dentro do grupo que bebe em *binge* e possui prática sexual de risco (Tabela 19).

Tabela 19 – Prática sexual: sexo, faixa etária, período acadêmico e religião da amostra, segundo o consumo de álcool - Rio de Janeiro, 2014

	CONSUMO DE ALCÓOL			p-valor
	Não bebe N (%)	Bebe não Binge N(%)	Bebe Binge N (%)	
PRÁTICA SEXUAL DE RISCO (N=204)				
Sexo				
Feminino	40 (31,5)	39 (30,7)	48 (37,8)	0,002
Masculino	30 (39,0)	7 (9,1)	40 (51,9)	
Faixa Etária				
≤18 anos	3 (16,7)	7 (38,9)	8 (44,4)	0,312
19 a 20 anos	13 (32,5)	8 (20,0)	19 (47,5)	
21 a 22 anos	20 (35,1)	9 (15,8)	28 (49,1)	
23 a 24 anos	8 (27,6)	9 (31,0)	12 (41,4)	
25 a 26 anos	5 (29,4)	5 (29,4)	7 (41,2)	
≥ 27 anos	21 (48,8)	8 (18,6)	14 (32,6)	
Período acadêmico				
Primeira metade	47 (34,8)	32 (23,7)	56 (41,5)	0,771
Segunda metade	23 (33,3)	14 (20,3)	32 (46,4)	
Religião				
Católica	20 (28,6)	19 (27,1)	31 (44,6)	<0,001
Evangélica/Protestante	28 (75,7)	4 (10,8)	5 (13,5)	
Espírita	6 (35,3)	5 (29,4)	6 (35,3)	
Outra	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	
Não possui	16 (21,6)	16 (21,6)	42 (56,8)	
Total	70 (100,0)	46 (100,0)	88 (100,0)	
PRÁTICA SEXUAL SEM RISCO (N=85)				
Sexo				
Feminino	5 (19,2)	1 (3,8)	20 (76,9)	0,420
Masculino	6 (10,2)	5 (8,5)	48 (81,4)	
Faixa Etária				
≤18 anos	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (71,4)	0,046
19 a 20 anos	3 (16,7)	0 (0,0)	15 (83,3)	
21 a 22 anos	2 (8,3)	0 (0,0)	22 (91,7)	
23 a 24 anos	2 (14,3)	0 (0,0)	12 (85,7)	
25 a 26 anos	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	
≥ 27 anos	3 (21,4)	4 (28,6)	7 (50,0)	
Período acadêmico				
Primeira metade	10 (16,1)	2 (3,2)	50 (80,6)	0,037
Segunda metade	1 (4,3)	4 (17,4)	18 (78,3)	
Religião				
Católica	4 (17,4)	0 (0,0)	19 (82,6)	0,778
Evangélica/Protestante	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	
Espírita	1 (8,3)	2 (16,7)	9 (75,0)	
Outra	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	
Não possui	5 (12,5)	3 (7,5)	32 (80,0)	
Total	11 (100,0)	6 (100,0)	68 (100,0)	

Fonte: A autora, 2014.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Para alcançar os objetivos propostos, os dados apresentados serão divididos em subtópicos conforme os resultados foram apresentados e discutidos com base nas literaturas referentes às temáticas, utilizando parâmetros de outros estudos para melhor compreensão dos achados.

4.1 As características acadêmicas e de identificação dos participantes

Os dados nos mostram que a população de estudo é predominantemente do sexo masculino, com faixa etária entre 19 a 22 anos, de cor branca, sem companheiros ou filhos, sem remuneração e, portanto, sem contribuição com a renda familiar. Há um maior percentual daqueles que afirmam não possuir religião ou ser católico e são possuidores de computador ou eletrônicos portáteis com fácil acesso à internet (Tabela 2). Quanto aos dados acadêmicos, a maioria dos participantes é do Centro de Tecnologia e Ciências, dos períodos iniciais dos cursos e do turno da manhã (Tabela 3).

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, a faixa etária em que se encontram esses acadêmicos está entre 18 e 24 anos (58%), sendo pertencentes ao grupo étnico branco (61,6%), o que corresponde aos achados expostos anteriormente (BRASIL, 2010a). Este estudo (BRASIL, 2010a) ainda apresenta maior percentual do sexo feminino (56,8%), ao mesmo tempo em que o Censo da educação superior que também aponta para o predomínio do grupo feminino (56,9%) em detrimento do masculino (43,1%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013), sendo diferente da amostra estudada para esta variável, uma vez que apresenta maior percentual no grupo masculino.

Os dados estatísticos divulgados pelo censo do vestibular estadual de 2010 da UERJ, do total de matriculados, 55,9% eram do sexo feminino e 44,1%, masculino e a faixa etária que apresentou maior frequência foi a de menores de 21

anos (83,2%), sendo a média de idade de 20 anos, idade mínima 15 e a máxima, 75 (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010). O censo da educação superior ainda indica que a média de idade dos universitários em 2011 foi de 25 anos e a mediana 22 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013), o que está em acordo com os achados da pesquisa. Ainda segundo o referido Censo, a faixa etária esperada para cursar a graduação é entre 18 e 24 anos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013).

Houve crescimento da participação das mulheres na educação superior, mais do que os homens, que mantêm taxas em torno de 58 a 62%. No entanto, em relação ao impacto da educação nos níveis de renda, essa diferença se inverte, onde se observa um aumento da renda de 175% para os homens e 158% para as mulheres do nível médio para o superior (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013). Já sobre o vínculo de trabalho, o censo sociocultural do vestibular da UERJ em 2013, apresenta que os inscritos afirmam nunca terem trabalhado (70,6%) e não possuir renda (60,4%), a cor branca foi mencionada por 56,3% dos respondentes, seguidos por negros/pardos com 39,8%. Sobre a fonte de renda, 60,4% afirmaram não possuir renda, 16,9% ganha mesada e 23,5% possui renda formal. Ainda 94% afirmam que possuem computadores (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2013), o que também está em acordo com os percentuais encontrados na presente pesquisa.

Quanto ao acesso da população negra ao ensino superior, dados estatísticos mostram que, apesar das políticas e programas que visam superar os desafios históricos dos negros entrarem nas universidades, este percentual é a metade do verificado para os brancos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013; PORTAL BRASIL, 2011). Embora existam políticas atualmente que facilitam a entrada de jovens negros, índios e pardos nas universidades, essa realidade ainda permanece com desigualdades de acesso.

Uma análise publicada sobre os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, aponta para uma diferença significativa do acesso e da conclusão do ensino básico, médio e superior. Os níveis de escolaridade para a população autodeclarada não branca são inferiores à autodeclarada branca e ainda demonstra

que essa diferença de acesso tem efeitos mais fortes da renda do que da cor da pele. Essa relação é verificada entre renda (rico e pobre) e cor da pele (branco e não branco) com o acesso ao ensino superior, concluindo que “as diferenças existentes entre os mais ricos e os mais pobres no acesso ao ensino superior são bem mais acentuadas do que aquelas observadas entre brancos e não brancos”, independente de pertencerem ao grupo mais rico ou mais pobre da população (ANDRADE, 2012).

Quanto ao turno de graduação, o último Censo da educação superior, aponta que, na esfera estadual, existe um predomínio do período noturno (43,8%), seguido do matutino (24,9%), integral (24%) e vespertino (7,3%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013), o que não se equipara com a amostra investigada que apresenta um predomínio do turno matutino (46,6%), seguido do integral (25,7%) e do noturno (18,9%). Entretanto, houve predomínio, no levantamento nacional entre os universitários, com a maior frequência de respondentes cursando do 1 ao 4 períodos (55,1%) (BRASIL, 2010a), correspondendo aos achados.

Percebe-se a diferenciação de alguns dados obtidos no estudo em tela com os achados apresentados nas literaturas específicas de universitários, o que pode ser explicado pelas escolhas dos cursos e período de coleta dos dados. Alguns dos cursos sorteados e selecionados para comporem a amostra são, historicamente, frequentados por mulheres e podem ter influenciado na caracterização por sexo, bem como a entrada de um maior quantitativo de pessoas do sexo feminino na universidade e sua permanência até o final da graduação. De acordo com o último Censo da Educação Superior, a maior representatividade do sexo feminino está nas seguintes áreas de conhecimento: serviços de beleza, ciências da educação, secretariado, serviço social, terapia e reabilitação, enfermagem, psicologia, biologia e farmácia (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013).

No entanto, no que tange à predominância do sexo masculino, identificam-se as áreas de engenharia (mecânica e metalúrgica), proteção de pessoas e propriedades, setor militar e de defesa, eletrônica e automação, eletricidade, ciência da computação, automobilística/naval/aeronáutica e processamento da informação (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013), caracterizando a diferenciação quanto ao sexo presente nos cursos de graduação.

4.2 Consumo de álcool entre os universitários

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas, a pesquisa nacional com universitários identifica que 86,2% da amostra de estudo afirmaram terem feito uso de álcool alguma vez na vida, sendo 90,3% dos homens e 83,1% das mulheres. Entretanto, o consumo nos últimos 30 dias foi relatado por 66,6% dos homens e 55,8% das mulheres (BRASIL, 2010a), corroborando o dado encontrado, que identificou que 60% de estudantes consomem bebidas alcoólicas, com predomínio do sexo masculino (Gráfico 1).

Comparando este dado encontrado no trabalho supracitado ao da população em geral, descritos no I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira em 2007, tem-se que 52% das pessoas maiores de 18 anos beberam pelo menos uma vez por mês nos últimos 12 meses, sendo, destes, 65% homens e 41% mulheres, enquanto 48% eram abstinentes (BRASIL, 2007c).

Percebe-se uma equivalência entre os dados da presente investigação com outros dados publicados, uma vez que 40% das pessoas entrevistadas não bebem (Gráfico 1). Fazendo o levantamento por sexo, também encontramos maiores percentuais daqueles que fazem uso em detrimento daqueles que afirmam não consumir álcool. Existe, portanto, uma convergência de dados que se equiparam ao longo dos levantamentos realizados em diversos anos consecutivos. Importante ressaltar que os levantamentos estatísticos devem servir de base para a criação e implementação de políticas efetivas e ações eficazes com o intuito de prevenir o abuso de álcool e sua dependência, promovendo maior controle dos prejuízos causados ao indivíduo e à sociedade.

O padrão estabelecido pelo AUDIT, neste estudo, obteve a maior prevalência de universitários ingerindo álcool com baixo risco ou risco moderado e apenas 5% da amostra apresentou uso de alto risco ou provável dependência (Gráfico 2), corroborando os dados da pesquisa nacional com universitários de 2010 em que 77% apresentaram uso de baixo risco, 20% uso moderado e quase 4% com alto risco (BRASIL, 2010a). Dois outros estudos com acadêmicos do curso de graduação em nutrição, um em Ouro Preto (MG) e outro em João Pessoa (PB), identificaram percentuais elevados de consumo de baixo risco (40,2% e 47,3%, respectivamente), revelando um dado parecido ao do presente estudo. No entanto, apresentam ainda

percentuais significativos e também elevados de universitários que se encontravam na zona de alto risco ou provável dependência (39,3% em MG e 52,7% na PB), o que demonstra um dado preocupante para esta população, que necessita de orientações e intervenções específicas para minimizar os prejuízos iminentes deste consumo (FORMIGA et al., 2013; SILVA et al., 2011).

Resultados parecidos com os apresentados nesta tese foram identificados por estudo com estudantes de medicina de Belo Horizonte (MG), onde 60,4% encontravam-se na zona I; 31,2% na zona II e 8,4% nas zonas III e IV e ainda apontam que os percentuais encontrados de provável dependência representam apenas o sexo masculino (AMORIM et al., 2008). Já para acadêmicos de enfermagem de Marília (SP), um estudo apontou que 79,5% eram abstêmios ou usuários de baixo risco e 20,5% apresentavam consumo problemático de álcool (FUNAI; PILLON, 2011).

Em comparação, para estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas de Cascavel (PR), esse consumo apresenta pequena diferença na distribuição percentual entre homens e mulheres para o consumo de álcool em alto risco (37,3% e 31,8%, respectivamente), e ainda 65,4% do total encontram-se com consumo nas zonas I e II, ou seja, abstêmios ou baixo risco, e 34,6% nas zonas III e IV, com alto risco ou provável dependência (DALLO; MARTINS, 2011). Assim, em pacientes atendidos em um pronto socorro de Uberlândia (MG), foi identificado que 63,8% apresentam consumo sem risco (AUDIT < 7 pontos) e 36,2% para aqueles que fazem uso de risco, nocivo ou dependente de álcool. Este dado revela uma aproximação daqueles pacientes atendidos à população jovem que se envolvem em alguns acidentes, como atropelamentos por exemplo (SEGATTO et al., 2008).

No que tange ao padrão de consumo de acordo com o AUDIT, é possível compreender que o não consumo ou consumo de baixo risco predominam em todas as amostras investigadas, inclusive no estudo em tela. Porém, é necessário direcionar o olhar também para aqueles que fazem uso de alto risco e se encontram em provável dependência para que as ações possam ter algum efeito no futuro e minimizar os prejuízos decorrentes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, principalmente aos que se referem à violência e aos acidentes.

A média de idade do primeiro uso de álcool foi de 15 anos no estudo em tela (Tabela 4), o que coincide com a apontada entre os universitários em nível nacional, que foi de 15,3 anos (BRASIL, 2010a). No primeiro levantamento nacional feito com

estudantes do ensino médio e fundamental, o álcool apresenta a menor média de idade para o primeiro uso, sendo constatado aos 12 anos (GALDURÓZ et al., 2004), e na sexta edição deste mesmo levantamento, este dado foi constatado com início aos 13 anos (BRASIL, 2010b).

Percebe-se, então, que o uso de álcool tem início ainda na adolescência, de forma precoce, podendo provocar ou antecipar prejuízos no crescimento e desenvolvimento desses indivíduos, bem como na sua formação e atitudes futuras. O levantamento sobre os padrões de consumo de álcool investigou o beber em adolescência e aponta que a idade precoce para o início do uso influencia nos danos futuros com o álcool, podendo ter consequências como problemas sociais e no estudo, prática de sexo sem camisinha ou sem consentimento, maior risco de suicídio ou homicídio e acidentes (BRASIL, 2007c).

No que tange ao consumo de álcool, existe uma relação de que quanto maior a quantidade de doses consumidas e maior a frequência deste consumo ocorre predominância do sexo masculino em detrimento do feminino, que apresenta uma distribuição inversamente proporcional. E ainda identificam-se, nos dados analisados, uma tendência de maioridade para o primeiro consumo de mulheres e entre mais jovens para os homens (Tabela 4).

Wolle et al. (2011) apresentou esta diferença de consumo de álcool entre homens e mulheres, onde o sexo e a idade tiveram efeitos significativos no padrão de uso. Houve convergência dos dados comparando homens e mulheres nos grupos etários mais jovens, isto é, as diferenças de gênero tendem a diminuir entre os mais jovens. E quanto ao sexo, justifica-se o incremento do consumo feminino pela participação em atos sociais de consumo em bares e também em comportamentos considerados exclusivos aos homens, no passado, bem como a entrada expressiva das mulheres no mercado de trabalho, aumentando as oportunidades de consumo e a igualdade de papel entre os gêneros (WOLLE et al., 2011). Concluem ainda que a “convergência entre os gêneros no que se refere ao uso de álcool é uma tendência que pode ser influenciada por fatores ambientais e deveria ser focada nos programas de prevenção e tratamento assim como nas políticas públicas.” (WOLLE et al., 2011, p.368).

De acordo com Ávila e González (2007), o consumo de álcool por mulheres inicia-se significativamente mais tarde do que os homens, o tempo e quantidade de consumo também são menores para elas. Complementam a informação indicando

que o sexo feminino apresenta mais transtornos psiquiátricos em decorrência dos efeitos do álcool, enquanto o masculino tende a apresentar mais problemas legais. Portanto, “o álcool parece afetar mulheres diferentemente do que os homens, sendo essas intoxicadas após consumir quantidades menores de álcool.” (SCHEFFER; ALMEIDA, 2010, p.5).

Os principais motivos para uso de álcool mencionados pelos universitários foram divertimento com os amigos, celebrações e o desejo próprio. A companhia para beber mais sinalizada foram os amigos (Tabela 4 e Gráfico 3). Estes achados são equiparados ao estudo realizado por Chiapetti e Serbena (2007), com discentes da área da saúde de Curitiba (PR), onde a motivação que leva os jovens a consumir o álcool na primeira vez foi a obtenção de prazer ou diversão, melhor desempenho acadêmico, social ou sexual, por curiosidade ou por influência de amigos(as) e namorados(as). Já para o uso frequente de álcool, os motivos apresentados foram a quebra de rotina, a curtição dos efeitos das substâncias e a diminuição da ansiedade ou do estresse. Sobre a companhia para beber, foram mais citados os amigos/colegas ou sozinhos (CHIAPETTI; SERBENA, 2007).

Pode-se compreender a relação existente entre a idade, motivos do primeiro consumo de álcool e as doses consumidas pela variável sexo, uma vez que, para os homens, a distribuição tem prevalência para a menor idade com a ação realizada dentro de grupos e em doses mais elevadas, com um significado de pertença do grupo ao qual estão inseridos. Já para as mulheres, ocorre o consumo mais responsável, em idades mais elevadas, menores doses e maior poder de decisão, mostrando certa maturidade na escolha, além da possibilidade de participar dos grupos sociais e ter maior responsabilidade na opção pelo consumo de bebidas alcoólicas. Isto é, trata-se de motivação pessoal ou comemorações para as mulheres, já para os homens, a motivação está mais ligada à questão de pertença a determinado grupo social ou com o objetivo de melhorar a interação social e sexual.

Enquanto neste trabalho a bebida mais frequentemente consumida é a cerveja, seguida da vodka e do vinho, na pesquisa desenvolvida com acadêmicos da área da saúde em Minas Gerais sobre o consumo de álcool e a prática *binge*, identificou-se que a bebida mais utilizada foi o vinho, porém, entre aqueles que fazem uso com maior frequência, foi a cerveja (NUNES et al., 2012).

Após a análise dos dados, apresenta-se uma associação entre a quantidade de doses e tipo de bebida mais consumida de acordo com o sexo dos universitários

(Tabela 4). Sendo assim, para o sexo feminino, tem-se a distribuição em menores proporções, na medida em que aumentam as doses e com prevalência de bebidas como vodka, vinho/espumante e “ices”, o que ocorre diferente para o sexo masculino, que identifica maiores percentuais nas doses centrais e o predomínio de cachaça, uísque e vodka. A cerveja é a bebida de maior consumo pelos dois grupos, não apresentando diferença entre os sexos para o atual estudo. Já a companhia para beber prevalece a presença da família e do (a) companheiro (a) para as mulheres e de colegas de trabalho para os homens, apesar dos amigos terem maior prevalência nos dois grupos.

Considerando o padrão de consumo em *binge*, esta tese identificou um percentual significativo para a população de estudo (27%) (Gráfico 4). Já no estudo com universitários de Minas Gerais, a prevalência da prática *binge* foi de 15,6% (NUNES et al., 2012) e no levantamento nacional com universitários, 36% beberam em *binge* no último ano e 25% no último mês (BRASIL, 2010a). Considera-se o padrão de consumo de álcool específico para adolescentes e jovens universitários como o beber em *binge* e, para este estudo, a amostra foi dividida entre os padrões não bebe (41%), bebe não *binge* (16%) e bebe *binge* (43%) (Gráfico 5). No levantamento nacional sobre consumo de álcool na população brasileira, os dados sinalizam que a amostra total de adolescente que bebeu em *binge* no último ano representa 16%, bebeu não *binge* 17% e não bebeu 66% (BRASIL, 2007c).

Na população adulta brasileira, 28% já bebeu *binge* pelo menos uma vez no ano, 24% bebeu não *binge* e 48% não bebeu. Já entre os jovens entre 18 a 24 anos, os dados da pesquisa mostram que 40% bebeu *binge*, 23% bebeu não *binge* e 38% não bebeu (BRASIL, 2007c) se aproximando aos dados encontrados para a população de estudo desta tese.

4.3 O conhecimento sobre álcool e HIV dos universitários

Para compreensão destes achados com outras variáveis investigadas, foi realizada a sua associação a fim de obter melhor compreensão da relação dos dados de caracterização da amostra estudada com seus conhecimentos sobre álcool e HIV. A identificação de fatores de risco, em suas concepções objetivas e

mensuráveis, fundamentou a aplicabilidade da prática do conceito de risco, com foco em diversas variáveis no início da epidemia do HIV/aids, tais como o sexo, a faixa etária, a profissão, as práticas sexuais e o uso de drogas. E ainda, “não somente essas variáveis mais gerais, mas as suas subclassificações como a modalidade de exercício sexual adotado e o tipo de drogas consumidas.” (GOMES, 2011, p. 53).

Sobre os conhecimentos acerca dos efeitos do álcool nas pessoas, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) sinaliza que o consumo de álcool pode provocar desordens como efeitos estimulantes e depressores do Sistema Nervoso Central. De forma imediata, sua ingestão causa euforia, desinibição e loquacidade, além de falta de coordenação motora, descontrole, sono, mal-estar e dor de cabeça. O uso contínuo pode provocar diversas patologias no indivíduo, principalmente relacionadas ao fígado, ao aparelho digestivo e ao sistema cardiovascular (BRASIL, 2007d).

De acordo com os resultados, os universitários apontam para os efeitos imediatos, em maior frequência, desinibição, euforia, déficit de atenção, embriaguez, falta de coordenação motora e melhor interação com os amigos (Gráfico 6). Já os de uso contínuo, as alterações hepáticas ou gástricas, relações sexuais desprotegidas, acidentes de trânsito e dependência (Gráfico 7). Estudo realizado com jovens universitários em Rio Claro (SP) identificou os efeitos do uso de álcool associado como causador de doenças no fígado e no coração, provocando reações motoras ou de raciocínio e alterações de comportamento (BRESIGHELLO, 2005). De forma geral, as informações são similares ou se complementam nos estudos acima apresentados.

Os universitários consideram seu conhecimento sobre álcool como bom ou muito bom, revelando certo domínio frente aos assuntos ligados ao tema (Tabela 5). Isso caracteriza determinado grau de proteção ao uso abusivo, uma vez que conhecendo seus limites de uso e as consequências do consumo de bebidas alcoólicas possam prevenir danos futuros. Moreira e Silveira (2009) afirmam que a conscientização dos reais danos físicos, sociais e psicológicos adquiridos pelo uso de álcool e outras drogas é imprescindível, uma vez que o conhecimento não é o único agente de mudanças e comportamentos. Paradoxalmente, conhecer não faz, necessariamente, o jovem se afastar do consumo de drogas, já que os motivos que os levam a experimentar o diferente ultrapassam o saber e até a consciência, mas testam seus limites em sociedade (MOREIRA; SILVEIRA, 2009).

Os resultados demonstram que a maioria dos universitários relata que as informações sobre álcool não foram repassadas durante a graduação, indicando grande lacuna na abordagem desta temática nos diversos cursos de graduação investigados. Essas informações vinculadas ao ensino de graduação são ratificadas por um estudo acerca do ensino sobre drogas na Graduação em Enfermagem, indicando a relevância da abordagem dos conteúdos relativos ao consumo de álcool, com suporte das metodologias participativas, propiciando a discussão interativa de aspectos psíquicos e sociais envolvidos (OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007).

Na busca de informações sobre álcool, os universitários investigados informaram que utilizam como fontes os sites na internet e o diálogo com familiares ou com amigos (Gráfico 8). Entretanto, o levantamento nacional entre universitários de 2010 aponta como principais estratégias para campanhas educativas mais eficazes sobre o tema, a veiculação das informações na televisão, internet e por meio de grupos de discussão e, como menos eficazes, em cursos, cartilhas educativas e jornais (BRASIL, 2010a).

Em estudo desenvolvido com alunos de graduação do Paraná acerca dos conhecimentos sobre álcool e drogas, foi identificado que os discentes respondem às questões de drogas com os conhecimentos oriundos de outras fontes de informação, que não os conteúdos curriculares. Assim, correlacionam-se os achados com os meios de informação utilizados pelos alunos da pesquisa que mais citaram a televisão e internet em detrimento do jornal e do livro (SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Em análise dessas variáveis, identifica-se a existência de uma tríade da possível exposição aos diversos riscos para estes jovens, a saber: conhecimentos de fontes não confiáveis, não adquiridos através dos cursos de graduação, mas consideram o próprio conhecimento como bom, isto é, os conhecimentos adquiridos não advêm de um ensino formal e nem de fontes confiáveis, ao mesmo tempo em que os universitários classificam seu próprio conhecimento como bom ou muito bom (Tabela 5 e Gráfico 8). Esta constatação pode significar autoconfiança destes acadêmicos ao se posicionarem como conhecedores sobre a temática, acreditando que têm domínio sobre o seu consumo e as possíveis consequências. No entanto, além de seus conhecimentos não serem de fontes científicas, também mostram não ter acesso às informação que podem se constituir em fator protetor para o consumo de alto risco. Sendo assim, vale ressaltar que o ensino na graduação deve incorporar a temática em seu currículo para subsidiar a compreensão dos

acadêmicos sobre o uso e seus efeitos nocivos, bem como da provável dependência.

O ensino sobre álcool e drogas na graduação, principalmente na área da saúde, é questionável, uma vez que não existem, na grade curricular formal, disciplinas para abordagem da questão junto aos acadêmicos e esta aproximação termina por acontecer através das experiências pessoais ou proximidade da assistência prestada durante os estágios, o que dificulta a associação entre a teoria e a prática, minimiza a magnitude dos danos causados pelo consumo problemático de bebidas alcoólicas e ainda não previne comportamentos de risco no futuro. A importância deste conteúdo durante o aprendizado na academia se dá, primordialmente, através de situações problematizadoras, com discussões que possam trazer a realidade e experiências vivenciadas pelos discentes a fim de capacitá-los com informações mais precisas e prepará-los para a prática profissional (AMORIM et al., 2008; SANTOS, 2010; SILVA et al., 2011).

É imprescindível que os profissionais, principalmente da área da saúde, adquiram conhecimentos específicos sobre os problemas físicos, psicológicos, sociais e legais do consumo de álcool, a fim de que oportunizem seus clientes receberem orientações, intervenções e encaminhamentos adequados às consequências do uso. Uma pesquisa identificou que os profissionais de enfermagem apresentam desinteresse e desinformação dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e escassez de capacitação profissional, prejudicando efetivamente as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008). Este dado extrapola os limites da área da saúde, diversos enfoques são necessários para dar conta de temáticas multifacetadas como o uso/abuso de álcool, indicando que todos os acadêmicos dos cursos investigados necessitam de algum tipo de abordagem sobre álcool, dentro de sua área de conhecimento e atuação, considerando as experiências vivenciadas durante o curso ou, mesmo, por seus professores.

O local de acesso mais facilitado ao álcool foi na universidade ou em locais públicos (Tabela 5), da mesma forma em outro estudo (FERREIRA et al., 2008) que verificou forte correlação entre festas acadêmicas e uso de álcool, sendo um importante foco de prevenção dos riscos pelo abuso dessa substância. O estudo anteriormente citado e realizado com alunos de graduação em Rio Claro (SP) apontou as festas universitárias como local propício para o uso de bebidas

alcoólicas e indica que os eventos e as comemorações são meios facilitadores para o início do uso da ingestão de álcool (BRESIGHELLO, 2005). Os universitários investigados indicam os locais de maior consumo de álcool, como festas acadêmicas, bares e restaurantes ou em comemorações com os amigos (Tabela 5), ratificando as informações científicas divulgadas.

Os universitários consideraram como bebidas com maior teor alcoólico, em ordem decrescente, cachaça, vodka, tequila e uísque (Gráfico 9). A literatura classifica as bebidas com o seguinte teor alcoólico aproximado: destilados (cachaça, vodka, conhaque, uísque) com 45% a 50%; licores de 15% a 30%; vinho com 12% e cerveja ou chope de 4% a 6% (BRASIL, 2011b), o que mostra que os acadêmicos têm informações corretas sobre a dosagem alcoólica a que se submetem ao consumirem estes tipos de bebidas.

É relevante ter conhecimento do teor alcoólico das bebidas, uma vez que os estudantes podem fazer seu consumo com maior controle dos efeitos e com mais responsabilidade, ou seja, é possível beber mais doses de cerveja em uma ocasião do que de uísque, por exemplo, para que seus efeitos sejam manifestados mais lentamente. A decisão do tipo e das doses da bebida pode favorecer o controle dos efeitos agudos do consumo de álcool pelos jovens.

A caracterização do HIV/aids, há algumas décadas, vem sofrendo mudanças em sua contextualização, principalmente após a terapia antirretroviral que promoveu nos pacientes e na própria sociedade uma sensação de prolongamento da vida e fez com que a doença tivesse uma nova perspectiva de doença crônica. Neste estudo, a maioria dos investigados considera o HIV/aids como uma condição de vida com tratamento (Tabela 6), o que remete a uma significação mais positiva e atual.

Lentamente, a aids passa a adquirir características de doença crônica e alguns “mitos” vão sendo diluídos e transformados, o que sinaliza que a experiência de conviver como HIV vem mudando progressivamente, desde o início da epidemia (MALISKA et al., 2009, p.90).

A aids tem sido considerada como uma doença crônica, equiparada à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, auxiliando na aceitação da doença e aumentando a perspectiva de vida para as pessoas que vivem com a síndrome, se afastando do caráter mais letal que possuía (GOMES et al., 2012). Castanha et al. (2006, p. 55) afirmam que “a aids foi ancorada nas doenças crônicas tais como diabetes e doenças coronarianas, onde esse fenômeno é proveniente do avanço da terapêutica antirretroviral.” A desconstrução da imagem associada à aids do início da

epidemia na sociedade é observada nos pacientes que fazem uso da terapia antirretroviral (MALISKA et al., 2009).

A manutenção da forma física, a nosso ver, explicita não apenas o efeito das conquistas tecnológicas relacionadas com a assistência à doença, mas simboliza também a mudança de perspectivas que vivemos paulatinamente em relação à aids, como o estabelecimento do caráter crônico da doença e a possibilidade de se traçarem planos e realizar projetos de vida, sinalizando a desconstrução de estigmas que foram estabelecidos ao longo de todos estes anos de epidemia (MALISKA et al., 2009, p.90).

Assim, a naturalização da aids configura-se como um processo complexo, em que a diminuição da mortalidade, o prolongamento de uma condição de vida saudável, a manutenção da infecção de forma latente, e a não visualização dos efeitos somáticos da síndrome conformam uma dinâmica que insere a aids em um quadro de maior aceitação, na esteira de outras doenças que já possuem este perfil.

No entanto, Cano et al. (2007), identificou que 57% dos jovens universitários de São Paulo entrevistados relacionavam a aids como morte, doença incurável, sofrimento e dor. E, apesar do tratamento ter aumentado a sobrevivência desses pacientes, a morte, debilidade física, medo e exclusão ainda encontram-se muito presentes no imaginário da sociedade, o que tende a desaparecer com o tempo, em virtude do uso de antirretrovirais (CANO et al., 2007).

No contexto desta apreensão ambígua da aids e do HIV, apesar da tendência à naturalização com que a aids é, normalmente, encarada pelos jovens da atualidade, já que nasceram vivenciando a síndrome em seu cotidiano, ainda existem compreensões bastante negativas pela sociedade e, inclusive, pelos universitários investigados, apontando para a doença fatal, morte certa, castigo divino e destino de vida, dentre outros que nos fazem remeter a um tempo de vida mais curto, com a certeza de que todos os planos futuros não serão concretizados.

Sendo assim, nos dias de hoje, mesmo com a naturalização da convivência com a síndrome, existe um sentimento de medo, tristeza e finitude bem próximo ao diagnóstico da aids (GOMES et al., 2012; MALISKA et al., 2009). A limitação e o ajuste psicossocial estão intrínsecos ao tratamento e evolução da doença para cada indivíduo, mas é inevitável o enfrentamento cotidiano com o preconceito, o desamparo, a tristeza e a diminuição da autoestima, incluindo ainda os danos financeiros e laborais (CASTANHA et al., 2006).

As informações sobre HIV/aids são obtidas pelos universitários investigados por meio de sites da internet, em escolas/cursos, mídia televisiva e nas unidades de

saúde (Gráfico 10). Já a pesquisa nacional de conhecimentos, atitudes e práticas realizada em 2008 destaca que a informação é importante para a adoção de comportamento sexuais mais seguros, apesar de não ser exclusivamente determinante para tal. Reconhecidamente, o diálogo permanece como estratégia de prevenção, além das rodas de conversas, grupos operativos e aconselhamento no serviços de saúde, escolas e ONGs, tornando possível a disseminação de informações para promover a prática sexual segura (BRASIL, 2011a).

Em outro estudo realizado com heterossexuais casadas ou em união estável identificou-se que as fontes de informações sobre HIV/aids mais citadas pelos entrevistados foram a televisão, os jornais/revistas, as escolas, o rádio e em unidades de saúde (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Apesar dos universitários investigados informarem que as informações obtidas provêm de escolas e cursos de forma frequente, os mesmos relataram que não obtiveram informações sobre HIV/aids na graduação (90%).

Percebe-se que, para esta população jovem investigada no estudo, existe uma naturalização da aids, que nasceu, cresceu e até hoje convive com a síndrome de muito perto, ou seja, convivem com a possibilidade da infecção pelo vírus em seu meio social. No entanto, as informações sobre esta síndrome não advém do ensino de graduação, como na abordagem do álcool, mas, de modo diferente, mencionam como fontes as escolas/cursos e os profissionais de saúde. Isso nos leva a crer que a aids vem sendo caracterizada efetivamente como uma síndrome que permite um certo controle, uma vez que o tratamento possui a capacidade de aumentar a sobrevivência daqueles infectados e que se mantém presente no cotidiano da sociedade (GOMES et al., 2012; MALISKA et al., 2009). Este fato facilita a abordagem e a compreensão dos meios de transmissão e prevenção do vírus.

Traçando uma relação entre álcool e HIV, as informações sobre bebidas alcoólicas e seu uso/abuso provem de assuntos abordados pelas pessoas no cotidiano das relações estabelecidas, ou seja, pode-se considerar como informações de senso comum. Os convites para comemorações começam com o convite para utilizar o álcool como fonte principal da mediação entre as pessoas. Já as informações sobre o HIV/aids são obtidas em espaços formais de saúde, em locais de ensino e pesquisa e em meios sociais que podem tratar esta questão de saúde pública com base em dados mais confiáveis e, principalmente, como uma condição mórbida grave, o que não ocorre com a abordagem sobre o álcool e seu consumo. O

álcool, para os sujeitos estudados, não parece ser visto como um problema que afete a saúde da população, mas sim como algo aceito socialmente e de fácil controle individual, fazendo parte de bons momentos a serem compartilhados entre as pessoas. Assim, normalmente não é abordado como um problema de saúde nos espaços mais formais e nos contextos institucionais.

Sobre a prevenção do HIV, pacientes que vivem com HIV/aids destacaram que a principal forma de prevenção é o uso do preservativo, incluindo informações sobre o uso correto e a proteção que lhe confere (GOMES et al., 2012). No que concerne às fontes de informação, o mesmo estudo revelou que a mais citada foi a mídia, principalmente a televisão, onde também é veiculada a camisinha como prevenção do HIV (GOMES et al., 2012). O uso de preservativo é reconhecido como uma das melhores formas de evitar a contaminação pelo HIV, independente do nível de escolaridade, sendo identificado em 97% das pessoas investigadas, demonstrando que o preservativo é bastante conhecido como método de prevenção (BRASIL, 2011a).

As formas de transmissão e prevenção que a maioria da população brasileira afirma conhecer sobre infecção pelo HIV/aids estão centradas no uso de preservativos nas relações sexuais (96%) e no não compartilhamento de seringas contaminadas (91%), citando ainda a transmissão da gestante para o filho (70%) (BRASIL, 2011a). Considera ainda que ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão ao HIV/aids (85% entre os homens e 75% entre as mulheres) (BRASIL, 2011a).

Os estudantes investigados, ao informar sobre a transmissão do vírus, mencionam a relação sexual sem preservativo, a transfusão sanguínea, o compartilhamento de seringas contaminadas e a transmissão vertical (Gráfico 12). Já sobre a prevenção, mencionam o não compartilhamento de seringas contaminadas e o sexo com parceiro fixo (Gráfico 13), o que mostra que os dados obtidos na tese estão de acordo com a literatura específica. Ao se discutir esses dados, emerge na faixa etária entre 19 a 22 anos a confiança no parceiro fixo como prevenção para o HIV/aids. De maneira recorrente, os resultados da pesquisa mostram o processo de naturalização da síndrome em virtude, provavelmente, do tratamento com os antirretrovirais, a maior sobrevivência dos que vivem com a síndrome e a não visualização das características físicas da aids (CASTANHA et al., 2006; GOMES et al., 2012; MALISKA et al., 2009).

O investimento maciço da política de redução de danos nos jovens usuários de drogas com a difusão de conhecimento sobre os potenciais riscos a que se submetem no compartilhamento de seringas contaminadas com o vírus faz com que o conhecimento dos jovens sobre este item seja potencializado. O hábito de uso de drogas injetáveis teve sua dedução recente em decorrência da política de redução de danos através de práticas mais seguras, mudança no perfil do consumo de drogas no País com diversas opções surgindo a cada momento e com a qualidade das drogas diminuindo, pelo medo da transmissão do HIV que parece ter sido influenciado pela divulgação maciça das formas de adquirir o vírus (INCIARD et al., 2006 apud REIS, 2010). Ainda mantém-se a prerrogativa de que o uso de drogas injetáveis é um comportamento de risco associado significativamente à infecção ao HIV.

Já a testagem para detecção do HIV foi realizada por 28% dos entrevistados na tese. Os motivos para sua realização foram curiosidade, relação sexual sem preservativo, transfusão sanguínea e relação sexual com desconhecido (Gráfico 11). No levantamento nacional entre universitários, 55% declararam ter realizado este teste, tendo maior incidência das mulheres (BRASIL, 2010a). Wagner et al. (2010) analisou a decisão de testagem para HIV em 645 universitários da região sul do país, tendo como resultado 30,5% de realização, e os motivos identificados foram: 24% por encaminhamento médico, 22% por curiosidade, 21% doação de sangue ou órgãos e 16% exposição a situações de risco.

Na população em geral, este teste foi feito por 36,5% das pessoas sexualmente ativa entre 15 e 64 anos e os motivos para sua realização foram curiosidade, doação de sangue, algum comportamento de risco, solicitação do empregador ou exigência do parceiro (BRASIL, 2011a). Estudo aponta que não é possível afirmar que a testagem por HIV influencia positivamente o conhecimento sobre HIV/aids, por incluir o aconselhamento pré e pós-teste, ou se o melhor conhecimento do indivíduo sobre sua vulnerabilidade é que influencia na realização do teste (REIS, 2010).

A decisão de realizar a testagem envolve mais a questão subjetiva do tema do que um posicionamento de advertência, onde nem sempre uma informação se transforma em atitude. Revela-se a importância da investigação do conhecimento e da postura frente ao HIV/aids, “denotando que ainda há uma compreensão e discurso da doença como se fosse uma preocupação relacionada aos outros,

considerando-se, assim, que a pessoa não reconhece o risco em suas próprias práticas cotidianas.” (WAGNER et al., 2010, p.67).

4.4 A prática sexual da população de estudo

De acordo com os achados da tese sobre a prática sexual dos entrevistados, 69,5% já tiveram relações sexuais alguma vez na vida (Gráfico 14), tendo maior ocorrência da primeira relação sexual entre 16 e 18 anos tanto para o sexo feminino, quanto para o masculino, com companheiro estável mais prevalente para as mulheres e parceiro ocasional para homens (Tabela 7). No levantamento nacional entre universitários, 88% já tiveram relação sexual durante a vida e 50% tiveram sua primeira relação entre 15 e 18 anos (BRASIL, 2010a). Na pesquisa nacional de conhecimentos, atitudes e práticas, 90% da população brasileira entre 15 e 64 anos já mantiveram relações sexuais e 26,8% tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos, 84% dos homens e 89% das mulheres afirmaram ter tido relações sexuais com parceiros fixos, enquanto 37% dos homens e 18,5% das mulheres com parceiros ocasionais (BRASIL, 2011a).

Camargo e Botelho (2007) apontam para a relação do uso de preservativos e a prática sexual. Para os adolescentes investigados que não tiveram experiência sexual, a atitude frente ao uso de preservativo foi mais favorável em detrimento daqueles já experientes. “Parece que a experiência direta fornece elementos para o adolescente compreender a complexidade da gestão da racionalidade (decisão e execução do sexo seguro) numa situação fortemente emocional (envolvimento físico e afetivo).” (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p.7).

Os dados levantados na tese sobre a variável relações sexuais após a ingestão de bebidas alcoólicas apontam que 56,7% das pessoas o fazem, com 54,3% de representatividade do sexo masculino; e entre aqueles que usaram preservativo na última relação sexual, 64% relataram não terem feito uso de bebidas alcoólicas, prevalecendo neste percentual o sexo feminino (51%) (Tabela 7). Um estudo realizado na Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto) em 2005 apontou que, dos 64% de entrevistados que mantinham relação sexual, 10% afirmavam fazer

uso de álcool ou outras drogas antes da atividade sexual e quase 20% dos homens usaram álcool antes da relação sexual (PILLON; O'BRIEN; CHAVEZ, 2005).

A resposta obtida pelos investigados aponta que 81% utilizam preservativos, com distribuição por sexo estatisticamente significativa (50,4% para elas e 49,6% para eles) (Tabela 8), sendo corroborado com a pesquisa desenvolvida por Berquó et al. (2008) que analisou a tendência do uso de preservativo na população brasileira entre 1998 e 2005, onde 79,1% fez uso na última relação sexual com parceiro eventual (BERQUÓ et al., 2008). De acordo com a pesquisa nacional de conhecimentos, atitudes e práticas, 68% da população sexualmente ativa afirmou fazer uso de preservativos na última relação sexual com parceiro casual (BRASIL, 2011a).

O uso de preservativos é determinado por fatores não só de ordem sociocultural, como também, de ordem situacional e individual. Quando analisamos os fatores que apareceram associados ao uso do preservativo nos dois eventos estudados, observamos que o pertencimento social [...] e a idade da iniciação sexual exercem forte influência para ambos os sexos (TEXEIRA et al., 2006, p.1393).

O uso de preservativo é relatado por 14% dos indivíduos participantes da pesquisa que investigou a vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou com união estável (MAIA; GHILHEM; FREITAS, 2008). Este mesmo estudo identificou que a maioria dos homens relatou não utilizar preservativo com sua companheira já que representa a confiança no relacionamento. Alguns estudos (GARCIA; SOUZA, 2010; MAIA; GHILHEM; FREITAS, 2008) ainda apontam que o uso de preservativos em relacionamentos estáveis é menos recorrente e que se apresenta mais frequentemente no início da vida sexual, deixando de ser prevalente com o passar dos anos e ainda com a estabilidade dos relacionamentos.

Podem-se atrelar estas informações aos fatores que facilitam adquirir HIV mencionados pelos participantes do estudo, 62% das mulheres acreditam ser a confiança no parceiro, 63,6% uso de bebidas alcoólicas e 50,8% empolgação do momento. Já para os homens os fatores mais incidentes são influência dos amigos (50%) e empolgação do momento (49,2%) (Tabela 7). Os achados convergem para a confiança no parceiro e a empolgação do momento influenciar a prática de risco para infecção ao HIV entre universitários.

Segundo dados obtidos pela pesquisa de conhecimentos atitudes e práticas, apresentam que 87% daqueles sexualmente ativos tiveram relações sexuais com parceiros fixos e 28% com parceiros ocasionais, demonstrando que as relações

estáveis e o estado conjugal podem resultar na queda do uso de preservativos em todas as relações sexuais, “tendo em vista que o uso do preservativo se mostra sempre menor nas relações estáveis.” (BRASIL, 2011a, p.57).

Estes achados são divergentes dos encontrados no presente estudo, uma vez que o uso de preservativo foi citado pela maioria, mesmo quando o indivíduo encontrava-se com parceiro(a) fido(a), tendo o uso consistente sido relatado por 59,8% da amostra (Tabela 8). Ainda aponta que o envolvimento emocional não se apresenta como determinante para a inconsistência do uso de preservativos, uma vez que a maioria afirma usar camisinha sempre ou quase sempre, mesmo quando está envolvido com alguém emocionalmente. Uma possível compreensão desta análise pode ser explicada pela relação existente entre o estado civil dos participantes e a ocorrência do uso de preservativo, onde 89,2% dos universitários que afirmam usar regularmente preservativo, não tem companheiro, e daqueles que não usam, a maioria (56,4%) tem companheiro e vivem com ele (Tabela 9).

Diante dos percentuais analisados, destaca-se a existência de um discurso que reproduz, em seu cotidiano, a necessidade imperiosa do uso sistemático de preservativo. No entanto, sabe-se que este uso não é tão regular e que, quando se trata de casais com relacionamentos estáveis, essa regularidade decai ainda mais. Silva (2012) aponta que relacionamentos estáveis são fatores de risco para o uso de camisinha e a relação afetiva travada em seu contexto com os respectivos companheiros(as) significa confiança, fidelidade e amor, o que é relatado principalmente entre as mulheres. Ou seja, quando estão envolvidos em relacionamentos estáveis tendem a não utilizar preservativos, em especial as mulheres (SILVA, 2012), fato revelado nos resultados dessa pesquisa em que 60% das mulheres afirmam não utilizar preservativos quando envolvidas emocionalmente.

Os motivos do uso do preservativo não ser uma prática sistemática foi relatado em um estudo entre casais heterossexuais em relação estável, como confiança no parceiro e não gostar de usá-lo (SANTOS; SOUZA; NICOLAU, 2013). Já os motivos do parceiro negar-se a utilizá-lo são não possuir outra parceira, porque não precisa ou porque diminui o prazer. A atitude diante da recusa do uso de preservativo pela maioria é manter a relação sem preservativo, caso conheça bem o parceiro (68,3%), enquanto 24,8% aderem a outros métodos contraceptivos e 6,9% não concorda com o sexo desprotegido (SANTOS; SOUZA; NICOLAU, 2013).

Os dados encontrados na tese sobre o não uso de camisinha entre os universitários se assemelham parcialmente aos da literatura citada, uma vez que identifica, como motivos para o não uso, o sexo com parceiro estável, não gostar/querer e não ter na hora que precisa. Relacionado ao parceiro não querer usar, a amostra apresenta mais frequentemente a negociação do uso e a recusa/interrupção da relação sexual. Ainda assim, quando não se tem camisinha durante a relação, a distribuição percentual apresenta equivalência entre as atitudes de continuar a relação com penetração ou a relação sem penetração e interromper a relação (Gráfico 15 e Tabela 8).

As variáveis supracitadas possuem certa divergência, uma vez que a amostra apresenta o uso frequente de camisinha e seu reconhecimento como medida de proteção ao HIV/aids. Entretanto, quando não possuem ou o parceiro recusa o uso, permanecem na relação de alguma forma. Poucos são aqueles que tentam negociar o uso ou minimizar as ações de exposição durante a relação sexual, se colocando em menor risco para adquirir o vírus ou qualquer outra doença sexualmente transmissível. Um estudo sobre a vulnerabilidade à DST/aids entre pessoas com relacionamento estável relata que o tempo de relacionamento aumenta em 6 vezes a chance de vulnerabilidade e que a maior idade na primeira relação sexual diminui em torno de 17% a chance de vulnerabilidade (GALATO; CORREIA, 2011)

O uso de álcool antes ou durante a prática sexual pode ser considerado um fator de risco para o não uso de preservativo, assim existe uma provável exposição ao HIV, já que se expõem mais às práticas sexuais não seguras. O uso de camisinha com parceiro ocasional pode se apresentar como uma “falsa” proteção para os que possuem algum relacionamento estável, uma vez que a relação sexual com parceiro fixo sem o uso de preservativo tem considerável grau exposição à DST/HIV, mesmo que se tenha um acordo entre o casal para uma fidelidade ao companheiro e respeito ao relacionamento. Isso comporta o risco de infecção ao HIV, uma vez que os jovens possuem uma tendência a não permanecerem muito tempo com um único parceiro, buscando constantemente novas experiências.

Mesmo com um discurso positivo para o uso de preservativo e sua consequente prevenção ao HIV, as atitudes recorrentes de exposição ao HIV/aids podem não garantir a devida proteção aos jovens. Entende-se, ainda, que o conhecimento dos riscos e o reconhecimento do preservativo como fator protetor

não são determinantes para a prática sexual segura, já que no momento da relação essas informações passam despercebidas ou ficam esquecidas.

Frente ao contexto de desigualdades sociais e diante de uma epidemia evidenciada, como no Brasil, torna-se importante conhecer as particularidades dos grupos populacionais e analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas da população sobre o HIV/aids de forma específica. “Desta forma, os resultados acerca do nível de conhecimento da população geral sobre a aids não devem ser extrapolados para subgrupos sob maior risco [...]” (REIS, 2010, p.26).

4.5 Associação das classificações de conhecimentos e prática sexual com o uso de álcool entre os universitários

As variáveis sexo e faixa etária apresentam diferenças percentuais na distribuição do consumo de álcool. Entre o sexo feminino, o maior percentual representa aquelas que não consomem bebidas alcoólicas e para o masculino, aqueles que bebem no padrão *binge*. Já a distribuição do consumo de álcool é maior para beber em *binge* nas faixas etárias centrais (de 21 a 26 anos) e menor nas extremidades (< de 20 anos e > de 27 anos) (Tabela 11). Em comparação aos padrões de consumo de álcool da população brasileira mostra-se relativamente semelhante, uma vez que entre as mulheres 59% não bebem, 23% bebem não em *binge* e 18% bebem em *binge*, entre os homens 35% não bebem, 25% bebem não em *binge* e 40% bebem em *binge* (BRASIL, 2007c).

A relação com a faixa etária no estudo em tela apresenta uma proporção decrescente ao longo dos anos, ou seja, quanto maior a idade menor a prevalência daqueles que não bebem ou bebem em *binge* (Tabela 11). O relatório dos padrões de consumo de álcool na população brasileira apresenta uma distribuição diferente da encontrada, já que para aqueles que não bebem houve um aumento do percentual com o avanço da idade, já para aqueles que bebem em *binge*, a proporção se mantém, quanto menor a faixa etária maior a prevalência (BRASIL, 2007c).

Corroborando os dados apresentados, os universitários em nível nacional apresentam o padrão de consumo *binge* com uma frequência semelhante, onde

43,7% dos homens e 29% das mulheres afirmam terem feito consumo de álcool em *binge* no último ano, e este padrão diminui sua ocorrência nas faixas etárias mais elevadas (BRASIL, 2010a). Importante ressaltar a diferença estatisticamente significativamente entre as doses e a frequência do uso de álcool na distribuição por sexo, obtida por uma das questões do AUDIT. Quanto maior a quantidade de doses consumidas, maior prevalência do sexo masculino e apenas para o sexo feminino houve maior frequência na categoria nunca consome 5 doses ou mais, com maior prevalência para o sexo masculino em todas as outras categorias. (Tabela 10) E para a população em geral, a frequência do beber em *binge* é maior nas opções menos de uma vez por mês ou uma vez por semana, não sendo estatisticamente significantes as diferenças entre os sexos (BRASIL, 2007c).

Na pesquisa sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, os dados levantados indicam que 11% dos homens fazem uso de álcool muito frequentemente; 28% fazem uso frequente, 19% ocasionalmente e 8% raramente o fazem. Já para as mulheres, 2% fazem uso muito frequentemente, 11% frequentemente, 16% ocasionalmente e 12% raramente, evidenciando, mais uma vez, que quanto maior a frequência de consumo, maior a prevalência entre os homens (BRASIL, 2007c).

Todavia, os padrões de consumo de álcool entre os universitários, relativo à quantidade e frequência de consumo, para homens, foi identificado que 22,7% são abstêmios, 21,2% bebedores leves e pouco frequentes, 22% bebedores moderados e não pesados e 34,1% bebedores pesados e frequentes; já para as mulheres, 32% são abstêmias, 24,5% bebedoras leves e pouco frequentes, 30,5% bebedoras moderadas e não pesadas e 13% bebedoras pesadas e frequentes (BRASIL, 2010a).

Quanto às doses, na mesma pesquisa supracitada, para os homens, 38% usam de uma a duas doses; 25% de 3 a 4 doses e 38% mais de cinco doses. Já para as mulheres, 63% indicam uma ou duas doses, 19% de 3 a 4 doses e 17% mais de 5 doses (BRASIL, 2007c). Nesta tese, tem-se uma distribuição semelhante dos dados para frequência de consumo de álcool e discrepância para as doses consumidas. Assim, reforçam-se em ambas as pesquisas que houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos dos entrevistados, pois os resultados indicam que as mulheres consomem menos álcool do que os homens.

Quanto à variável religião, houve diferença estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool, sendo os católicos, espíritas e os que não possuem religião mais prevalente entre aqueles que bebem em *binge*, e a opção evangélica/protestante para aqueles que não bebem (Tabela 11). A religião ou espiritualidade pode ser um fator de proteção para o uso de álcool, entretanto, é necessário conhecer a prática religiosa e a importância da mesma na vida dos universitários (DALLO; MARTINS, 2011).

Pesquisa realizada com estudantes de graduação de Minas Gerais identificou que 78% declararam-se católicos, 2,1% evangélicos, 1,6% espíritas e 1% não possui religião (outros 17% não responderam). Os resultados publicados sugerem que “os níveis de espiritualidade podem não ter funcionado como fator de proteção para uso de álcool” e como o uso de drogas é considerado como multifatorial, ou seja, combinação de fatores que incidem nos indivíduos de forma interligada, “a espiritualidade deve ser vista como um desses possíveis fatores, cuja associação com o beber precisa ser melhor explorada.” (PILLON et al., 2011, p.106).

Funai e Pillon (2011) apresentam os aspectos religiosos segundo os estudantes de enfermagem de Marília (SP), onde 64,8% são católicos, 13,9% espíritas, 9,8% evangélicos, 9,8% não possui religião. Apontam que aqueles que fazem uso de álcool de baixo risco, 83,3% são evangélicos, 83,3% não possuem religião, 83,5% são católicos e 64,7% espíritas. Sendo assim, os autores afirmam que o comportamento religioso não pode ser considerado fator protetor para o uso problemático de álcool, pois a afiliação religiosa e sua frequência de participação são fundamentais para compreender como os aspectos religiosos modulam o uso de bebidas alcoólicas (FUNAI; PILLON, 2011).

Não houve diferença estatística significativa entre os centros setoriais da universidade pesquisada, tendo maior percentual do beber em *binge* nas áreas humanas e tecnológicas e do não beber nas áreas biomédicas e sociais (Tabela 11). No levantamento nacional com universitários também não houve diferença entre as áreas de estudo avaliadas. Entretanto, os acadêmicos da área de exatas (64,9%) se referem a um consumo um pouco maior em detrimento das áreas humanas (59,7%) e biológicas (59,7%) (BRASIL, 2010a). Este achado pode sofrer influência dos conhecimentos e informações adquiridas por estes universitários ao longo da vida e até mesmo na graduação, relacionando a informação com a prevenção do consumo de álcool em altas doses.

Relativo ao conhecimento sobre álcool, os estudantes investigados o consideram como bom ou muito bom (autodeclarado) e, de acordo com a classificação estabelecida neste estudo, aqueles que bebem em *binge* apresentam conhecimento totalmente ou parcialmente satisfatórios sobre os efeitos imediatos do álcool. Apesar disso, sobre os efeitos do uso frequente do álcool, o mesmo conhecimento tem maior prevalência no grupo que não bebe. O conhecimento do grupo que bebe em *binge* advém da prática e das experiências de quem tem o hábito de beber, ou seja, conhecem os efeitos pela vivência ou pela proximidade de pessoas que o fazem. Isto é, considera-se que este conhecimento prático perpassa as experiências cotidianas. Já os efeitos contínuos são referidos pelo grupo que não bebe através de um conhecimento teórico através de fontes de informações, ideia esta reforçada pelo fato deste grupo apresentar fontes de informação totalmente ou parcialmente satisfatórias, apesar da predominância da opção não satisfatória para todos os grupos (Tabela 12).

Dados de um estudo feito no interior de São Paulo mostra que graduandos, apesar de apresentarem certo conhecimento sobre os efeitos do álcool e outras drogas, fazem consumo em proporções semelhantes ao de jovens da população em geral. Assim, eles desenvolvem uma convicção que podem controlar os problemas eventuais do uso indevido do álcool e outras drogas (RIBEIRO, 2007). Ainda no que tange aos universitários,

o consumo de álcool, tabaco e outras drogas [...] é mais frequente que na população em geral, o que reforça a necessidade de maior conhecimento desse fenômeno para o desenvolvimento de ações de prevenção e elaboração de políticas específicas dirigidas para este segmento (BRASIL, 2010a, s/p).

No que concerne às informações sobre álcool, podemos compreender que os acadêmicos as obtém através de fontes não confiáveis como anteriormente mencionado e que a maioria dos participantes deste estudo afirmaram não a ter obtido durante a graduação. Assim, relaciona-se este achado aos cursos pesquisados através dos centros acadêmicos da instituição, o que revela predominância daqueles que não tiveram informações na graduação e fontes de informações confiáveis para três centros (CCS, CEH, CTC) (Tabela 13). Entretanto, apenas para o CBI essa proporção, apesar de mantida para a maioria, apresenta-se com menor diferença, entendendo que, nos cursos da área da saúde, este conteúdo é abordado, mesmo que insuficiente, e que estes acadêmicos sabem onde buscar

informações mais precisas sobre a temática. Este achado é relevante na medida em que se percebe uma evolução da inclusão nos cursos de graduação, principalmente de enfermagem e medicina, para estruturar a assistência prestada por estes futuros profissionais (SANTOS, 2010).

Sinaliza-se, ainda, que a abordagem do fenômeno das drogas durante os cursos de graduação é primordial e transversal a todos os conteúdos, inclusive nas áreas exatas, humanas e jurídicas. Para tanto, pode-se criar oportunidades dessa discussão de maneira adaptada às exigências e demandas de cada área, bem como estratégias de prevenção baseadas na realidade em uma construção coletiva. Por mais que essa discussão seja superficial, poderá auxiliar os futuros profissionais na busca de informações focadas nos problemas encontrados e subsidiar diversas formas de enfrentamento dos danos pessoais. Alguns estudos recomendam estratégias pedagógicas diferenciadas capazes de serem adaptadas às mais diversas áreas de conhecimento, a fim de facilitar a inclusão nos currículos de graduação e estruturar ações de intervenção em longo prazo com diferentes olhares para múltiplas abordagens (BRASIL, 2010a; FELIPE, 2009; OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007).

No que tange ao conhecimento sobre HIV/aids, a população de estudo da tese identifica que o grupo que bebe em *binge* não conhece satisfatoriamente o que é o HIV, suas formas de transmissão e não obtém informação sobre HIV de fontes confiáveis, demonstrando conhecer satisfatoriamente as formas de prevenção do vírus. Para o grupo daqueles que não bebem ocorre exatamente o contrário, a única variável que foi considerada não satisfatória é a prevenção do HIV, apresentando maiores percentuais em todas as outras avaliadas. Sugere-se que este conhecimento sobre HIV para o grupo que consome álcool no padrão *binge* advinha das questões práticas vivenciadas pelos jovens ou por pessoas próximas a eles. As fontes mais usuais e facilitadas são as mídias sociais e televisivas que impõem maciçamente as formas de transmissão do vírus, o que resulta em um conhecimento obtido pelo cotidiano. De maneira geral, o conhecimento sobre HIV é considerado satisfatório para o grupo que não bebe e não satisfatório para o grupo que bebe (Tabela 14).

Para homens e mulheres entrevistados por um estudo sobre a vulnerabilidade de heterossexuais casados e em união estável, o conhecimento sobre transmissão do HIV/aids foi considerado como importante. Contudo, as percepções conjugais

expressam a cultura existente no que tange aos papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual, explicando, assim, a não adoção de medidas preventivas, os tornando vulneráveis à infecção ao HIV/aids (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Semelhante à relação encontrada para as informações obtidas sobre álcool, as informações sobre HIV/aids também não são obtidas nos cursos de graduação. Ou seja, a academia não se configura como uma fonte de informação importante por não incluir, em seu currículo, conteúdos voltados a esta temática, da mesma forma que o álcool. Em análise da fonte de informação distribuída pelos diferentes centros acadêmicos pesquisados, percebe-se que há um alto percentual de estudantes das áreas de ciências sociais e tecnológicas que não ouviram sobre a temática durante a graduação, os da área de educação e humanidades apresentou um percentual menor, mas em sua maioria não foi abordada a temática HIV/aids durante o curso (Tabela 15).

Diferente disso, os estudantes da área da saúde tiveram contato, mesmo com pouca ocorrência, com os conteúdos de HIV/aids no decorrer dos períodos acadêmicos, caracterizando que, apesar de existir maior abordagem na área da saúde, esta ainda permanece aquém das necessidades destes profissionais estarem capacitados para identificar e auxiliar no encaminhamento das possíveis contaminações, bem como dar apoio à prevenção de novas infecções por HIV. Essa diferenciação mostra-se positiva, uma vez que a síndrome apresenta altas taxas de incidência e tem uma evolução controlável, sendo abordada, principalmente, pelos profissionais da área da saúde que precisam ter conhecimento científico adequado.

Uma limitação deste dado pode estar relacionada aos universitários entrevistados pertencerem, em maioria, aos períodos iniciais dos cursos, podendo significar que na segunda metade estes acadêmicos tenham algum contato, ainda na graduação. No entanto, como o HIV/aids é perpassado nas diversas complexidades da assistência, entende-se que, na atenção básica, também deva ser discutido, e esta fase normalmente ocorre nos períodos iniciais dos cursos da área da saúde. E, não menos importante, a abordagem deste tema nos cursos das outras áreas é fundamental para que esses jovens conheçam os riscos iminentes e possam se proteger de uma possível infecção.

A diferenciação na abordagem do álcool e do HIV sobre as informações obtidas pode estar baseada no fato da dependência do álcool ser uma doença legalmente reconhecida, porém não o é do ponto de vista social. A população, de

certa forma, compreende o uso de álcool de forma recreativa e incentiva seu uso por prazer. No entanto, a doença só é percebida, normalmente, pelos profissionais de saúde através de algum sintoma relacionado às complicações decorrentes do abuso da substância. Por isso, acredita-se que menos pessoas se interessem por este tipo de informação e que os docentes estejam menos preparados para abordar esse tipo de questão.

Em paralelo, apresenta-se a epidemia do HIV/aids que maciçamente vem sendo divulgada nos meios de comunicação, através de programas e campanhas educativas, para informar a população sobre sua prevenção e as complicações decorrentes da síndrome. Sendo assim, quando um indivíduo se expõe ao vírus ou pratica alguma ação de risco para a infecção, busca auxílio e orientação, que normalmente se dá através dos profissionais das redes especializadas nos serviços de saúde. Assim, a interpretação desta diferente abordagem para dois assuntos tão relevantes pode auxiliar na compreensão de como se mostra o conhecimento e informações dos universitários entrevistados.

Apesar de a amostra apresentar uma distribuição estatisticamente significativa para o consumo de álcool nas variáveis idade da primeira relação sexual e número de parceiro no último ano (Tabela 16), alguns percentuais merecem destaque como a idade da primeira relação sexual considerada de risco e aquelas de não risco foram mais prevalentes no grupo que faz uso de bebidas alcoólicas em *binge*, isto é, a distribuição entre os grupos para esta variável demonstra que esse tipo de padrão de consumo é característico dos jovens ao ingressar na universidade, não estando associado à idade da primeira relação sexual que pode ou não ocorrer no período acadêmico.

E, quanto ao número de parceiros, 82,5% daqueles que bebem em *binge* apresentam-se em risco. O padrão de consumo em *binge* está associado a diversas consequências nocivas, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade de jovens e, entre os mais prevalentes, citam a prática sexual de risco, especialmente aumento da frequência de encontros e número de parceiros, uso irregular de preservativos e relações sexuais indesejadas (BRASIL, 2010a).

Para as variáveis relação sexual após o uso de álcool e uso de preservativos não houve diferença estatisticamente significativa para o consumo de álcool, entretanto, para aqueles que bebem em *binge* apresenta-se maior percentual de risco (75,6% e 40%, respectivamente). Já entre aqueles que não bebem existe uma

predominância de não risco para essas variáveis. Este achado mostra a relação entre o consumo abusivo de álcool com as práticas sexuais desprotegidas, levando a maior exposição ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (Tabela 16).

Uma revisão da literatura sobre o uso de álcool, tabaco e drogas entre universitários brasileiros identificou nos estudos sobre esta população específica que os comportamentos de risco estão associados aos aspectos de violência, relações sexuais sem proteção e direção perigosa, destacando esses parâmetros como os mais importantes na discussão para avaliar/implementar programas de prevenção com este foco (WAGNER; ANDRADE, 2008).

Outro estudo ainda associa o aumento da vulnerabilidade à DST/aids das mulheres em relacionamentos estáveis com o comportamento sexual de risco e afirma que, para a mudança de atitude é necessária a implementação de programas de prevenção sobre a negociação do uso de preservativos, ou seja, “questões estas que envolvam a discussão e a comunicação entre os parceiros para uma relação sexual protegida, longe dos riscos.” (SANTOS; SOUZA; NICOLAU, 2013, p.7).

Galato e Correia (2011, p. 16) identificaram que

o consumo de álcool e drogas tem sido descrito em alguns trabalhos como fator associado ao risco de desenvolvimento de DST/HIV, no entanto, neste trabalho não foi observada associação significativa entre o uso de álcool diário e de drogas ilícitas com o fato de apresentar vulnerabilidade maior, isto pode ter ocorrido em função da força do tamanho da amostra (GALATO; CORREIA, 2011, p.16).

No que concerne às classificações sobre os conhecimentos acerca do álcool e do HIV, compreende-se que existe certa equivalência na distribuição percentual do conhecimento sobre álcool para os grupos que não bebem e bebem em *binge*. Apresenta-se distinto para o conhecimento sobre HIV que tem maiores percentuais aqueles que são considerados satisfatórios e não bebem e, para aqueles considerados insatisfatório, os que bebem em *binge*. No entanto, a prática sexual apresenta diferença estatisticamente significativa, uma vez que há uma divergência entre os grupos sendo mais prevalente no grupo que bebe em *binge* ter prática sexual considerada de não risco (Tabela 17).

Esta informação pode estar atrelada às discussões realizadas anteriormente, em que o conhecimento para este grupo provém de sua prática sexual e de consumo de álcool, bem como o discurso do uso de preservativo que passa a ser algo natural, independente da ação efetivada. Por isso, ainda percebe-se uma discrepância nos percentuais deste grupo para a variável prática sexual, onde tem

maiores taxas nas duas classificações, não risco (80%) e risco (43,1%) (Tabela 17). Isso reforça os achados de outros trabalhos que indicam que o álcool pode ser considerado como fator de risco para a infecção ao HIV/aids (BRASIL, 2010a, GALATO; CORREIA, 2011), mas não determina isoladamente esta condição.

Assim, após essas discussões, constata-se que o uso de álcool por grande parte da população de estudo investigada apresenta maior exposição ao HIV dentro de suas práticas cotidianas, principalmente aqueles que fazem uso de bebidas alcoólicas no padrão *binge*. Isolando-se a variável prática sexual, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa na distribuição dos conhecimentos para o consumo de álcool. No entanto, vale ressaltar que houve ocorrência de maiores percentuais entre aqueles com conhecimento sobre álcool parcialmente satisfatório para o grupo que bebe em *binge*, já o conhecimento sobre HIV foi considerado não satisfatório apenas para o grupo que bebe em *binge* (Tabela 18).

Depreende-se destes resultados que o conhecimento sobre álcool e HIV não modificam a prática do uso de álcool, nem a prática sexual segura. Portanto, o conhecimento sobre álcool e sobre HIV não interfere no consumo de álcool nem na prática sexual dos universitários pesquisados.

Ainda com a variável prática sexual isolada, houve associação estatisticamente significativa na distribuição do consumo de álcool para as variáveis sexo e religião entre aqueles que têm prática sexual de risco e para idade e período acadêmico para aqueles que têm prática sem risco. Houve um predomínio do sexo masculino entre aqueles que bebem em *binge* e têm prática de risco em detrimento daqueles sem risco, onde a distribuição entre homens e mulheres se equipara. Dos que tem prática de risco, há um predomínio da religião católica entre os que bebem em *binge* e da evangélica/protestante para os que não bebem, diferentemente daqueles que tem prática sexual sem risco que apresentam distribuição semelhante em todas as religiões, sendo a maioria aqueles que bebem em *binge* (Tabela 19).

Em relação à faixa etária e período acadêmico entre aqueles que têm prática sexual de risco houve uma distribuição equivalente dos percentuais entre os grupos de consumo, já para os que têm prática sexual sem risco, a maioria se encontra no grupo dos que bebem em *binge*, apresentando diferença estatisticamente significativa nesta distribuição (Tabela 19).

Depreende-se, dos resultados analisados, a associação da prática sexual com o consumo de álcool entre os universitários indicando que a prática sexual de

risco pode sofrer influência do sexo e da religião manifestada pelos participantes e a prática sem risco estar atrelada à faixa etária e ao período acadêmico cursado.

Apesar de o conhecimento se configurar como uma das bases para a adoção de práticas mais seguras, mesmo não sendo definidor desse comportamento, os conhecimentos sobre transmissão e prevenção do HIV de maneira correta, quando advém de organizações ou locais de ensino, pode ser levado mais a sério e ser mais divulgado entre os pares. Já nas informações sobre HIV perpassados nas relações cotidianas, existe maior resistência para a aceitação dessas informações.

A frequência e a quantidade de consumo apresenta possível relação com o sexo e a maior prevalência do beber pesado está relacionada com o sexo masculino. Se considerar que os homens possuem, tradicionalmente, maior quantidade de experiências sexuais e número de parceiros ocasionais, o uso de álcool no padrão *binge* representa um aumento no risco para contaminação pelo HIV. Sendo assim, infere-se que o padrão de consumo de álcool pode influenciar nas práticas sexuais de risco, bem como na aplicação dos conhecimentos sobre HIV/aids e álcool desses jovens. Ter conhecimento sobre álcool satisfatório para aqueles que não bebem, pode ser considerado como proteção para prática de risco, uma vez que terem informações mais corretas, passam a acreditar nos possíveis danos ao organismo e nas práticas que podem levar a infecção ao HIV ou a dependência ao álcool.

Já para o HIV, o conhecimento sobre suas definições e formas de transmissão se configura como protetoras da prática sexual de risco, apesar de não estarem atreladas ao conhecimento sobre os meios de prevenção. Este último aspecto pode estar relacionado a um conhecimento prático que é influenciado pelo uso de álcool e outras drogas.

O padrão de consumo em *binge* está relacionado com a adoção de práticas de risco, principalmente quando envolve o uso de camisinha nas relações sexuais. Esta pesquisa demonstra que os universitários que bebem muito em um episódio tendem a fazer sexo sem camisinha após o consumo de bebidas alcoólicas.

Em virtude dos dados apresentados, os universitários, de maneira geral, não tem um padrão de consumo associado diretamente à exposição ao HIV, ou seja, mesmo que tenham um conhecimento sobre HIV e álcool satisfatórios, que podem representar um fator de proteção à infecção, a prática sexual não é influenciada pela forma de beber desses jovens, uma vez que não há distinção entre os percentuais

daqueles que bebem em *binge* para a prática sexual de risco ou não risco. Percebe-se que o conhecimento não leva a uma prática sexual segura e que, mesmo aqueles que afirmam não fazer uso de bebidas alcoólicas, a atitude frente às situações de risco não mudam. Estes achados corroboram com a discussão realizada, incitando a necessidade de pesquisas mais aprofundadas e amplas para investigar o que de fato determina a associação do consumo de álcool e a exposição ao HIV.

CONCLUSÕES

Frente à discussão dos dados com a literatura é possível compreender que a hipótese de estudo não foi confirmada, uma vez que parece não existir associação direta entre o consumo de álcool e a prática de exposição ao HIV, principalmente atrelados aos conhecimentos e prática sexual entre universitários da amostra estudada.

Diante dos achados deste estudo, podemos concluir que:

- a) o perfil dos universitários é de jovens, entre 19 a 22 anos, solteiros e que não trabalham. Todos tem facilidade de acesso a computadores e à rede mundial de comunicação;
- b) a maioria dos participantes faz uso de álcool, com a proporção de 7 homens para cada 3 mulheres, sendo 40% da amostra abstinente, ou seja, nunca beberam ou não fazem uso atualmente;
- c) quanto ao padrão de uso determinado pelo AUDIT, foi identificado predomínio das zonas I e II, isso representa a abstinência ou o consumo de baixo risco e de risco. Dentre os participantes, apenas 5 % apresentam consumo de alto risco ou provável dependência. Este dado merece atenção pelas características de consumo e os efeitos provocados por este padrão, que são inerentes a essa fase da vida e podem resultar em diversos danos à saúde desses jovens;
- d) há diferença entre os sexos quanto aos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Para as mulheres, esse uso é mais consciente ou responsável, com menor ocorrência de episódios de beber pesado em menor quantidade de doses e frequência, e os principais motivos estão relacionados a questões pessoais ou comemorações com amigos e familiares. Em contrapartida, os homens tem um consumo mais frequente e em maiores doses, com a motivação de pertencerem ao grupo social, buscando melhor interação social e sexual;
- e) o conhecimento sobre álcool é mais próximo das experiências vivenciadas pelos universitários que fazem consumo de álcool, em

especial aqueles que bebem em *binge*. Normalmente, as informações sobre o uso e suas consequências são obtidas pela internet ou em diálogos informais com amigos e familiares;

- f) os universitários indicam que os locais de maior consumo de álcool, normalmente, são em festas acadêmicas ou nas comemorações em bares e restaurantes, sendo o acesso a bebidas alcoólicas mais facilitado no meio universitário;
- g) o conhecimento sobre HIV/aids tem sua fundamentação na internet e televisão, mas ainda sinalizam as abordagens feitas por escolas/cursos e nas unidades de saúde, mostrando que podem obter orientações mais confiáveis sobre a temática. No entanto, de maneira geral, considera-se satisfatório o conhecimento do grupo que não bebe e não satisfatório do grupo que bebe;
- h) vale ressaltar que o debate dos conteúdos de álcool e HIV/aids não é promovido durante os cursos de graduação investigados. A minoria dos universitários sinalizou essa abordagem durante o curso, dentre eles maior percentual dos acadêmicos da área da saúde. Estes deveriam ter domínio sobre essas temáticas que incidem diretamente na qualidade de vida da população;
- i) os investigados afirmaram fazer uso sistemático de preservativos, não apresentando diferença proporcional entre homens e mulheres. Esta prática se mantém quando estão envolvidos emocionalmente. Entretanto, na associação do uso de preservativo com o estado civil dos participantes, identificou-se que o uso regular é feito por 89,2% dos solteiros e apenas por 43,6% daqueles que possuem companheiro estável;
- j) os motivos para o não uso de preservativos mencionados foram o sexo com parceiro fixo, a preferência individual ou por não ter na hora em que precisa. Existe uma divergência entre o que afirma a maioria dos entrevistados sobre o uso sistemático de preservativo e os motivos para o não uso. Estes achados sugerem que o discurso utilizado para o uso de preservativos seja influenciado pela maciça divulgação da importância do uso de camisinha e da prevenção do HIV, principalmente na mídia televisiva e internet;

- k) houve predomínio do sexo masculino na ocorrência de uso de álcool antes ou durante a relação sexual, mas a metade da amostra afirma manter esta conduta, o que pode resultar na prática sexual de risco, isto é, uso inconsistente de preservativos. Entretanto, foi identificado maior percentual desta prática entre aqueles que bebem em *binge*, associando o beber pesado episódico ao não uso de preservativos e à prática sexual de maior risco;
- l) o grupo de universitários que fazem consumo de álcool no padrão *binge* apresenta conhecimento parcialmente satisfatório sobre álcool e não satisfatório sobre HIV/aids e mantém práticas sexuais de maior risco, sendo o oposto para o grupo daqueles que não bebem;
- m) apesar do conhecimento sobre HIV/aids e álcool ser considerado como fator protetor, constatou-se que não há associação deste conhecimento com a prática sexual mais segura. Independente do padrão de consumo de bebidas alcoólicas, os universitários apresentam o mesmo tipo de prática sexual, muitas vezes se expondo à infecção ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

A discussão dos achados permite avaliar que existem alguns pontos importantes a serem melhor explorados e que é necessário investir em ações específicas para esse grupo populacional que apresenta particularidades que merecem destaque. Entre as limitações desse estudo, pode-se incluir o delineamento transversal, uma vez que não determina o nexo causal da associação, bem como a amostra restrita a uma instituição de ensino superior com a especificidade de cursos e o período de coleta de dados influenciando nos dados e impedindo, então, sua generalização para os universitários de todo o país.

Sugere-se que novos estudos possam analisar a relação de causa e efeito para verificar quais fatores podem influenciar de fato a exposição ao HIV de estudantes usuários de álcool. Estas informações são relevantes para conhecermos a atual demanda desse grupo e poder focar nas reais necessidades que são imperiosas para a prevenção dos futuros danos nocivos à saúde individual e coletiva.

Dentre os dados analisados, um dos motivos que podemos considerar de exposição ao HIV/aids fica explícito quando os participantes da pesquisa informam que, ao terem relações sexuais após beberem, não usam preservativos, se encontrando em exposição à infecção, bem como o consumo exagerado de bebidas alcoólicas está ligado ao sexo masculino e que este grupo apresenta práticas sexuais de maior risco.

Esta temática apresenta uma problemática complexa que merece destaque nos órgãos públicos e na sociedade em geral. Os dados levantados em pesquisas anteriores indicam resultados similares aos encontrados no estudo em tela. Isso nos faz inferir que as condutas ou ações promovidas pelos órgãos públicos foram de fato levada a cabo com a intencionalidade de produzir dados com potencial transformador da situação encontrada. Os parâmetros que surgem nas pesquisas necessitam ter o compromisso de modificar realidades, trazendo algum movimento de geração de conhecimentos mais aprimorados para a potencialização de ações em prol da promoção da saúde e prevenção de riscos, a fim de minimizar a ingestão de álcool, sendo de fato convincentes para a população e para os universitários, em particular.

Os programas de prevenção e as ações decorrentes podem propiciar uma reflexão sobre os perigos advindos de usos e abusos, resultando numa modificação da qualidade de vida dos universitários que se encontram em situações de vulnerabilidade. Assim, os indivíduos estariam mais atentos e se posicionando/mobilizando para diminuir o consumo, bem como alertar seus pares em virtude dos efeitos nocivos que o uso/abuso do álcool pode trazer para a população como, por exemplo, as sequelas físicas cotidianas que podem adquirir e práticas de maior risco à exposição ao HIV.

Oferecer apoio e orientações sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV/aids, isoladamente, não resultam na mudança das práticas sexuais e isso já foi comprovado em diversas pesquisas. Todavia, precisamos compreender qual é a necessidade dos jovens em se expor a diversos riscos à saúde adotando práticas não seguras e, principalmente, o que de fato modula estas condutas. O contexto em que estão inseridos estes jovens deve ser fator de proteção e não de risco para uso/abuso de álcool, bem como à infecção pelo HIV/aids.

Por fim, a dualidade entre o consumo de álcool e a prática sexual merece destaque, principalmente porque o consumo social de álcool é estimulado e seu

abuso repreendido pela sociedade, em particular pela população jovem. A divulgação das informações sobre os reais riscos de adquirir o HIV parece não alertar sobre a vulnerabilidade à infecção que atinge a todos os grupos populacionais sem fronteiras e que faz a concepção e caracterização da síndrome se modificar a cada ano. Portanto, a identificação do padrão de consumo de álcool e das práticas sexuais podem prevenir futuros agravos à saúde e direcionar as campanhas de prevenção ao grupo populacional que mais está sendo afetado atualmente, buscando estratégias de comunicação acessíveis a todos os níveis de conhecimento.

Fica evidente a importância da inclusão dos conteúdos sobre álcool e HIV/aids nos currículos de graduação dos mais diversos cursos, que dentro de sua área de atuação, precisam conhecer e prevenir os danos ocasionados pela dependência de álcool ou manifestação da aids e realizar os encaminhamentos pertinentes junto aos indivíduos que poderão ter contato profissional. Independente da profissão escolhida, os acadêmicos das áreas de saúde, exatas, humanas, sociais e tecnológicas, em especial os da saúde e educação, precisam estar preparados para debater sobre estes tópicos, tornando-os próximos dessa realidade.

Para isso, é preciso incluir as experiências acadêmicas e pessoais destes jovens nas abordagens cotidianas e torna-los participantes ativos dessa mudança de paradigma dentro dos cursos de graduação que estão inseridos. Estas ações podem promover a reflexão durante o aprendizado dos conteúdos específicos, tanto quanto a mudança em futuras condutas individuais e profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 1998 apud TREZZA, M.C.A.F.; SANTOS, R.M.; LEITE, J.L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Rev. Bras. Enferm.*, v.61, n.6, p. 904-8, nov./dez., 2008.
- ACAUAN, L.V.; DONATO, M.; DOMINGOS, A.M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.566-70, 2008.
- AMORIM, A.V.C. et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. *Rev. Médica Minas Gerais.*, v.18, n.1, p.16-23, 2008.
- ANDRADE, C.Y. Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social. Nos últimos 15 anos – artigos. *Ensino Superior Unicamp.* Campinas, v.6, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/artigos/acesso-ao-ensino-superior-no-brasil-equidade-e-desigualdade-social>>. Acesso em: 4 nov. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. *O uso das drogas e o HIV*. Caderno de Dúvidas – Perguntas frequentes. Rio de Janeiro: ABIA, 2007. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/questoes.pdf>. Acesso em: 23 nov 2013.
- AVILA, J.J.E.; GONZÁLEZ, P.D. Gender differences in alcoholism. *Adicciones*, v.19, n.4, p.2383-92, 2007.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. S/L.: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, 2001.
- BALAN, T.G.; CAMPO, C.J.G. Padrão de consume de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga.*, Ribeirão Preto, v.2, n.2, ago., 2006.
- BALTIERI, D.A. Complicações clínicas e psiquiátricas do uso do álcool. In: Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (org.). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília: SENAD, SESI, 2008. Cap. 4, p.66-76.
- BARROS, M.B. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev. Saúde Pública.*, v.41, n.4, p.502-9, ago., 2007.
- BASTOS, F.I. *Aids na Terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BENINCASA, M.; REZENDE, M.M.; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Psicol. Teor. Prática.*, v.10, n.2, p.121-34, 2008.

BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, supl 1, p.34-44, 2008.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1350-60, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ano I*, n. 01, até semana epidemiológica 52^a – dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf>. Acesso em: 23 nov 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ano II*, n. 01, até semana epidemiológica 26^a – dezembro de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 8 Jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos - 2008*. Ana Roberta Pati Pascom, Marcela Rocha de Arruda e Mariângela Batista Galvão Simão (Orgs.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Dicas em saúde – Aids: assim pega, assim não pega!*. Brasília, DF: BVS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas*. 2 ed.rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Prevenção na Rede – Fórum virtual sobre DST/Aids: Relatório Final*. Brasília, DF: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Previna-se – Formas de contágio (HIV/Aids)*. Brasília, DF: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em: 6 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília, DF: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013c.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional Antidrogas*. 1. ed. Brasília, DF: Secretaria nacional Antidrogas, 2001.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Redução de Danos/Drogas e Aids*. Brasília, DF: OBID, SENAD, 2007a.

Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11275&rastru=REDU%C3%87%C3%83O+DE+DANOS/Drogas+e+Aids>. Acesso em: 7 ago. 2010.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Redução de Danos/Vulnerabilidade*. Brasília, DF: OBID, SENAD, 2007b.

Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONENSC/conteudo/index.php?id_conteudo=12040&rastru=Redu%C3%A7%C3%A3o+de+Danos/Vulnerabilidade>. Acesso em: 7 ago. 2010.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília, DF: SENAD, 2007c.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Informações sobre drogas/Tipos de drogas/Álcool – Efeitos no organismo*. Brasília, DF: OBID, SENAD, 2007d.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: modulo3*. Coordenação Ronzani, T. M. SUPERA – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília, DF: SENAD, 2009b.

_____. Presidência da República. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. *Álcool: efeitos no organismo e consequências negativas*. Brasília, DF: OBID, SENAD, 2009c.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. *Glossário de álcool e drogas*. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília, DF: SENAD, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira (Orgs.). Brasília, DF: SENAD, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010*. CARLINI, E.A. (Sup.) et. al., São Paulo: CEBRID; UNIFESP; SENAD, 2010b.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Drogas: cartilha álcool e jovens*. Conteúdo e texto original: Beatriz H. Carlini – 2.ed.reimpr. Brasília, DF: Ministério da Justiça, SENAD, 2011b.

BRESIGHELLO, M.L.M. *Jovens universitários e álcool: conhecimentos e atitudes*. 2005. 82f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2005.

CAMARGO, B.V.; BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.1, p.61-8, 2007.

CANO, M.A.T. et al. O conhecimento de jovens universitários sobre aids e sua prevenção. *Rev. Eletr. Enferm.*, v.9, n.3, p.748-58, 2007.

CARDOSO, F.L. O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade. *Rev. Interam. Psicol.*, v.42, n.1, p.69-79, 2008.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T.F.B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev. Psiq. Clin.*, v.35, supl 1, p.70-5, 2008.

CARRENO, I.; COSTA, J.S.D. Uso de preservativos nas relações sexuais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.4, p.720-6, 2006.

CARLINI, E.A. et al. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001*. São Paulo: UNIFESP, 2002.

_____, GALDURÓZ, J.C.F. (Org.). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*. São Paulo: UNIFESP, 2006.

CASTANHA, A.R. et al. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *Psico.*, v.37, n.1, p.47-56, jan./abr., 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. São Paulo: Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, 2003a.

_____. *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 27 capitais brasileiras - 2003*. São Paulo: CEBRID, 2003b.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C.A. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Psicol. Reflexão e Crítica*, Rio Grande do Sul, v.20, n.2, p.303-13, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n.196*, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. *Resolução n.466*, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CUSTÓDIO, G. et al. Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. *J. Bras. Doenças Sex Transm.*, v.21, n.2, p.60-64, 2009.

DALLO, L.; MARTINS, R.A. Uso de álcool entre adolescentes escolares: um estudo-piloto. *Padéia*, v.21, n.50, p.329-34, set./dez., 2011.

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. São Paulo, v.24, supl.4, p.545-557, 2008.

DATASUS. Informações em saúde – DST/AIDS. *Casos de Aids identificados no Brasil (1982-2010)*. 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nr>>. Acesso em: 31 ago. 2011.

FELIPE, I.C.V. *As crenças, atitudes e práticas docentes na abordagem do álcool no contexto do ensino fundamental*. 2009. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, M.P. et al. Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.42, supl 1, p.65-71, 2008.

FLACSO BRASIL. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. *Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil – estudo com base em fontes secundárias*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

FORMIGA, N.S. et al. *Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT): a fidedignidade de uma medida sobre o consumo exagerado de álcool em universitários*. Psicologia.pt Portugal, 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0733.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

FUNAI, A.; PILLON, S.C. Uso de bebidas alcoólicas e aspectos religiosos em estudantes de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, v.13, n.1, p.24-9, jan./mar., 2011.

GALASSI, A.D. et al. Custos dos problemas causados pelo abuso de álcool. *Rev. Psiq.Clin.*, v.35, supl1, p.25-30, 2008.

GALATO, D.; CORREIA, T. Vulnerabilidade das doenças sexualmente transmissíveis de pessoas vivendo em relacionamentos estáveis em uma cidade do sul do Brasil. *Arq. Catarinenses Med.*, Florianópolis, v.40, n.2, p.12-17, 2011.

GALDURÓZ, J.F.C. et al. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras* – 2004. São Paulo: CEBRID, 2004.

GARCIA, O.R.Z. Prática sexual entre mulheres: identidade ou pluralidade sexual? *Cad. Pesq. Interdisciplinar em Ciênc. Humanas*, Santa Catarina, v.56, dez., 2003.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidade ao HIV/Aids no contexto brasileiro: Iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.19, n.2, p.9-20, dez., 2010.

GIACOMOZZI, A.I. et al. Levantamento sobre o uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do Programa Saúde do Escolar/Saúde e Prevenção nas Escolas no município de Florianópolis. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, n.3, p.612-22, 2012.

GOMES, A.M.T. *A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/Aids: conceitos, processos e representações sociais*. 2011. 414f. Tese (Concurso para Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

_____; CABRAL, I.E.; SCHILKOWISKY, L.B. Crianças com HIV/AIDS de uma Unidade Ambulatorial Pública. Rio de Janeiro. Brasil, 2003: Conhecendo seu Perfil. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediatr.*, São Paulo, v.4, n.2, p.55-68, dez., 2004.

_____, et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.111-20, jan./mar., 2012.

GRADIM, C.V.C.; SOUSA, A.M.M.; LOBO, J.M. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare enferm.*, v.12, n.2, p.204-13, 2007.

GRANVILLE-GARCIA, A. et al. Consumo de Drogas Lícitas por Adolescentes de Campina Grande - Paraíba. *International Journal of Dentistry*, América do Norte, v.02, p.1022, 2011.

INCIARDI, J.A. et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs*, v.38, n.3, p.305-10, 2006 apud REIS, N.B. *Conhecimento sobre HIV/aids entre usuários de drogas*. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. *Censo da Educação Superior: 2011* – Resumo técnico. Brasília, DF: INEP, 2013.

JARDIM, V.M.J. et al. O conhecimento e o uso de preservativos por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. *Rev. Cientif. Fac. Med. Campos.*, v.8, n.1, p.8-13, mai., 2013.

JOHNSTON, L.D. et al. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2012: Volume 2, College students and adults ages 19–50*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2013.

LIMA, J.M.B. *Alcoologia: o alcoolismo na perspectiva da saúde pública*. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A Formação do Enfermeiro e o Fenômeno das Drogas no Estado do Rio de Janeiro – Brasil: Atitudes e Crenças. *Rev. Latino-Am. Enferm*, Ribeirão Preto, v.13, n.spe, p.765-6, set./out., 2005.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.2, p.242-8, apr., 2008.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v.30, n.1, p.85-91, mar., 2009.

MARQUES, A.C.P.R. et al. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.58, n.2, mar./abr., 2012.

MARQUES, R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.26, supl I, p.28-32, 2004.

MATHURIN, P.; DELTENRE, P. Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut*, v.58, n.5, p.613-7, 2009.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, jul./set., 2012.

MOREIRA, F.G.; SILVEIRA, D.X. O que é prevenção ao uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Org.). *Drogas, família e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 3, p. 25-30 (Série Dilemas Modernos, 1).

NIEL, M.; JULIÃO, A. Conceitos gerais, avaliação diagnóstica e complicações clínicas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependência*. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 10, p. 135-141.

_____; MOREIRA, F.G.; SILVEIRA, D.X. Reflexões sobre o uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Org.). *Drogas, família e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 2, p.19-24. (Série Dilemas Modernos, 1).

NUNES, J.M. et al. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do *binge drinking* entre acadêmicos da área da saúde. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v.39, n.3, p.94-9, 2012.

OBSERVATÓRIO ARGENTINO DE DROGAS. Presidência de la nación (Ar). *Estudio nacional em población de 12 a 65 años, sobre consumo de substancias psicoativas*. Argentina, 2010.

OBSERVATÓRIO CHILENO DE DROGAS. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA / CI). *Estadísticas sobre o consumo de drogas y alcohol* – Estudios de población general de SENDA, Chile, 2010.

OBSERVATÓRIO URUGUAIO DE DROGAS. Junta Nacional de Drogas (Uy). *5^{ta} Encuesta nacional em Hogares sobre consumo de drogas*. Informes de investigación, Uruguay, mayo, 2012.

OLIVEIRA, E.B.; KESTENBERG, C.C.F.; SILVA, A.V. Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: As metodologias participativas. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.722-7, 2007.

PAI-PAD. Programa de ações integradas para prevenção e atenção ao uso de álcool e drogas na comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. *Treinamentos – Instrução AUDIT*. São Paulo: USP, 2006. Disponível em: http://paipad.fmrp.usp.br/servicos/treinamento/instrucao_audit.php. Acesso em: 27 dez. 2013.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, v.42, supl1, p.45-53, 2008.

PECHANSKY, F et al. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, p.1651-1660, nov./dez., 2004.

_____. Modelo Teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v.23, n.1, p.41-47, 2001.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PICCOLO, F.D.; KANUTH, D.R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de Aids e redução de danos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v.8, n.17, p.127-45, jun., 2002.

PILLON SC et al. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.*, v.45, n.1, p.100-7, 2011.

_____; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K.A.P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enferm.* Ribeirão Preto, v.13, n.spe 2, p.1169-76, 2005.

_____; CORRADI-WEBSTER, C.M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.325-32, jul./set., 2006.

PORTAL BRASIL. Cidadania e Justiça. *Percentual de negros no ensino superior é metade do de brancos*. Publicado em 13 mai 2011. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/05/percentual-de-negros-no-ensino-superior-e-metade-do-de-brancos>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

REIS, N.B. *Conhecimento sobre HIV/aids entre usuários de drogas*. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

REIS, R.K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/aids e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. *Rev Esc Enferm USP.*, v.43, n.3, p.662-9, 2009.

RIBEIRO, E. *Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre universitários da área da saúde de uma faculdade do interior do estado de São Paulo*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. *Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

RONZANI, T.M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. *Rev. de APS*, v.11, n.2, p.163-171, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/255/96>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

SALDANHA, A.A.W. et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *J Bras Doenças Sex Transm.*, v.20, n.1, p.36-44, 2008.

SANTOS, I.M.S.; SOUZA, J.B.; NICOLAU, A.I.O. *Uso do preservativo por casais heterossexuais em união estável*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 16., 2013. Anais... Vitória, ES: COFEN, 2013.

SANTOS, S.M.S.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecimento sobre Aids e drogas entre alunos de graduação de uma instituição de ensino superior do estado do Paraná. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p.522-8, jul./ago., 2009.

SANTOS, V.O.G. *A construção do conhecimento acerca do fenômeno das drogas: desafios no ensino crítico e problematizador*. 2010. 95f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R.M.M. Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Rev. Neuropsicol. Latinoam.*, v.2, n.3, p.1-11, 2010.

SEGATTO, M.L. et al. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiq Clin.*, v.35, n.4, p.138-43, 2008.

SILVA, A.B.J. et al. Relação entre consumo de bebidas alcoólicas por universitárias e adiposidade corporal. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.60, n.3, p.210-5, 2011.

SILVA, C.M. *Expondo-se conscientemente: vivendo e caracterizando relacionamento em tempo de aids*. 2012. 95f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R.A.R. et al. Características epidemiológicas e clínicas de portadores de HIV/aids atendidos em um hospital de referência - Natal/RN/Brasil. *Fiep bulletin*. Paraná, v.80, n.spe II, 2010.

SILVEIRA, D.X. *Um guia para a família*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de adolescência. Uso e abuso de álcool na adolescência. *Adolescência e saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.6-17, 2007.

TEIXEIRA, A.M.F.B. et al. Adolescentes e uso de preservativo: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1385-1396, jul., 2006.

TREZZA, M.C.A.F.; SANTOS, R.M.; LEITE, J.L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Rev. Bras. Enferm.*, v.61, n.6, p.904-8, nov./dez., 2008.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Sub-reitoria de Graduação – SR-1. Departamento de Seleção Acadêmica. *Vestibular Estadual 2010 – Dados descritivos da população de candidatos*. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

_____. Sub-reitoria de Graduação – SR-1. Departamento de Seleção Acadêmica. *Vestibular Estadual 2013 – Questionário de Informações Socioculturais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION. *World Drug Report 2012*. Nova Iorque: United Nations, 2012.

_____. *World Drug Report 2013*. Nova Iorque: United Nations, 2013.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas comparação transcultural. *Estud Psicol*. Natal, v.9, n.3, p.413-9, 2004.



WAGNER, G.A.; ANDRADE, A.G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Re. Psiq. Clin.*, São Paulo, v.35, supl 1, p.48-54, 2008.

WAGNER, T.M.C. et al. Estudantes universitários em tempos de HIV: o contexto da testagem. *Inter Psicol.*, Curitiba, v.14, n.1, p.61-71, 2010.

WOLLE, C.C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.33, n.4, p.367-73, 2011.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais		Nº ID		
QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL					
Teste para Identificação de Problemas Relacionados com o Uso de Álcool (AUDIT)					
<p>Leia atentamente as questões e responda cada uma marcando com um X apenas uma opção em cada de acordo com o seu consumo de bebidas alcoólicas. A equivalência de doses-padrão encontra-se ao final do teste. Mesmo que você não faça uso de álcool, é necessário que preencha todas as questões indicadas neste caso.</p>					
1) Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 3 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana		2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais			
3) Com que frequência você toma cinco ou mais doses (dose-padrão) de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias		4) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias			
5) Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias		6) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias			
7) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias		8) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu na noite anterior, por causa de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias			
9) Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses		10) Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses			
EQUIVALÊNCIA DE DOSE-PADRÃO Cerveja: 1 copo (de chope-350ml), 1 lata = 1 Dose ou 1 garrafa = 2 Doses, VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 Doses ou 1 garrafa = 6 Doses, CACHAÇA, VODCA, UISQUE ou CONHAQUE: meio copo americano (60ml) = 1,5 Doses ou 1 garrafa = mais de 20 Doses, UISQUE, RUM, LICOR, etc: 1 dose de dosador (40ml) = 1 Dose					

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais	Nº ID		
	QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ESTUDANTES			
<p>Este questionário deve ser respondido individualmente por cada estudante que se dispõe a participar do estudo. Solicito que marque a(s) opção(ões) desejada(s) em cada pergunta e responda todas as questões, evitando deixá-las em branco. Caso tenha dúvidas, faça os questionamentos ao monitor que estiver próximo. Restrinja sua resposta aos campos destinados a cada questão, evitando informações adicionais e rasuras.</p>				
ETAPA 1 – DADOS ACADÊMICOS				
A) Curso: _____ B) Período acadêmico: <input type="checkbox"/> 1º período <input type="checkbox"/> 2º período <input type="checkbox"/> 3º período <input type="checkbox"/> 4º período C) Turno: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Integral		D) Bolsista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não E) Se sim, qual tipo de bolsa: <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Monitoria <input type="checkbox"/> Estágio Interno Complementar <input type="checkbox"/> Iniciação à Docência <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Permanência (auxílio acadêmico) <input type="checkbox"/> Outra: _____ F) Acesso na universidade por cotas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
ETAPA 2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
A) Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino B) Idade (anos completos): _____ C) Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Outra: _____ D) Naturalidade: <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro <input type="checkbox"/> Outra: _____ E) Cidade que reside: _____ F) Cor da pele (auto-declaração): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/> Mulato ou Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Outro: _____ G) Filhos: <input type="checkbox"/> Não possui filhos <input type="checkbox"/> Possui filhos, quantos: _____ H) Estado Civil Atual: <input type="checkbox"/> Não tenho companheiro <input type="checkbox"/> Tenho companheiro e vivo com ele <input type="checkbox"/> Tenho companheiro e não vivo com ele		I) Religião: <input type="checkbox"/> Não possui religião <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica / Protestante <input type="checkbox"/> Espírita Kardecista <input type="checkbox"/> Espírita Candomblecista <input type="checkbox"/> Espírita Umbandista <input type="checkbox"/> Outra: _____ J) Condição da residência atual: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outra: _____ K) Renda familiar (em reais): <input type="checkbox"/> R.\$622,00 a R.\$1244,00 <input type="checkbox"/> R.\$1245,00 a R.\$1866,00 <input type="checkbox"/> R.\$1867,00 a R.\$2488,00 <input type="checkbox"/> R.\$2489,00 a R.\$3110,00 <input type="checkbox"/> R.\$3111,00 a R.\$3732,00 <input type="checkbox"/> Mais que R.\$3733,00 L) Você contribui com a renda familiar: <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não contribuo		

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais		Nº ID				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>M) Pessoas que moram com você: (1) Mãe (2) Pai (3) Madrasta (4) Padrasto (5) Avó/Avô (6) Irmãos (7) Filhos(as) (8) Tios(as) (9) Amigos(as) (10) Sozinho (11) Outras: _____</p> <p>N) Possui computador em casa ou eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros): (1) Sim (2) Não</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>O) Costuma utilizar com maior frequência (marque uma opção): (1) Computador em casa (2) Computadores na Universidade (3) Eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros) (4) Computadores em Lan house</p> <p>P) Tem acesso fácil à internet: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) As vezes (4) Raramente (5) Nunca</p> </td> </tr> </table>						<p>M) Pessoas que moram com você: (1) Mãe (2) Pai (3) Madrasta (4) Padrasto (5) Avó/Avô (6) Irmãos (7) Filhos(as) (8) Tios(as) (9) Amigos(as) (10) Sozinho (11) Outras: _____</p> <p>N) Possui computador em casa ou eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros): (1) Sim (2) Não</p>	<p>O) Costuma utilizar com maior frequência (marque uma opção): (1) Computador em casa (2) Computadores na Universidade (3) Eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros) (4) Computadores em Lan house</p> <p>P) Tem acesso fácil à internet: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) As vezes (4) Raramente (5) Nunca</p>
<p>M) Pessoas que moram com você: (1) Mãe (2) Pai (3) Madrasta (4) Padrasto (5) Avó/Avô (6) Irmãos (7) Filhos(as) (8) Tios(as) (9) Amigos(as) (10) Sozinho (11) Outras: _____</p> <p>N) Possui computador em casa ou eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros): (1) Sim (2) Não</p>	<p>O) Costuma utilizar com maior frequência (marque uma opção): (1) Computador em casa (2) Computadores na Universidade (3) Eletrônicos portáteis (notebook, netbook, tablet, Iphone, Ipod, Ipad, smartphona, dentre outros) (4) Computadores em Lan house</p> <p>P) Tem acesso fácil à internet: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) As vezes (4) Raramente (5) Nunca</p>						
ETAPA 3 – História de uso de álcool (APENAS PARA AQUELES QUE CONSOMEM OU JÁ CONSUMIRAM BEBIDAS ALCOÓLICAS):							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A) Idade do primeiro uso (em anos): (1) Menor de 12 anos (2) 13 a 15 anos (3) 16 a 18 anos (4) 19 a 22 anos (5) Acima de 23 anos</p> <p>B) Motivo para o primeiro uso / experimentação (marque 1 opção): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu quis (13) Porque todo mundo bebe (14) Outro: _____</p> <p>C) Tipo de bebida alcoólica utilizada com a maior frequência (marque 1 opção): (1) Cerveja ou Chope (2) Vinho ou espumante (3) Bebidas do tipo “ice” (4) Vodca (5) Cachaça (6) Tequila (7) Conhaque (8) Uisque (9) Demais destilados (10) Outras: _____ (11) Não utilizo mais</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>D) Para você, quantas doses-padrão são necessárias para perceber as alterações provocadas pelo seu uso de álcool? (1 dose-padrão equivale a 1 lata de cerveja-350ml / 1 copo comum de vinho-250ml / 1 dosador de vodca/uisque/cachaça-40ml): (1) 1 a 2 (2) 3 a 4 (3) 5 a 6 (4) 7 ou mais</p> <p>E) De um modo geral, você bebe (marque 1 opção): (1) Sozinho (2) Com a família (3) Com os(as) amigos(as) (4) Com companheiro(a) (5) Com colegas de trabalho (6) Outro: _____ (7) Não bebo mais</p> <p>F) Motivos para continuidade do consumo de álcool (marque até 3 opções): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu gosto (13) Porque todo mundo bebe (14) Porque eu preciso (15) Outro: _____ (16) Não consumo mais</p> </td> </tr> </table>						<p>A) Idade do primeiro uso (em anos): (1) Menor de 12 anos (2) 13 a 15 anos (3) 16 a 18 anos (4) 19 a 22 anos (5) Acima de 23 anos</p> <p>B) Motivo para o primeiro uso / experimentação (marque 1 opção): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu quis (13) Porque todo mundo bebe (14) Outro: _____</p> <p>C) Tipo de bebida alcoólica utilizada com a maior frequência (marque 1 opção): (1) Cerveja ou Chope (2) Vinho ou espumante (3) Bebidas do tipo “ice” (4) Vodca (5) Cachaça (6) Tequila (7) Conhaque (8) Uisque (9) Demais destilados (10) Outras: _____ (11) Não utilizo mais</p>	<p>D) Para você, quantas doses-padrão são necessárias para perceber as alterações provocadas pelo seu uso de álcool? (1 dose-padrão equivale a 1 lata de cerveja-350ml / 1 copo comum de vinho-250ml / 1 dosador de vodca/uisque/cachaça-40ml): (1) 1 a 2 (2) 3 a 4 (3) 5 a 6 (4) 7 ou mais</p> <p>E) De um modo geral, você bebe (marque 1 opção): (1) Sozinho (2) Com a família (3) Com os(as) amigos(as) (4) Com companheiro(a) (5) Com colegas de trabalho (6) Outro: _____ (7) Não bebo mais</p> <p>F) Motivos para continuidade do consumo de álcool (marque até 3 opções): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu gosto (13) Porque todo mundo bebe (14) Porque eu preciso (15) Outro: _____ (16) Não consumo mais</p>
<p>A) Idade do primeiro uso (em anos): (1) Menor de 12 anos (2) 13 a 15 anos (3) 16 a 18 anos (4) 19 a 22 anos (5) Acima de 23 anos</p> <p>B) Motivo para o primeiro uso / experimentação (marque 1 opção): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu quis (13) Porque todo mundo bebe (14) Outro: _____</p> <p>C) Tipo de bebida alcoólica utilizada com a maior frequência (marque 1 opção): (1) Cerveja ou Chope (2) Vinho ou espumante (3) Bebidas do tipo “ice” (4) Vodca (5) Cachaça (6) Tequila (7) Conhaque (8) Uisque (9) Demais destilados (10) Outras: _____ (11) Não utilizo mais</p>	<p>D) Para você, quantas doses-padrão são necessárias para perceber as alterações provocadas pelo seu uso de álcool? (1 dose-padrão equivale a 1 lata de cerveja-350ml / 1 copo comum de vinho-250ml / 1 dosador de vodca/uisque/cachaça-40ml): (1) 1 a 2 (2) 3 a 4 (3) 5 a 6 (4) 7 ou mais</p> <p>E) De um modo geral, você bebe (marque 1 opção): (1) Sozinho (2) Com a família (3) Com os(as) amigos(as) (4) Com companheiro(a) (5) Com colegas de trabalho (6) Outro: _____ (7) Não bebo mais</p> <p>F) Motivos para continuidade do consumo de álcool (marque até 3 opções): (1) Reduzir o estresse (2) Me divertir com os amigos (3) Ficar embriagado (4) Me enquadrar ao meu grupo (5) Esquecer meus problemas (6) Me sentir bem (7) Facilitar os encontros sexuais (8) Aliviar a depressão (9) Celebrar ocasiões importantes (10) Relaxar (11) Desinibir ao falar com pessoas (12) Porque eu gosto (13) Porque todo mundo bebe (14) Porque eu preciso (15) Outro: _____ (16) Não consumo mais</p>						

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais		Nº ID		
ETAPA 4 – CONHECIMENTOS SOBRE BEBIDAS ALCOÓLICAS					
<p>A) O consumo de bebidas alcoólicas pode provocar os efeitos imediatos (marque até 3 opções):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Euforia (2) <input type="checkbox"/> Desinibição (3) <input type="checkbox"/> Déficit de atenção (4) <input type="checkbox"/> Prazer sexual (5) <input type="checkbox"/> Melhor interação com o grupo de amigos (6) <input type="checkbox"/> Embriaguez (7) <input type="checkbox"/> Agressividade (8) <input type="checkbox"/> "Mais ligado" (9) <input type="checkbox"/> Facilidade para falar (10) <input type="checkbox"/> Segurança em si próprio (11) <input type="checkbox"/> Falta de coordenação motora (12) <input type="checkbox"/> Sono (13) <input type="checkbox"/> Diminuição da capacidade reativa (14) <input type="checkbox"/> Diminuição da capacidade de raciocínio (15) <input type="checkbox"/> Esquecimentos (16) <input type="checkbox"/> Tonturas/Vertigens (17) <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>B) O uso frequente de álcool pode levar a (marque até 3 opções):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Dependência (2) <input type="checkbox"/> Acidentes de trânsito (3) <input type="checkbox"/> Relações sexuais casuais (4) <input type="checkbox"/> Relações sexuais desprotegidas (5) <input type="checkbox"/> Maior aceitação dos amigos (6) <input type="checkbox"/> Violências e abuso sexual (7) <input type="checkbox"/> Problemas legais (8) <input type="checkbox"/> Maior participação em eventos sociais (9) <input type="checkbox"/> Problemas acadêmicos (aprendizado e comportamentos inadequados) (10) <input type="checkbox"/> Melhor desempenho acadêmico (11) <input type="checkbox"/> Facilidade de relacionamentos afetivos (12) <input type="checkbox"/> Alterações hepáticas ou gástricas (13) <input type="checkbox"/> Melhor status social (14) <input type="checkbox"/> Outras: _____</p> <p>C) No curso de graduação, teve alguma atividade / disciplina / informação sobre a questão do consumo de álcool?</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não</p> <p>D) O seu conhecimento sobre bebidas alcoólicas pode ser considerado como:</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Excelente (2) <input type="checkbox"/> Muito bom (3) <input type="checkbox"/> Bom (4) <input type="checkbox"/> Regular (5) <input type="checkbox"/> Insuficiente</p>			<p>E) Quando você tem dúvidas sobre bebidas alcoólicas, busca informações (marque até 3 opções):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Escola/cursos (2) <input type="checkbox"/> Faculdade (3) <input type="checkbox"/> Igreja ou ambientes religiosos (4) <input type="checkbox"/> Unidade de saúde ou profissionais de saúde (5) <input type="checkbox"/> Rádio (6) <input type="checkbox"/> Televisão (7) <input type="checkbox"/> Sites na internet (8) <input type="checkbox"/> Redes sociais (9) <input type="checkbox"/> Revistas em geral (10) <input type="checkbox"/> Livros em geral (11) <input type="checkbox"/> Manuais técnicos (12) <input type="checkbox"/> Palestras, oficinas ou cursos (13) <input type="checkbox"/> Revistas ou artigos científicos (14) <input type="checkbox"/> Livros científicos (15) <input type="checkbox"/> Conversas no cotidiano acadêmico (16) <input type="checkbox"/> Diálogo com familiares (17) <input type="checkbox"/> Diálogo com amigos (18) <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>F) O acesso dos estudantes às bebidas alcoólicas é (marque 1 opção):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Mais facilitado na universidade (2) <input type="checkbox"/> Mais facilitado nos locais públicos (3) <input type="checkbox"/> Mais facilitado no meio familiar (4) <input type="checkbox"/> Igual em qualquer lugar</p> <p>G) Locais em que o consumo de álcool ocorre com maior frequência (marque 1 opção):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> em casa (2) <input type="checkbox"/> nos ambientes comuns da universidade (3) <input type="checkbox"/> em festas acadêmicas (4) <input type="checkbox"/> em comemorações com amigos (5) <input type="checkbox"/> nos bares ou restaurantes (6) <input type="checkbox"/> em datas comemorativas (ex. final de ano) (7) <input type="checkbox"/> em festas familiares (8) <input type="checkbox"/> outros: _____</p> <p>H) Enumere até 3 tipos bebidas alcoólicas que apresentam maior teor alcoólico na sua opinião (1 para o maior teor e 3 para o menor):</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Cerveja ou Chope () (2) <input type="checkbox"/> Vinho ou espumante () (3) <input type="checkbox"/> Bebidas do tipo "ice" () (4) <input type="checkbox"/> Vodca () (5) <input type="checkbox"/> Cachaça () (6) <input type="checkbox"/> Tequila () (7) <input type="checkbox"/> Conhaque () (8) <input type="checkbox"/> Uísque () (9) <input type="checkbox"/> Demais destilados ()</p>		

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais	Nº ID		
ETAPA 5 – CONHECIMENTOS SOBRE HIV/AIDS				
<p>A) Você considera o HIV/Aids como (marque 1 opção):</p> <p>(1) Doença fatal (2) Condição de saúde curável (3) Destino de vida (4) Morte certa (5) Condição de vida com tratamento (6) Castigo divino (7) Vírus letal (8) Situação passageira (9) Outro: _____</p> <p>B) Quais as principais formas de transmissão do HIV (marque as opções desejadas):</p> <p>(1) De mãe para filho (2) Através da relação sexual desprotegida ou sem preservativo (3) Pela transfusão sanguínea (4) Pelo contato físico (5) Pela saliva ou secreções corporais (6) Através de objetos contaminados (7) Compartilhamento de seringas contaminadas (8) Pelo beijo (9) Pelo abraço (10) Através da realização de tatuagem ou piercing (11) Através do sangue (12) Através do consumo de álcool (13) Através do consumo de outras drogas (14) Outra: _____</p> <p>C) Quais os principais métodos de prevenção para HIV/Aids (marque as opções desejadas):</p> <p>(1) Camisinha (2) Relação interrompida (3) Gel espermicida (4) Diafragma (5) Pílula anticoncepcional (6) DIU (7) Tabela (8) Pílula do dia seguinte (9) Sexo com parceiro fixo (10) Não realizar transfusão sanguínea (11) Evitar contato com soropositivos (12) Não compartilhar seringas (13) Não usar álcool e/ou drogas (14) Não compartilhar objetos (15) Nenhuma das opções (16) Outro: _____</p> <p>D) No curso de graduação, teve alguma atividade / disciplina / informação sobre a questão do HIV/Aids?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>E) O seu conhecimento sobre HIV/Aids pode ser considerado como:</p> <p>(1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Regular (5) Insuficiente</p> <p>F) Principais fontes de informações sobre HIV/aids (marque até 3 opções):</p> <p>(1) Escola/cursos (2) Faculdade (3) Igreja ou ambientes religiosos (4) Unidade de saúde ou profissionais de saúde (5) Rádio (6) Televisão (7) Sites na internet (8) Redes sociais (9) Revistas em geral (10) Livros em geral (11) Manuais técnicos (12) Palestras, oficinas ou cursos (13) Revistas ou artigos científicos (14) Livros científicos (15) Conversas no cotidiano da universidade (16) Diálogo com familiares (17) Diálogo com amigos (18) Outro: _____</p> <p>G) Já realizou o teste para HIV:</p> <p>(1) Sim (2) Não [passe para ETAPA 6]</p> <p>H) Se sim, qual motivo (marque 1 opção):</p> <p>(1) Curiosidade (2) Sexo com desconhecido (3) Sexo sem preservativo (4) Sexo com parceiro(a) HIV positivo (5) Transfusão sanguínea (6) Realização de tatuagens e/ou piercing (7) Uso de drogas injetáveis (8) Exigência de trabalho (9) Descoberta de soropositividade de um conhecido/amigo/familiar (10) Estupro (11) Situações que não se lembra (12) Não lembro o motivo (13) Outro: _____</p>				

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais		N° ID		
ETAPA 6 – PRÁTICA SEXUAL					
<p>A) Já teve relação sexual: (1) Sim (2) Não [passe para ETAPA 7]</p> <p>B) Se sim, idade da primeira relação sexual: (1) Menor de 12 anos (2) 13 a 15 anos (3) 16 a 18 anos (4) 19 a 22 anos (5) Acima de 23 anos</p> <p>C) Sua 1ª relação sexual foi com: (1) Companheiro(a) estável (2) Parceiro(a) ocasional (3) Profissional do sexo (4) Amigo(a) (5) Não sei ou não lembro (6) Outro: _____</p> <p>D) Número de parceiros no último ano: _____</p> <p>E) Número de parceiros no último mês: _____</p> <p>F) Já manteve relações sexuais quando consumiu álcool: (1) Sim (2) Não</p> <p>G) Faz uso de preservativo (camisinha): (1) Sim (2) Não [passe para QUESTÃO N]</p> <p>H) Se sim, frequência do uso: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca</p> <p>I) Quando está envolvido emocionalmente com alguém, usa camisinha: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca</p> <p>J) Quando o(a) parceiro(a) não deseja usar camisinha, você (marque 1 opção): (1) Interrompe a relação no momento (2) Tenta negociar o uso (3) Deixa de usar (4) Recusa a relação sem camisinha (5) Troca de parceiro(a) (6) Continua a relação sem camisinha (7) Faz uso esporádico (às vezes) (8) Faz um pacto de usar somente em relações sexuais extra-relacionamento (9) Outro: _____</p>			<p>K) Na última relação sexual em que usou camisinha, fez consumo de bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não</p> <p>L) Costuma ter dificuldades para comprar camisinha? (1) Sim (2) Não [passe para QUESTÃO N]</p> <p>M) Se sim, a maior dificuldade (marque 1 opção): (1) Vergonha (2) Dinheiro (3) Esquecimento (4) Local para a compra (5) Armazenamento adequado (6) Outra: _____</p> <p>N) Se estivesse em uma relação sexual e percebesse que não tem camisinha na hora, você: (1) Continua a relação sem penetração (2) Interrompe e marca para outro dia (3) Continua a relação com penetração (4) Interrompe e sai para comprar (5) Realiza somente sexo oral (6) Outro: _____</p> <p>O) Motivos para o não uso da camisinha (marque até 3 opções): (1) Não ter na hora que precisa (2) Não tem como comprar (3) Não gosta ou não se sente a vontade para usar (4) Esqueceu de usar (5) Parceiro(a) se recusa a usar (6) Estava sob efeito de álcool (7) Não sabe usar (8) Não tinha no posto de saúde (9) Porque não quis (10) Estava com companheiro estável (11) Outro: _____</p> <p>P) Na sua opinião, quem sempre deve ter a camisinha guardada para relações sexuais inesperadas: (1) O homem (2) A mulher (3) Ambos (4) Nenhum</p> <p>Q) Pela sua experiência, qual é o fator que mais facilita alguém a adquirir o HIV (marque 1 opção): (1) Influência de amigos (2) Ações que devem ser punidas (3) Uso de bebidas alcoólicas (4) Confiança no parceiro (5) Empolgação do momento (6) Outro: _____</p>		

Título	Consumo de álcool e exposição ao HIV entre universitários: Conhecimentos e práticas sexuais		Nº ID		
	<p>R) Você já vivenciou algumas das atividades sociais listadas antes de ter uma relação sexual desprotegida (marque as opções desejadas)?</p> <p>(1)Sem dormir muitas horas (2)Várias festas seguidas (3)Festas prolongadas (4)"Choppada" (5)Reunião no bar com os amigos (6)Reunião de família (7)Evento religioso (8)Festas de aniversários (9)Churrasco com amigos / família (10)Manifestação política (11)Outro: _____ (12)Não vivenciei</p> <p>T) Você já se arrependeu de ter transado com alguém após ter acordado ou teve vontade de ir embora imediatamente?</p> <p>(1)Sempre (2)Quase sempre (3)As vezes (4)Raramente (5)Nunca</p> <p>U) Você já ficou ansiosa(o) por uma possível gravidez não planejada sua (ou de sua parceira)?</p> <p>(1)Sempre (2)Quase sempre (3)As vezes (4)Raramente (5)Nunca</p>	<p>S) Existem relatos de amigos que não usaram camisinha em função de consumo de bebidas alcoólicas?</p> <p>(1)Sempre (2)Quase sempre (3)As vezes (4)Raramente (5)Nunca</p> <p>V) Já teve alguma doença sexualmente transmissível (marque as opções desejadas)?</p> <p>(1)Cancro duro (Sífilis) (2)Cancro mole (3)Candidíase (4)Herpes simples genital (5)Gonorréia (6)Crista de galo (Condiloma acuminado ou HPV) (7)Linfogranuloma venéreo (bulbão) (8)Hepatite (9)HIV (10)Infecção por clamídia (11)Infecção por trichomonas (12)Infecção por ureaplasma (13)Infecção por gardnerella (14)Molusco contágio (15)Doença Inflamatória Pélvica (16)HTLV (17)Não tive</p>			

ETAPA 7 – COMPORTAMENTO SOCIAL

<p>A) Você possui vínculo de trabalho:</p> <p>(1)Não [passe para QUESTÃO C] (2)Sim, mas não remunerado (3)Sim, durante a semana (4)Sim, finais de semana (5)Sim, em regime de plantão (6)outro: _____</p> <p>B) Se sim, seu relacionamento no ambiente de trabalho pode ser considerado:</p> <p>(1)Excelente (2)Muito bom (3)Bom (4)Regular (5)Ruim</p> <p>C) Você considera satisfatório ou bom seu relacionamento afetivo com (marque as opções desejadas):</p> <p>(1)Amigos(as) (2)Companheiro(a) (3)Família (4)Parentes (5)Colegas de trabalho (6)Colegas de turma (7)Outro: _____</p>	<p>D) No seu tempo livre, o que costuma fazer com maior frequência (Marque as 3 principais):</p> <p>(1)Esportes comuns (2)Esportes radicais (3)práticas religiosas (4)Encontro com amigos (5)Leituras (6)Assiste televisão/filmes/séries (7)Ouve músicas (8)Viaja (9)Usa drogas (10)Fica com a família (11)Fica bebendo no bar (12)Vai a praia / clube / cachoeira (13)Vai ao cinema / teatro (14)Estuda (15)Trabalha (16)Navega na internet (17)Permanece nas dependências da universidade (18)Conversa com amigos e familiares (19)Atividades do lar (20)Outra: _____</p>
--	--

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto de Pesquisa: *“Vulnerabilidade ao HIV entre universitários: saberes e práticas sociais de exposição ao vírus nos diferentes padrões de uso de álcool”*.

Autora: *Ingryd Cunha Ventura Felipe*.

Trata-se de uma pesquisa de tese de doutorado, da autoria de Ingryd Cunha Ventura Felipe, realizado na Faculdade de Enfermagem da UERJ, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes. Solicito que leia atentamente todas as informações para assinar ao final deste documento.

Informo meu interesse e disponibilidade para participação como sujeito desta pesquisa. Declaro ter ciência de que os objetivos a serem estudados consistem em:

- Determinar o padrão de uso de álcool entre universitários;
- Identificar o conhecimento dos universitários sobre a infecção ao HIV;
- Identificar as práticas de exposição ao vírus referidas pelos estudantes;
- Comparar as práticas referidas nos diferentes padrões de consumo;
- Discutir as implicações dos conhecimentos e das práticas dos universitários na sua vulnerabilidade à infecção ao HIV.

Tenho conhecimento de que será necessário o preenchimento de dois questionários a serem entregues pela pesquisadora e que deverão ser devolvidos no momento da coleta das informações. Concordo em participar da pesquisa de acordo com minha disponibilidade, e que está garantido total anonimato através da utilização de pseudônimos na identificação dos instrumentos.

Esta participação tem garantia de ser livre, podendo recusar-me a responder alguma pergunta ou desistir da participação, sem que haja qualquer implicação legal ou prejuízo no decorrer do meu curso de graduação ou futuro profissional.

Afirmo estar ciente de que os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico, e que poderei acessá-los ao final do estudo, através da pesquisadora ou da FENF/UERJ e que não receberei qualquer benefício material como resultado de minha participação.

Local e Data: _____, ____/____/_____.

Assinatura do Declarante: _____

RG do Declarante: _____

Para maiores e posteriores esclarecimentos, contatos:

Ingyrd Cunha Ventura Felipe – E-mail: ingrydventura@yahoo.com.br

Tels: (21)3471-7775 / 9266-6981

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FE/UERJ)

Tel: (21)2587-6335 ramal 217.

Assinatura da Pesquisadora: _____

Ingyrd Cunha Ventura Felipe

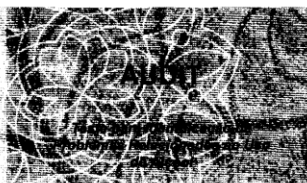
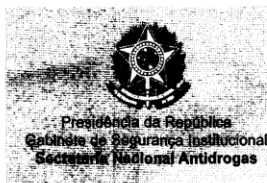
CPF: 102266027-61

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br – Telefone: (21) 2569-3490.

ANEXO A – Quantitativo de alunos inscritos por cursos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no período 2011/2

CENTRO	UNIDADE	CURSO	TOTAL ALUNOS
CBI	ENF	Enfermagem	291
CBI	FCM	Medicina	552
CBI	IBRAG	Ciências Biológicas	378
CBI	NUT	Nutrição	313
CBI	ODO	Odontologia	224
CCS	DIR	Direito	1659
CCS	FAF	Administração	497
CCS	FAF	Ciências Contábeis	463
CCS	FCE	Ciências Econômicas	614
CCS	FSS	Serviço Social	419
CCS	IFCH	Ciências Sociais	433
CCS	IFCH	Filosofia	403
CCS	IFCH	História	492
CEH	ART	Artes	33
CEH	ART	Artes Visuais	248
CEH	ART	Educação Artística	3
CEH	ART	História da Arte	91
CEH	EDU	Pedagogia	1393
CEH	FCS	Comunicação Social	417
CEH	FEBF	Geografia	149
CEH	FEBF	Matemática	105
CEH	FEBF	Pedagogia	566
CEH	FFP	Ciências Biológicas	297
CEH	FFP	Geografia	605
CEH	FFP	História	341
CEH	FFP	Letras - Port / Inglês	302
CEH	FFP	Letras - Port / Literatura	302
CEH	FFP	Matemática	189
CEH	FFP	Pedagogia - Séries Iniciais	364
CEH	IEFD	Educação Física	457
CEH	ILE	Letras - Inglês	287
CEH	ILE	Letras - Port / Alemão	67
CEH	ILE	Letras - Port / Espanhol	210
CEH	ILE	Letras - Port / Francês	135
CEH	ILE	Letras - Port / Grego	39
CEH	ILE	Letras - Port / Italiano	177
CEH	ILE	Letras - Port / Japonês	59
CEH	ILE	Letras - Port / Latim	79
CEH	ILE	Letras - Port / Literatura	284
CEH	PSI	Psicologia	487
CTC	ESDI	Desenho Industrial	158
CTC	FAOC	Oceanografia	204
CTC	FAT	Engenharia	520
CTC	FEN	Engenharia	2544
CTC	FGEL	Geologia	156
CTC	FIS	Física	534
CTC	GEO	Geografia	49
CTC	GEO	Oceanografia	2
CTC	IGEOG	Geografia	301
CTC	IGEOG	Turismo	53
CTC	IME	Ciência da Computação	508
CTC	IME	Ciências Atuariais	350
CTC	IME	Estatística	327
CTC	IME	Informática e Tecn. Informação	60
CTC	IME	Matemática	627
CTC	IPRJ	Engenharia	38
CTC	QUI	Engenharia Química	443
CTC	QUI	Química	129

ANEXO B – Teste para Identificação de Problemas Relacionados com o Uso de Álcool (AUDIT)



(Instrumento traduzido com autorização da Organização Mundial de Saúde)

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".
Explique o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses-padrão".
Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <input type="checkbox"/>	<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <input type="checkbox"/>
<p>3. Com que frequência você toma cinco ou mais "doses" (doses-padrão) de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/>
<p>5. Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/>
<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu na noite anterior, por causa de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <input type="checkbox"/>
<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="checkbox"/>	<p>10. Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <input type="checkbox"/>

Anote aqui o resultado: $Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10 =$

Equivalências de Dose Padrão

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata = 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES"
VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 "DOSES" ou 1 garrafa = 8 "DOSES"
CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: "meio copo americano" (60ml) = 1,5 "DOSES" ou 1 garrafa = mais de 20 "DOSES"
UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 "dose de dosador"(40ml) - 1 "DOSE"

ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2

Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã,
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.
E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2334 2180

PARECER COEP 016/2012

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 3ª Reunião Ordinária em 26 de abril de 2012, analisou o protocolo de pesquisa nº 003.3.2012 segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: “*Vulnerabilidade ao HIV entre universitários usuários de álcool*”.

Pesquisador Responsável: Ingrid Cunha Ventura Felipe

Instituição Responsável: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social /UERJ

Área do Conhecimento: 4.00 – Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

Palavras-chave: HIV, universitários, uso de álcool

Sumário: Trata-se de uma pesquisa desenvolvida por uma aluna do Programa de Doutorado em Enfermagem da UERJ. Tem por objetivo analisar os elementos de exposição ao HIV e sua relação com os diferentes padrões de uso de álcool entre universitários. Especificamente o projeto pretende determinar o padrão de uso de álcool entre universitários. O estudo será realizado com alunos de graduação dos cursos oferecidos na UERJ no município do Rio de Janeiro. Este universo conta com um total de aproximadamente 22 mil alunos. Serão selecionados alguns cursos e algumas turmas. Será realizada a técnica de amostragem por conglomerado de acordo com a grade de cursos e com apoio em testes estatísticos. Os alunos serão selecionados por meio de sorteio aleatório.

Objetivo: Determinar o padrão de uso de álcool entre universitários; descrever o conhecimento e as práticas sociais e sexuais de exposição ao HIV referidas pelos universitários; comparar os elementos de exposição ao HIV nos diferentes padrões de consumo; analisar os conhecimentos e práticas sociais e sexuais dos universitários sobre sua exposição ao HIV; discutir as implicações dos elementos de exposição na sua vulnerabilidade à infecção.

Considerações Finais: O projeto de pesquisa está bem estruturado, apresentando coerência interna desde a introdução, apoiado em bibliografia adequada à proposta do estudo e aderente a Linha de Pesquisa e produção científica da orientadora. Necessita rever no cronograma, indicando que a pesquisa terá início após a aprovação do Projeto pela COEP/UERJ.

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

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para janeiro de 2012**, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012.


Prof. Dra. Célia Caldas
Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ
Mat 32.359-2