



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Laércio Deleon de Melo

**Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre a prevenção de  
infecções sexualmente transmissíveis: estudo de método misto**

Rio de Janeiro

2022

Laércio Deleon de Melo

**Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre a prevenção de  
infecções sexualmente transmissíveis: estudo de método misto**

Tese apresentada, como requisito parcial para a 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.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Thelma Spindola

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

M528	<p>Melo, Laércio Deleon de. Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis : estudo de método misto / Laércio Deleon de Melo. – 2022. 225 f.</p> <p>Orientadora: Thelma Spindola Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Comportamento sexual. 2. Doenças sexualmente transmissíveis - Prevenção e controle. 3. Estudantes. 4. Universidades. I. Spindola, Thelma. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

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

---

Assinatura

---

Data

Laércio Deleon de Melo

**Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis: estudo de método misto**

Tese apresentada, como requisito parcial para a 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 01 de Junho de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Thelma Spindola (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristina Arreguy-Sena  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Donizete Vago Daher  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lemos Pereira  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Helena Garcia Penna  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese de doutoramento a todos os que ressignificam a minha vida. Que para mim representam: força, alegria, felicidade, amor e minha base. A Minha Mãe, Maria Aparecida; meu Pai, Leonel; meus irmãos Aécio, Laize e Alécio; meus sobrinhos, Isadora e Mateus e a meu marido, Felipe Eduardo. Vocês fortalecem meu coração e minha alma. Obrigado por me inspirarem sempre. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Olhar para trás e poder reconhecer e honrar aqueles que me apoiaram, investiram e acreditaram em mim é fundamental para encerrar este ciclo. Talvez chegar a essa fase seja um dos momentos de maior satisfação da minha vida, porque foram tempos de grandes desafios que pareciam intermináveis e insuperáveis, mas também pela alegria e certeza de que este sonho só atinge hoje a sua concretude, porque eu tive o apoio, o cuidado e o incentivo de muitos.

Antes de tudo, gostaria de agradecer a Deus, o grande autor da odisséia da vida! Gratidão pela bênção da vida, por teu incondicional amor e zeloso cuidado a todo momento. Tu és minha rocha, minha força e salvação! Não sou nada sem ti! Obrigado pela concretização de mais este sonho!

A Nossa Senhora Aparecida por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades, obrigado por ser a mãe intercessora a Deus em todos os meus pedidos e promessas em *prol* da realização de todos os meus sonhos.

À família Melo. À minha melhor amiga e conselheira, minha mãe, Maria Aparecida Alves de Melo, por sua dedicação incondicional, minha maior inspiração, obrigado por confiar a mim a realização do seu sonho. Ao meu pai, Leonel Augusto de Melo, que sempre se emociona com minhas conquistas, demonstrando orgulho diante do meu crescimento profissional. Aos meus irmãos e sobrinhos, obrigado por entenderem a minha ausência e, mesmo sentindo minha falta, amaram-me da mesma forma, apesar de eu ter saído de casa tão cedo em busca dos meus propósitos, tendo-os deixado ainda jovem. Minha família é a razão do meu viver em busca de sempre me tornar uma pessoa melhor, que possa lhes gerar orgulho e continuarmos sendo a família unida que sempre fomos. Amo vocês!

Ao meu amor, Felipe Eduardo Taroco, meu companheiro de todas as horas... Sim, você esteve comigo nas alegrias, celebrações, aflições e tristezas. Como sou grato por seu amor, apoio e compreensão! Às vezes, era tanta coisa que eu falava que você nem conseguia processar. Hahaha. Obrigado ainda por entender meus lapsos de memória, cansaços e ausências. Obrigado por, mesmo assim, estar sempre ali, cuidando e torcendo por mim! Obrigado por me presentear com sua vida ao meu lado e com familiares que me acolhem e possuem valor ímpar em minha vida, seus pais e irmã sempre irão ocupar um lugar todo

especial em minha vida. Amo vocês!

À minha orientadora, Profa. Dra. Thelma Spindola, pelo apoio, por aceitar me orientar, por tanta compreensão, por cada conselho, cada orientação e valiosas contribuições a minha formação, as quais foram fundamentais para a conclusão do meu doutoramento. Levarei seus ensinamentos por toda a vida. Obrigado por acreditar em mim e confiar que eu me tornasse o seu primeiro orientando de doutorado a defender. Você não tem ideia do misto de responsabilidade e de confiança que este presente trouxe para a minha vida. Gratidão eterna por confiar a mim o seu banco de dados referente ao projeto de pesquisa intitulado “Sexualidade e Vulnerabilidade dos Jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

À minha eterna orientadora, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, você sempre será muito mais do que minha orientadora de mestrado. Obrigado por acreditar em meu potencial quando, algumas vezes, até eu cheguei a duvidar. Você é uma grande referência para mim como pessoa humana, como enfermeira, professora e pesquisadora. Enfim, você é um ser humano único e de uma riqueza de conhecimentos inenarráveis. Obrigado por tanto, obrigado por sempre me socorrer e me acolher, por sempre sanar minhas dúvidas com sugestões tranquilizantes e precisas. Obrigado por cada conselho, você junto a seu esposo, o Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto, sempre irão figurar em minha vida como pessoas a quem devo muito carinho, respeito e nas quais me inspirarei sempre. Grande abraço a toda a família Arreguy.

Aos membros da Banca de Qualificação, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, Profa. Dra. Lúcia Helena Garcia Penna, Profa. Dra. Paula Krempser e Profa. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa, agradeço por aceitarem prontamente o convite para avaliar este trabalho e pelas valiosas sugestões na banca, as quais contribuíram com ajustes que só abrilhantaram e reificaram o ineditismo e contributo da presente pesquisa.

Aos membros da Pré-banca e da Banca de Defesa Final, Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, Profa. Dra. Donizete Vago Daher; Profa. Dra. Adriana Lemos Pereira; Profa. Dra. Lúcia Helena Garcia Penna, Profa. Dra. Paula Krempser e Profa. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa, obrigado por aceitarem prontamente o convite para avaliarem a presente tese na pré-banca e na versão de apresentação final. Foram valiosas todas as sugestões dadas como contributo à finalização do meu doutoramento.

Aos membros dos grupos de pesquisas, obrigado por todo o aprendizado construído e por toda a produção científica viabilizada e publicada em parceria: 1) Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem (TECCSE), do qual faço parte desde o início do meu mestrado; 2) Espiritualidade e Religiosidade no Contexto do Cuidado de Enfermagem e

Saúde - Produção Discursiva e Representações Sociais - Religares, em especial ao professor Antônio Marcos Tosoli Gomes pela acolhida e valioso aprendizado no período pré-doutoramento e 3) Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais, por me acolherem desde o início deste doutoramento.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por propiciar um caminho de ensino de excelência para me desenvolver como enfermeiro, mestre, professor e agora doutor! Obrigado por fazer parte da minha história.

À minha amiga Doutoranda Juliana de Lima Brandão, grande parceira nos estudos, fonte de apoio, incentivo e um exemplo de dedicação, moral e condutas. Obrigado por ter me ajudado tanto, foi maravilhoso aprender com você e compartilhar com você aquilo que sabia. Você é uma parceira que levarei para a vida.

Aos meus amigos e colegas Docentes, Profissionais de Enfermagem e de Saúde e aos meus queridos alunos. Nestes oito anos em que atuo como enfermeiro, vocês sempre foram incentivo, fonte de aprendizado e modelo para seguir e buscar me capacitar. Aprendi muito e aprendo cotidianamente com todos vocês!

Aos demais amigos e amigas que me ajudaram, entenderam os momentos de ausência e me incentivaram a alcançar o meu objetivo. Muito obrigado a todos!

Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

*Paulo Freire*

## RESUMO

MELO, Laércio Deleon de. **Conhecimentos e Comportamentos de Universitários sobre Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis**: estudo de método misto. 2022. 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Este estudo objetivou analisar os conhecimentos e as práticas sexuais de universitários sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na perspectiva transcultural e de saúde e utilizou o delineamento de método misto, do tipo incorporada concomitante. Pesquisa realizada em duas universidades cariocas, na qual participaram jovens universitários sexualmente ativos (n=1.256) com idade entre 18 a 29 anos (etapa quantitativa) e 57 (etapa qualitativa). Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um questionário com questões abertas e fechadas para caracterização sociodemográfica; perfil de conhecimento sobre as ISTs, práticas sexuais e de prevenção e um roteiro para os grupos focais abordando as práticas sexuais e de prevenção de ISTs. A coleta de dados ocorreu no período de 2016 a 2018, nos *campi* universitários. Os dados quantitativos foram organizados em uma planilha do *software Excel 2016*, e as análises, com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences*. Foram aplicadas as análises descritivas uni e bivariada, testes não paramétricos (Anova para variáveis nominais e ordinais, teste qui-quadrado de *Pearson* e teste de hipóteses). Os dados discursivos foram organizados e analisados com apoio do *software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Foram respeitados todos os aspectos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos. Nos achados, verificou-se que a maioria dos estudantes eram homens (52,6%); idade entre 18 e 24 anos (82,7%); cor da pele branca (51,4%); solteiros (52,08%); heterossexuais (84,9%); residiam com os pais (70,85%); não trabalhavam (57,96%) e se consideravam praticantes religiosos (62%). O grau de conhecimento dos jovens universitários em relação às ISTs e suas estratégias preventivas não apresentou significância em relação aos marcadores sociais. Percebeu-se nos achados que os jovens universitários são possuidores de informações sobre a temática, contudo estas não se convertem em um saber útil capaz de modificar suas práticas sexuais, permeadas por múltiplos contextos de vulnerabilidades e adoção de Comportamentos Sexuais de Risco. Ao identificar as estratégias educativas para prevenção de ISTs dos estudantes universitários, na perspectiva transcultural de Madeleine Leininger, destaca-se que essas propostas devem ser problematizadas, contextualizadas e congruentes com as demandas de saúde sexual e reprodutiva do grupo. As ações educativas devem ser viabilizadas através de uma parceria entre as Instituições de Ensino Superior e os enfermeiros da Atenção Primária com enfoque inclusivo na perspectiva dos próprios estudantes, valorizando seus conhecimentos, experiências e indicadores sociais e, com possibilidade de incluir pais, familiares e parceiros(as) sexuais. Os comportamentos sexuais não seguros adotados pelos universitários foram associados aos marcadores sociais do grupo, evidenciando que estes influenciam as condutas sexuais adotadas por esses estudantes de forma interseccional e transcultural.

Palavras-chave: Adulto Jovem. Conhecimento. Comportamento Sexual. Prevenção de Doenças. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Enfermagem Transcultural. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

MELO, Laércio Deleon de. **Knowledge and Behaviors of University Students on Prevention of Sexually Transmitted Infections**: a mixed method study. 2022. 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This study aimed to analyze the knowledge and sexual practices of university students on the prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs) from a cross-cultural and health perspective and used a mixed method design, of the concomitant incorporated type. Research carried out in two universities in Rio de Janeiro, in which sexually active young university students (n=1,256) aged between 18 and 29 (quantitative stage) and 57 (qualitative stage) participated. Two instruments were used for data collection, a questionnaire with open and closed questions for sociodemographic characterization; knowledge profile about STIs, sexual practices and prevention and a roadmap for focus groups addressing sexual practices and STI prevention. Data collection took place from 2016 to 2018, on university campuses. Quantitative data were organized in an Excel 2016 spreadsheet, and the analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences software. Univariate and bivariate descriptive analyses, nonparametric tests (ANOVA for nominal and ordinal variables, Pearson's chi-square test and hypothesis test) were applied. The discursive data were organized and analyzed using the software Interface de R Pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. All ethical and legal aspects of research involving human beings were respected. In the findings, it was found that most students were men (52.6%); age between 18 and 24 years (82.7%); white skin color (51.4%); single (52.08%); heterosexuals (84.9%); lived with their parents (70.85%); did not work (57.96%) and considered themselves religious practitioners (62%). The degree of knowledge of university students in relation to STIs and their preventive strategies was not significant in relation to social markers. It was noticed in the findings that university students possess information on the subject, however, this information does not become useful knowledge capable of modifying their sexual practices, permeated by multiple contexts of vulnerability and adoption of Risky Sexual Behaviors. When identifying educational strategies for the prevention of STIs for university students, from the transcultural perspective of Madeleine Leininger, it is emphasized that these proposals must be problematized, contextualized and congruent with the group's sexual and reproductive health demands. Educational actions must be made possible through a partnership between Higher Education Institutions and Primary Care nurses with an inclusive focus from the perspective of the students themselves, valuing their knowledge, experiences and social indicators and, with the possibility of including parents, family members and partners (as) sexual. The unsafe sexual behaviors adopted by university students were associated with the social markers of the group, evidencing that these influence the sexual behaviors adopted by these students in an intersectional and transcultural way.

Keywords: Young Adult. Knowledge. Sexual Behavior. Disease Prevention. Sexually Transmitted Diseases. Transcultural Nursing. Health Education.

## RESUMEN

MELO, Laércio Deleon de. **Conocimientos y Comportamientos de Estudiantes Universitarios sobre Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual**: un estudio de método mixto. 2022. 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Este estudio tuvo como objetivo analizar los conocimientos y prácticas sexuales de estudiantes universitarios sobre la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) desde una perspectiva intercultural y de salud y utilizó un diseño de método mixto, del tipo concomitante incorporado. Investigación realizada en dos universidades de Río de Janeiro, en la que participaron jóvenes universitarias sexualmente activas (n=1.256) con edades entre 18 y 29 años (etapa cuantitativa) y 57 años (etapa cualitativa). Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos, un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para la caracterización sociodemográfica; perfil de conocimientos sobre ITS, prácticas sexuales y prevención y hoja de ruta para grupos focales que aborden prácticas sexuales y prevención de ITS. La recolección de datos ocurrió de 2016 a 2018, en los campus universitarios. Los datos cuantitativos se organizaron en una hoja de cálculo de Excel 2016 y los análisis se realizaron con el software Statistical Package for the Social Sciences. Se aplicaron análisis descriptivos univariados y bivariados, pruebas no paramétricas (ANOVA para variables nominales y ordinales, prueba de chi-cuadrado de Pearson y prueba de hipótesis). Los datos discursivos fueron organizados y analizados utilizando el software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Se respetaron todos los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos. En los hallazgos se encontró que la mayoría de los estudiantes eran hombres (52,6%); edad entre 18 y 24 años (82,7%); color de piel blanca (51,4%); soltero (52,08%); heterosexuales (84,9%); vivía con sus padres (70,85%); no trabajaba (57,96%) y se consideraban practicantes de la religión (62%). El grado de conocimiento de los universitarios en relación a las ITS y sus estrategias preventivas no fue significativo en relación a los marcadores sociales. Se percibió en los hallazgos que los universitarios poseen información sobre el tema, sin embargo, esa información no se convierte en conocimiento útil capaz de modificar sus prácticas sexuales, permeadas por múltiples contextos de vulnerabilidad y adopción de Conductas Sexuales de Riesgo. Al identificar estrategias educativas para la prevención de ITS para estudiantes universitarios, desde la perspectiva transcultural de Madeleine Leininger, se enfatiza que estas propuestas deben ser problematizadas, contextualizadas y congruentes con las demandas de salud sexual y reproductiva del grupo. Las acciones educativas deben ser posibles a través de una alianza entre las Instituciones de Educación Superior y las enfermeras de Atención Primaria con un enfoque inclusivo desde la perspectiva de los propios estudiantes, valorando sus conocimientos, experiencias e indicadores sociales y, con la posibilidad de incluir a los padres, familiares y compañeros. (como) sexuales. Las conductas sexuales inseguras adoptadas por los estudiantes universitarios fueron asociadas a los marcadores sociales del grupo, evidenciando que estos influyen en las conductas sexuales adoptadas por estos estudiantes de forma interseccional y transcultural.

Palabras Clave: Adulto Joven. Conocimiento. Conducta Sexual. Prevención de Enfermedades. Enfermedades de Transmisión Sexual. Enfermería Transcultural. Educación en Salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Políticas de prevenção de IST. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	45
Figura 2 -	Estrutura esquemática explicativa da Teoria de Madeleine Leininger. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	62
Figura 3 -	Esquema explicativo do delineamento de método misto adotado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	68
Figura 4 -	Dendrograma das classes fornecidas pelo <i>software Iramutec</i> relacionado ao conhecimento das ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	104
Figura 5 -	Dendrograma com a distribuição das classes fornecidas pelo <i>software Iramutec</i> relacionado ao conhecimento dos estudantes sobre as ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	105
Figura 6 -	Dendrograma da estrutura das classes fornecidas pelo <i>software Iramutec</i> relacionado aos comportamentos sexuais e de prevenção. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	113
Figura 7 -	Dendrograma com a distribuição das classes fornecidas pelo <i>software Iramutec</i> relacionado aos comportamentos sexuais e de prevenção, segundo os estudantes sobre as ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	114
Figura 8 -	Organograma explicativo do delineamento de método misto do tipo incorporado concomitante. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	172
Figura 9 -	Transposição dos metaparadigmas da enfermagem segundo Leininger. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	175

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	25
Quadro 2 -	Síntese das regras estatísticas adotadas para a construção e avaliação das variáveis na mensuração dos conhecimentos e das práticas sexuais de jovens universitários. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	75
Quadro 3 -	Roteiro para os Grupos Focais.....	214

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estrutura de busca para a revisão integrativa.....	24
Tabela 2 -	Caracterização sociodemográfica de universitários sexualmente ativos de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1256).....	79
Tabela 3 -	Distribuição de estudantes universitários de duas IESs em relação ao conhecimento sobre as ISTs, conforme os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256).....	82
Tabela 4 -	Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme os conhecimentos dos métodos de prevenção de ISTs e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) .....	84
Tabela 5 -	Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme as práticas sexuais adotadas e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) .....	85
Tabela 6 -	Distribuição dos universitários de duas IESs segundo o uso de camisinha em todas as relações sexuais e os determinantes sociais.....	88
Tabela 7 -	Uso de camisinha com parceiro sexual fixo segundo os indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022.....	90
Tabela 8 -	Uso de camisinha com parceria sexual casual e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 .....	92
Tabela 9 -	Uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022.	94
Tabela 10 -	Busca por atendimento de saúde e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 .....	97
Tabela 11 -	Histórico de ISTs e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 .....	99
Tabela 12 -	Avaliação da realização de testagem para HIV/aids e indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022.	101
Tabela 13 -	Palavras associadas à classe 4, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, .....	106
Tabela 14 -	Palavras associadas à classe 3, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	108
Tabela 15 -	Palavras associadas à classe 2, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	110
Tabela 16 -	Palavras associadas à classe 1, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	111

Tabela 17 -	Palavras associadas à classe 4, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	115
Tabela 18 -	Palavras associadas à classe 3, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	117
Tabela 19 -	Palavras associadas à classe 2, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	118
Tabela 20 -	Palavras associadas à classe 1, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	120

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ARV	Antirretroviral
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAB	Caderno de Atenção Básica
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Cinahl	<i>Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Comportamentos de Riscos à Saúde
CSR	Comportamentos Sexuais de Risco
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DF	Distrito Federal
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Fies	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
GF	Grupos Focais
HAV	Vírus da Hepatite A
HBV	Vírus da Hepatite B
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	Papilomavírus Humano
HSHs	Homens que fazem Sexo com Homens
HSV	Herpes Vírus Simples

HV	Herpes Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
IES	Instituição de Ensino Superior
Iramutec	<i>Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JF	Juiz de Fora
Latindex	<i>Regional System of Online Information for Latin American and Caribbean</i>
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
Mesh	<i>Medical Subject Headings</i>
Mmat	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
Paism	Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher
PCR	Política de Cotas Raciais
PEP	Profilaxia Pós-exposição Sexual
PIC	Programa de Iniciação Científica
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pnaisaj	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
Pnaish	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem
Pnaism	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNJ	Política Nacional da Juventude
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Prouni	Programa Universidade para Todos
Prep	Profilaxia Pré-exposição Sexual
PSE	Programa Saúde na Escola
Pubmed	<i>National Library of Medicine and the National Institutes of Health</i>
QV	Qualidade de Vida
RJ	Rio de Janeiro
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
ST	Seguimento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
Tarv	Terapia Antirretroviral
TCCSE	Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
Uerj	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VS	Violência Sexual
$X^2$	Qui-quadrado

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO.....</b>	<b>36</b>
1.1	<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis: Práticas Sexuais e de Prevenção entre Jovens Universitários.....</b>	<b>36</b>
1.2	<b>A prevenção de ISTs por jovens universitários: uma reflexão à luz da teoria do conhecimento de Johannes Henssen.....</b>	<b>39</b>
1.3	<b>Políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a universidade como promotora da saúde de jovens.....</b>	<b>44</b>
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....</b>	<b>60</b>
2.1	<b>Teoria Transcultural de Leininger e o Cuidado de Enfermagem Baseado nos Comportamentos Humanos e Marcadores Sociais.....</b>	<b>60</b>
3	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>67</b>
3.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>67</b>
3.2	<b>Campo do estudo.....</b>	<b>69</b>
3.3	<b>Participantes do estudo e amostragem.....</b>	<b>70</b>
3.4	<b>Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>71</b>
3.5	<b>Coleta e análise dos dados.....</b>	<b>72</b>
3.6	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>77</b>
4	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
4.1	<b>Caracterização Sociodemográfica dos estudantes universitários.....</b>	<b>79</b>
4.2	<b>Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem quantitativa.....</b>	<b>81</b>
4.3	<b>Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem qualitativa.....</b>	<b>103</b>
4.3.1	<u>Classe 4: Processo de construção do conhecimento enquanto um saber útil, ancorado na educação familiar, escolar, nos aspectos culturais e grupos de pertença</u> .....	<b>106</b>
4.3.2	<u>Classe 3: Conhecimento dos estudantes sobre transmissão das ISTs, práticas sexuais e o uso (ou não) de preservativos.....</u>	<b>108</b>
4.3.3	<u>Classes 2: Concepção de jovens universitários acerca da vulnerabilidade às ISTs - perspectiva de gênero, cultura e atenção à saúde individual e coletiva.....</u>	<b>109</b>

4.3.4	<u>Classe 1: Entre o conhecimento acerca da evolução histórico-social do HIV/aids, a terapia antirretroviral e a banalização no uso de preservativos - prevenção de ISTs ou contracepção?</u> .....	111
4.3.5	<u>Classe 4: Roteiros sexuais de jovens - entre o receio de uma gestação não planejada e o risco da exposição às ISTs</u> .....	115
4.3.6	<u>Classe 3: Relacionamentos afetivos - a confiança em parcerias sexuais fixas, a aparente sensação de segurança e o desuso dos preservativos</u> .....	116
4.3.7	<u>Classe 2: Práticas sexuais, gênero e determinantes culturais - distinção nos papéis de homens e mulheres</u> .....	118
4.3.8	<u>Classe 1: Parcerias sexuais, negociação do uso do preservativo e a vulnerabilidade às ISTs</u> .....	119
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	122
5.1	<b>Perfil sociodemográfico dos jovens universitários de duas instituições de ensino superior</b> .....	122
5.2	<b>Conhecimentos sobre as ISTs e a prevenção das infecções de transmissão sexual segundo os jovens universitários</b> .....	128
5.3	<b>Práticas sexuais de estudantes universitários: entre a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e a assunção dos comportamentos de risco</b> .....	147
5.4	<b>Repensando o cuidado de Enfermagem e as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva transcultural</b> .....	171
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	182
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	187
	<b>ANEXO A</b> - Instrumento de coleta de dados - Questionário.....	210
	<b>ANEXO B</b> - Instrumento de coleta de dados - Roteiro dos Grupos focais.....	214
	<b>ANEXO C</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	216
	<b>ANEXO D</b> - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - A1.....	217
	<b>ANEXO E</b> - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - A2.....	220
	<b>ANEXO F</b> - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - B.....	224

## INTRODUÇÃO

Em 2019, tive a oportunidade de conhecer e me aproximar da Profa. Dra. Thelma Spindola, durante uma aula que lecionou sobre análise de conteúdo na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Na conversa sobre a sua linha de pesquisa e campo de estudo, surgiu o meu interesse em realizar uma investigação sobre a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre jovens universitários, considerando a minha aproximação com estudantes do ensino superior no exercício da docência. Assim, interessava-me compreender de que modo o conhecimento é capaz de influenciar os comportamentos dos jovens e as suas práticas sexuais.

Cabe mencionar que meu interesse pela temática foi motivado, ainda, pela relevância epidemiológica, bem como pela inenarrável importância dos possíveis contributos desta tese aos campos da enfermagem, saúde e educação. Sendo visto não apenas como um problema de enfermagem, mas também como um eixo do cuidado que requer intervenções interdisciplinares com enfoque nas ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, diagnóstico precoce e abordagem sindrômica das ISTs, conforme problematização apresentada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de casos incidentes de ISTs curáveis em 376,4 milhões de pessoas, entre as quais 127,2 milhões (95% com Intervalo de Confiança - IC: 95,1-165,9 milhões/casos) foram de clamídia, 86,9 milhões (95% IC: 58,6-123,4 milhões/casos) de gonorreia, 156 milhões (95% IC: 103,4-231,2 milhões/casos) de tricomoníase e 6,3 milhões (95% IC: 5,5- 7,1 milhões/casos) de sífilis, a qual recebe destaque como uma das ISTs mais comuns, ocorrendo cerca de 6 milhões de novos casos a cada ano em todo o mundo (WHO, 2017).

A OMS estima que haja uma ocorrência diária de mais de 1 milhão de novas pessoas contaminadas por algum tipo de IST no mundo (WHO, 2017). Acredita-se que, por ano, 500 milhões de pessoas são contaminadas por alguma IST curável, e ainda são considerados altos os índices de contaminação por ISTs incuráveis. Essas infecções acarretam múltiplos impactos desfavoráveis na vida das pessoas. As altas taxas de contaminação, transmissão e morbimortalidade relacionadas às ISTs ocasionam preocupações e gastos ao setor saúde no mundo (WHO, 2015; NEWMAN *et al.*, 2015; BRASIL, 2018a). Cabe destacar ainda que as ISTs só ganharam maior visibilidade a partir da década de 80 com o surgimento da aids (CAMARGO; CAPITÃO, 2009; BRASIL, 2020a, 2020b).

Em relação à ocorrência de IST no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), foram registrados apenas no ano de 2019: a) 41.909 novos casos de infecções diagnosticadas pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e 37.308 de *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (também conhecida como aids); b) 75,8 casos por 100 mil habitantes de sífilis; c) 233.027 (36,8%) casos de hepatite B, 228.695 (36,1%) casos de hepatite C e 3.984 (0,7%) casos de hepatite D. Quanto a HIV/aids, cabe mencionar, ainda, a existência de 842.710 casos registrados no período compreendido entre o início da epidemia - 1980 e junho/2016, sendo a taxa de incidência de 20,7 casos por 100 mil habitantes, que se mantém estável nos últimos dez anos, com destaque para a população jovem, que possui maiores projeções de aumento em curva ascendente (BRASIL, 2020a; UNAIDS, 2020).

Em todo o mundo, cerca de 50% dos novos casos de HIV ocorrem em jovens entre 15 e 24 anos e constituem um problema de saúde pública mundial que acarreta graves consequências à saúde sexual, reprodutiva, materno-infantil e às diferentes formas de expressão da sexualidade adotadas pelo grupo (WHO, 2016; BRASIL, 2020b; SOK *et al.*, 2020; MANSOR; AHMAD; RAHMAN, 2020).

No período de 2007 a junho de 2019, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria das pessoas com infecção pelo HIV no Brasil encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos. No sexo masculino, 42,6% dos casos ocorreram entre brancos e 48% entre negros (pretos, 9,6% e pardos, 38,4%); entre as mulheres, 37,2% dos casos se deram entre brancas e 53,6% entre negras (pretas, 12,9% e pardas, 40,7%) (BRASIL, 2020a).

No que tange à aids, o índice de contágio dobrou entre jovens de 15 a 19 anos, passando de 2,8 casos por 100 mil habitantes para 5,8 na última década. Na população entre 20 e 24 anos, chegou a 21,8 casos por 100 mil habitantes. Em 2016, cerca de 827 mil pessoas viviam com o HIV no país. Sendo alarmante a estimativa de que aproximadamente 112 mil brasileiros têm o vírus, mas não o sabem e são, portanto, potenciais focos de transmissibilidade contínua (BRASIL, 2020a; UNAIDS, 2020).

Entende-se, portanto, que a maior incidência do HIV envolve as pessoas mais jovens, em contrapartida, as hepatites atingem as pessoas mais velhas, o que pode ser atribuído à demora em sua detecção, justificada pelo lento processo de desenvolvimento da sintomatologia característica, porém essa exposição, muitas vezes, ocorre ainda na idade adulta e/ou reprodutiva (BRASIL, 2020a).

O MS salienta que a gonorreia, o Papilomavírus Humano (HPV), a sífilis, o HIV, a herpes e a clamídia são as ISTs mais prevalentes na população jovem e se constituem em um

problema de saúde pública mundial. Os danos socioeconômicos decorrentes são crescentes, justificados por: maior número de pessoas infectadas diagnosticadas diariamente e incidência ascendente em muitos países; graves consequências à saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal; alto potencial de transmissibilidade e contágio e forte correlação com as formas de expressão da sexualidade e práticas sexuais adotadas (MARTINS *et al.*, 2018; BRASIL 2020a).

Acrescem-se ainda que estudiosos da temática sinalizam os aspectos epidemiológicos e de epidemia global das ISTs, aumento do número anual de novos casos, com destaque para a população universitária, em sua maioria composta de jovens; início precoce da vida sexual ativa (em torno de 15-16 anos); mudança de valores identificada desde 1998 (inversão nas razões das práticas sexuais), o que está relacionado ao aumento dos casos de aids de oito homens para cada dez mulheres (ASANTE, 2013; ABIODUN *et al.*, 2014; BRASIL, 2020a; SPINDOLA *et al.*, 2020a, 2020b).

Cabe mencionar os movimentos de liberdade de expressão da sexualidade e novas situações conjugais surgidas nas duas últimas décadas (marcos: movimentos pela igualdade de gênero regularizada pelo Código Civil Brasileiro - 2002; aumento no número de divórcios; casamento e união estável homoafetiva legalizada no Brasil - 2011). A fase atual pode ser considerada de consolidação de conhecimentos (práticas sexuais, medidas preventivas e formas de contaminação pelas ISTs) com a expressão social de conhecimentos e comportamentos sexuais (CARVALHO; CARMO, 2019).

Nesse contexto, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a estratégia 2016-2021 no setor global de saúde para as ISTs que incluiu a expansão de intervenções e serviços baseados em evidências para o controle e diminuição dos seus impactos, sendo as ISTs encaradas como um problema de saúde pública mundial até 2030. Nela foram definidas metas para a redução na incidência de gonorreia e sífilis em adultos e recomendou a realização de levantamento e monitoramento contínuo das incidências globais de ISTs, sendo uma normativa em todos os países desde 2018 (WHO, 2016). Nos dias atuais, ainda se observa uma grande dificuldade em estimar os dados de prevalência e incidência das ISTs, considerando que só se tem acesso livre a informações oficiais relacionadas às doenças de notificação compulsória como o HIV, a sífilis e as hepatites virais.

Outrossim, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) do MS, entre seus 14 eixos temáticos considerados prioritários a investimentos em pesquisas científicas e alvo das políticas públicas, apresenta o sexto eixo direcionado às doenças transmissíveis. A abordagem das ISTs está inclusa nesse grande eixo, visando à predição, à

prevenção de doenças, à promoção da saúde e à redução drástica do processo de transmissibilidade e dos agravos à saúde relacionados a esse conjunto de comorbidades (BRASIL, 2018b).

As ISTs devem ser compreendidas como um problema global e multifatorial que envolve fatores comportamentais, socioculturais, econômicos, políticos, tecnológicos e programáticos, que favorecem diferentes situações de vulnerabilidades individuais/coletivas aos vários grupos de pessoas que compartilham socialmente características comuns (QUEIROZ *et al.*, 2014; SPINDOLA *et al.*, 2018).

As ISTs são definidas como quaisquer infecções transmitidas principalmente por contato sexual (oral, vaginal ou anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada (que corresponde a estimativa de 75% dos casos); por via sanguínea (hemotransfusão, acidentes biológicos e/ou por compartilhamento de seringas); vertical (de mãe para filho via transplacentária, no parto por contato direto com o sangue materno ou pela amamentação em mães infectadas) (QUEIROZ *et al.*, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2020b; SPINDOLA *et al.*, 2020c).

Cabe destacar que a terminologia IST é utilizada em substituição à expressão Doença Sexualmente Transmissível (DST) no intuito de alertar sobre a possibilidade de ser portador e/ou transmissor de alguma dessas infecções, ainda que o indivíduo permaneça assintomático. Desse modo, quando ocorre a presença de sinais e sintomas visíveis no organismo da pessoa, trata-se de uma DST. Já a IST refere-se a todo o período assintomático, porém de transmissibilidade da infecção (BRASIL, 2020b; MELO *et al.*, 2022).

Nessa investigação, os saberes estão sendo concebidos como o *corpus* de conhecimentos e informações ou fatos considerados verdades, que foram acumulados com o passar do tempo adquiridos de forma individual e coletiva. Os comportamentos são vistos como uma ação ou resposta observável de uma pessoa ou um grupo de indivíduos frente a uma situação, circunstância ou interação social (SPINK, 2017; MELO *et al.*, 2021).

Os jovens universitários, enquanto grupo, demonstram saber a importância do uso de métodos de barreira para a prevenção de ISTs, porém apresentam falhas com relação aos comportamentos sexuais preventivos, situação que só agrava a problemática de saúde pública. que deve ser avaliada quantitativa e qualitativamente. Sendo assim, cabe aos profissionais intervirem de modo a modificar os conhecimentos e os comportamentos sexuais vinculados às práticas preventivas de ISTs desses jovens nas diferentes vertentes da assistência à saúde de modo que estes modifiquem seus Comportamentos Sexuais de Risco (CRSs) (BRAGA *et al.*, 2016; FONTE *et al.*, 2018a, 2018b; NASCIMENTO *et al.*, 2018; SPINDOLA *et al.*, 2019a,

2019b).

Segundo Spindola *et al.* (2019a, 2019b), a problemática de se adquirir uma IST ou a confirmação diagnóstica configura-se como algo que coexiste no pensamento social a partir do momento em que as práticas sexuais são iniciadas. Sabe-se que a possibilidade de adquirir uma IST remete ao temor pela própria existência e à incerteza quanto aos resultados das medidas terapêuticas que serão adotadas no controle da doença e no seu processo de transmissibilidade (BRAGA *et al.*, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Para justificar o objeto de investigação pretendido, foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) da Bireme, *National Library of Medicine and the National Institutes of Health* (Pubmed), *Regional System of Online Information for Latin American and Caribbean* (Latindex) e *Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature* (Cinahl), estruturada como pesquisa do tipo revisão integrativa do tipo empírica, com o objetivo de reunir evidências de diferentes delineamentos investigativos que potencializam a identificação de relevância direta sobre um objeto de investigação capaz de influenciar decisões práticas mediante uma síntese entre as abordagens metodológicas (SOUZA *et al.*, 2018), conforme estrutura de busca apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Estrutura de busca para a revisão integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

<b>Estrutura de busca nas bases de dados</b>	<b>Capturados/Selecionados</b>
Students AND Knowledge OR Information AND “Sexual Behavior” AND “Sexually Transmitted Diseases” AND “Disease prevention” OR “Prevention and control”	47 / 06
Students AND Knowledge OR Information AND “Sexual Behavior”	55 / 10
Students AND “Sexually Transmitted Diseases” AND “Disease prevention” OR “Prevention and control”	30 / 3
<b>Total</b>	<b>132/19</b>

Nota: Busca nas bases de dados realizada em março/2022.

Fonte: O autor, 2022.

Uma revisão integrativa permite a análise de conceitos, revisão de teorias e a síntese do conhecimento científico sobre uma temática, permitindo assim a identificação de evidências consensualizadas na literatura (inter)nacional, bem como das lacunas científicas que precisam ser preenchidas pela realização de novas investigações (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOUZA *et al.*, 2018).

A construção do instrumento de busca ocorreu conforme os interesses do pesquisador com o uso do *software Word for Windows versão 2016* da *Microsoft®* e respeitou os critérios estabelecidos por Souza, Silva e Carvalho (2010). Desse modo, foram seguidas as seis etapas metodológicas, a saber: a) Construção do tema investigado e das questões de pesquisa; b) Estabelecimento dos critérios de elegibilidade; c) Levantamento e seleção dos artigos inclusos para extração dos dados relevantes para a pesquisa; d) Análise criteriosa dos resultados obtidos; e) Discussão e consolidação dos principais achados; f) Apresentação da súmula do conhecimento científico de forma estruturada (SOUZA *et al.*, 2018).

A coleta de dados foi realizada por acesso *on-line*, entre janeiro de 2020 e março de 2021. Na Bireme, foram incluídas todas as bases de dados disponíveis, consultando-se os Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*) e *Medical Subject Headings (MeSH)* cuja análise combinatória, a partir dos operadores *booleanos* AND e OR, propiciou a estrutura de busca apresentada na Tabela 1 e seus respectivos correspondentes em português e espanhol.

Utilizaram-se como recurso de pesquisa as opções: texto completo; limites - humanos; todos os idiomas; tipo de documento - artigos originais; período de publicação: últimos cinco anos; tendo sido excluídos os manuscritos repetidos ou que não contribuiriam para o alcance dos objetivos de investigação propostos. Foram pré-selecionados 132 artigos, com o uso dos filtros de buscas (Tabela 1) nas respectivas bases de dados.

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (continua)

Autores / Periódico / Métodos	Título / Objetivos	Conclusões / Considerações Finais
<b>ZIZZA et al., 2021</b>	<i>Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students.</i>	Os alunos perceberam amplamente um grande risco de infecção por HIV / DST, embora a gravidez fosse vista como uma consequência mais perigosa do sexo desprotegido. As intervenções educacionais são eficazes na melhoria do conhecimento, além de descobertas sobre os principais tópicos do conhecimento, necessidades de informação e percepção de risco, que fornecem <i>insights</i> significativos para projetar programas futuros de educação direcionados.
<i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>	Avaliar como o conhecimento, as necessidades de informação e a percepção de risco sobre o HIV/ISTs podem mudar após intervenções	
Método misto	educacionais direcionadas aos alunos	

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>BOUDOVA et al., 2017</b>	<i>Effects of an internet-based educational intervention to prevent high-risk sexual behavior in Mexican adolescents.</i>	Uma intervenção educacional baseada na internet voltada para a juventude, culturalmente contextualizada e complementada por discussões em classe, pode ser uma adição significativa ao programa regular de educação sexual na escola secundária para melhorar o conhecimento de ISTs, atitudes e autoeficácia em relação ao uso consistente de preservativo entre adolescentes.
<i>Health Educ Res</i>	Avaliar o efeito de uma intervenção educacional baseada na internet para	
Caso controle	aumentar o conhecimento de ISTs, atitudes e autoeficácia em relação ao uso consistente de preservativos em adolescentes mexicanos.	
<b>MITCHELL et al., 2017</b>	<i>Self-Efficacy About Sexual Risk/Protective Behaviors: Intervention Impact Trajectories Among American Indian Youth</i>	Para os adolescentes, o desenvolvimento normativo abrange aprender a negociar desafios de situações sexuais; de especial importância são as habilidades para prevenir a gravidez precoce, o HIV e outras DSTs. As disparidades no risco sexual entre jovens indianos americanos apontam a importância de intervir para atenuar esse risco.
<i>J Res Adolesc</i>	Explorar o impacto de uma intervenção de prevenção do HIV baseada na teoria cognitiva social, em trajetórias de autoeficácia entre 635 estudantes de 13 escolas de ensino médio em uma reserva do índio americano.	
<b>ROHRBACH et al., 2015</b>	<i>A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial.</i>	O currículo teve efeitos positivos significativos sobre os resultados psicossociais e comportamentais um ano depois, mas pode não ser suficiente para alterar futuros comportamentos sexuais entre adolescentes mais jovens, a maioria dos quais ainda não é sexualmente ativa. Sessões de educação de reforço podem ser necessárias durante a adolescência à medida que os jovens iniciam relações sexuais.
<i>J Adolesc Health</i>	Avaliar o impacto de um currículo de educação em sexualidade baseado em direitos sobre os comportamentos de saúde sexual dos adolescentes e os resultados psicossociais um ano após a participação.	
Ensaio clínico controlado e randomizado		
<b>PESKIN et al., 2015</b>	<i>Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth.</i>	As descobertas indicaram que o <i>software</i> adotado afeta alguns determinantes do comportamento sexual e que pode ser necessária uma avaliação adicional da eficácia com exposição total à intervenção.
<i>J Adolesc Health</i>	Testar a eficácia de um programa de educação em saúde sexual para escolas baseado em computador.	
Ensaio clínico aninhado		

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>BORAWSKI et al., 2015</b>	<i>Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school.</i>	Os professores da sala de aula e as enfermeiras das escolas são eficazes na transmissão de informações sobre saúde reprodutiva aos alunos do ensino médio; no entanto, ensinar as habilidades técnicas (por exemplo, uso de preservativo) e interpessoais (por exemplo, negociação) necessárias para reduzir os CSRs pode exigir um conjunto único de habilidades e experiências que os professores de educação em saúde normalmente não têm.
<i>J Sch Health</i>  Estudo de intervenção randomizado	Examinado o impacto diferencial de um currículo bem estabelecido de HIV/IST), quando ministrado por enfermeiras e professores de educação em saúde num currículo do ensino médio.	
<b>ZHANG; DE-CHUAN; SCOTT, 2019</b>	<i>Factors associated with unprotected anal intercourse among male students who have sex with men in three Northern regions of China</i>	Fatores relacionados ao aumento das chances de participar de relação anal desprotegida nos últimos seis meses entre os estudantes do sexo masculino que fazem sexo com homens incluíram ter parceiros sexuais mais velhos, usar cápsulas vazias, ter um risco moderado de HIV percebido e uma relação anal desprotegida. A educação continuada sobre redução de risco, incluindo a melhoria da tomada de decisão sobre preservativos em relacionamentos discordantes da idade, poderia ajudar a abordar os CSRs entre os homens que fazem sexo com homens.
Ensaio clínico caso controle	<i>Chin Med J (Engl)</i> Investigar o status da relação anal desprotegida e fatores relacionados entre estudantes do sexo masculino que fazem sexo com homens em três regiões do norte da China.	

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>ANGRIST et al., 2019</b>	<i>Revealing a safer sex option to reduce HIV risk: a cluster-randomized trial in Botswana</i>	Informações sobre opções de sexo seguro podem mudar o comportamento sexual. O sucesso da intervenção trabalhando em contextos dependerá de vários fatores, como idade da estreia sexual e crenças básicas.
<i>BMC Public Health</i>	Examinar uma abordagem de redução de risco para conter o sexo arriscado para meninas em idade escolar no Botsuana.	
Ensaio clínico controlado e randomizado		
<b>KATAHOIRE et al., 2019</b>	<i>Effects of a School-Based Intervention on Frequency and Quality of Adolescent-Parent/Caregiver Sexuality Communication: Results from a Randomized-Controlled Trial in Uganda</i>	A utilização das escolas como porta de entrada, a comunicação entre pais/responsáveis/adolescentes pode ser melhorada com a modificação dos currículos escolares existentes, formação de professores em abordagens centradas no aluno e a mobilização e o treinamento de pais/responsáveis.
<i>AIDS Behav</i>	Examinados os efeitos de uma intervenção escolar com o objetivo de melhorar aspectos da comunicação entre pais/cuidadores/adolescentes sobre sexualidade.	
Estudo randomizado por cluster		
<b>SCULL et al., 2018a</b>	<i>Using Media Literacy Education for Adolescent Sexual Health Promotion in Middle School: Randomized Control Trial of Media Aware</i>	O <i>software</i> impactou favorável os resultados relacionados à saúde dos adolescentes, incluindo maior autoeficácia e intenções de usar contraceptivos; atitudes positivas aprimoradas, autoeficácia e intenções de se comunicar sobre saúde sexual; diminuição da aceitação da violência no namoro e papéis estritos de gênero e aumento do conhecimento em saúde sexual.
<i>J Health Commun</i>	Examinou a eficácia em curto prazo do <i>Media Aware</i> , um programa de educação em mídia baseado em sala de aula para melhorar os resultados de saúde sexual dos adolescentes.	
Caso controle randomizado		

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>SCULL <i>et al.</i>, 2018b</b>	<i>Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending community college</i>	Os resultados deste estudo sugerem que o <i>Media Aware</i> é um meio promissor de oferecer educação abrangente em saúde sexual a adolescentes mais velhos que frequentam faculdades comunitárias.
<i>J Am Coll Health</i>	Determinar a viabilidade de um programa de educação em <i>mídia</i> para a saúde móvel (mHealth), <i>Media Aware</i> , para melhorar os resultados de saúde sexual em estudantes universitários e adolescentes.	
Caso controle		
<b>O'DONNERL; FUXMAN, 2017</b>	<i>Effectiveness of a Brief Home Parenting Intervention for Reducing Early Sexual Risks Among Latino Adolescents: Salud y Éxito</i>	Salud y éxito é uma intervenção parental eficaz que pode aumentar a educação em saúde e sexual na escola e ajudar os pais latinos a apoiarem seus filhos durante o início da adolescência.
<i>J SCH Health</i>	Testar o impacto sobre o comportamento sexual dos jovens de uma breve intervenção na <i>mídia</i> bilíngue voltada para a cultura, projetada para pais.	
Ensaio clínico controlado e randomizado		
<b>POTTER <i>et al.</i>, 2016</b>	<i>Conveying campus sexual misconduct policy information to college and university students: Results from a 7-campus study</i>	Faculdades e universidades devem usar métodos atraentes para disseminar as políticas de conduta sexual do <i>campus</i> para os estudantes.
<i>J Am Coll Health</i>	Examinar a eficácia de diferentes métodos para fornecer informações sobre políticas de conduta sexual imprópria para estudantes em sete <i>campi</i> .	
Ensaio clínico aleatório		

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>VIG et al., 2016</b>	<i>Involving parents from the start: formative evaluation for a large randomised controlled trial with Botswana Junior Secondary School students</i>	No <i>feedback</i> dos pais, os procedimentos de aconselhamento foram fortalecidos e foram feitas ligações diretas aos serviços e cuidados locais. Os materiais informativos foram revisados para aumentar a clareza e os materiais e procedimentos foram desenvolvidos para incentivar e apoiar o envolvimento dos pais e o diálogo entre pais e filhos.
<i>Afr J Aids Res</i> Ensaio clínico controlado e randomizado	Examinar a eficácia de uma intervenção comportamental direcionada a CSR de adolescentes, numa avaliação formativa para analisar as reações dos pais ao estudo.	
<b>MENNA; ALI; WORKU, 2015</b>	<i>Effects of peer education intervention on HIV/aids related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study</i>	Apesar do curto período de acompanhamento, os estudantes do grupo de intervenção demonstraram mudanças positivas no conhecimento abrangente relacionado ao HIV e maior interesse em fazer o teste de HIV em um futuro próximo. Além disso, mudanças positivas nos CSRs foram relatadas no grupo de intervenção. A implementação da educação de pares direcionada à escola secundária, alocando quantidades apropriadas de recursos (dinheiro, mão de obra, materiais e tempo) pode desempenhar papel significativo na prevenção e no controle do HIV/aids entre jovens escolares.
<i>Reprod Health</i> Quase experimento com intervenção da educação	Avaliar a eficácia da educação por pares na mudança de CSRs relacionados ao HIV entre jovens em Addis Abeba, na Etiópia.	

Quadro 1 - Síntese da Revisão Integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Continuação

<b>YBARRA et al., 2015</b>	<i>A Randomized Controlled Trial to Increase HIV Preventive Information, Motivation, and Behavioral Skills in Ugandan Adolescents</i>	O CyberSenga melhora as informações preventivas do HIV e a motivação para usar preservativos.
<i>Ann Behav Med</i>	Examinar o impacto de um programa de prevenção do HIV baseado na Internet nas construções relacionadas ao modelo de habilidades de motivação da informação e comportamento.	
Ensaio clínico controlado e randomizado		
<b>DERHWA, 2018</b>	<i>'It's not good to eat a candy in a wrapper': male students' perspectives on condom use and concurrent sexual partnerships in the eastern Democratic Republic of Congo</i>	Dado o fracasso dos meninos em usar preservativos e sua forte inclinação a parcerias sexuais simultâneas, é necessário que grupos de saúde e partes interessadas na área busquem aumentar a conscientização desses jovens sobre a eficácia dos preservativos e melhorem a disseminação de conhecimento sobre ISTs e como elas são evitadas.
<i>SAHARA J</i>	Investigar as perspectivas dos jovens sobre o uso de preservativos, parcerias sexuais simultâneas e sexo no contexto de HIV/aids.	
Estudo qualitativo		
<b>SCHUYLER et al., 2016</b>	<i>Building young women's knowledge and skills in female condom use: lessons learned from a South African</i>	O treinamento das habilidades pode ajudar a facilitar o uso, melhorar as atitudes em relação ao dispositivo e ajudar as mulheres a negociarem com sucesso o sexo seguro com os parceiros. Estratégias inovadoras e intervenções personalizadas são necessárias para aumentar o uso do preservativo feminino.
<i>Health Educ Res.</i>	Explorar se o treinamento da inserção do preservativo feminino e negociação de parceiros influenciou sobre o uso de preservativo feminino.	
Ensaio clínico controlado e randomizado		
<b>YI et al., 2018</b>	<i>Social and behavioural factors associated with risky sexual behaviours among university students in nine Asean countries: a multi-country cross-sectional study</i>	Os programas de intervenção em saúde para prevenir e controlar as ISTs, especialmente a infecção pelo HIV, devem se concentrar em estudantes universitários com as características sociais e comportamentais associadas a CSRs.
<i>SAHARA J</i>	Identificar fatores sociais e comportamentais associados a CSRs entre universitários em nove países da Ásia	
Estudo transversal aleatório		

Nota: Busca realizada nas bases de dados em março/2022.

Fonte: O autor, 2022.

Foram excluídos dos resultados os seguintes tipos de produção: 1) Delineamentos de revisão (literária, bibliográfica, narrativa, integrativa e sistemática); 2) Relatos de caso/experiência; 3) Reflexão teórica, editorial, resenhas e resumos; 4) Literatura cinzenta (teses, dissertações e monografias) e 5) Literatura aliada (livros, legislações, *Guidelines*, diretrizes, manuais, políticas, Cadernos de Atenção Básica - CAB, etc.). Assim, após busca nas respectivas bases de dados, foram selecionados 19 manuscritos para o estabelecimento do estado da arte conforme pode ser observado no Quadro 1.

Cabe esclarecer que a síntese do conhecimento científico fruto desta revisão se encontra diluída na presente tese nos capítulos: introdução (delineamento do objeto de pesquisa e das lacunas de investigação), de referenciais temáticos (Conhecimentos e comportamentos de jovens universitários), bem como na discussão dos resultados de pesquisa (de modo a corroborá-los e/ou confrontá-los).

No cruzamento entre: Students AND Knowledge OR Information AND “Sexual Behavior” AND “Sexually Transmitted Diseases” AND “Disease Prevention” OR “Prevention and Control” e seus respectivos correspondentes em português e espanhol, foram encontrados estudos que identificavam comportamentos sexuais, bem como a avaliação de intervenções educacionais voltadas para adolescentes em fase escolar e do ensino médio. Assim, retratavam aspectos da vida pré-universitária, cujas estratégias educativas envolviam, em sua maioria, o uso de recursos tecnológicos e eletrônicos atualizados como a internet, *softwares* e aplicativos celulares, demonstrando a sua eficácia (ROHRBACH *et al.*, 2015; BORAWSKI *et al.*, 2015; PESKIN *et al.*, 2015; BOUDOVA *et al.*, 2017; MITCHELL *et al.*, 2017).

Ao combinar *Students AND Knowledge OR Information AND “Sexual Behavior”* e seus respectivos correspondentes em português e espanhol, observou-se que foi localizado um maior quantitativo de investigações com enfoque nos comportamentos sexuais e na avaliação de intervenções educacionais voltadas para adolescentes com o uso de diferentes tecnologias como facilitadores de linguagem para esse público (YBARRA *et al.*, 2015; VIG *et al.*, 2016; SCULL *et al.*, 2018a; ANGRIST *et al.*, 2019; KATAHOIRE *et al.*, 2019; ZHANG; DE-CHUAN; SCOTT, 2019).

Contudo, observou-se que alguns estudos aplicaram técnicas semelhantes de avaliação de CSRs, bem como de estratégias educativas com o uso de mídias eletrônicas, ações em grupo e outros no intuito da viabilização de práticas educativas eficazes na prevenção de ISTs entre jovens universitários, e apresentaram resultados favoráveis (POTTER *et al.*, 2016; O’DONNERLL; FUXMAN, 2017; SCULL *et al.*, 2018b).

No cruzamento utilizando: *Students* AND “Sexually Transmitted Diseases” AND “Disease Prevention” OR “Prevention and Control” e seus respectivos correspondentes em português e espanhol, foram encontradas três investigações sobre o uso de preservativos e a adoção de práticas de prevenção de ISTs ou de CSRs. Reforçam-se, assim, as evidências de que são necessárias novas intervenções educativas em saúde sexual e reprodutiva, com enfoque no uso dos preservativos (masculino e feminino) de forma correta na adoção de práticas sexuais seguras (SCHUYLER *et al.*, 2016; DERHWA, 2018; YI *et al.*, 2018).

Evidenciou-se, portanto, a importância de os profissionais da educação escolar e universitária somarem forças com os profissionais e serviços de saúde, como a enfermagem, de modo a atentarem para as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens universitários no que tange às práticas sexuais e práticas preventivas de ISTs para a identificação de possíveis demandas de (auto)cuidado. Como lacuna científica, identificou-se a necessidade de uma releitura dos determinantes socioculturais atuais a respeito dos conhecimentos e das práticas sexuais entre universitários, de modo a contemplar as peculiaridades do contexto acadêmico marcado por descobertas, diversidade, liberdade, flexibilidade em exprimir individualidades, gostos, valores e práticas.

Cabe mencionar, ainda, o reduzido número de publicações que abordam essa temática com estudantes universitários, ou seja, jovens com idade  $\geq 18$  anos. Os estudos contemplam, em sua maioria, a fase escolar e pré-universitária. No entanto, como o início das atividades sexuais ocorre geralmente na adolescência, é compreensível que o foco das investigações encontradas sejam os adolescentes, conforme apresenta o Quadro 1. Assim, ressalta-se a importância desta investigação, visto o insuficiente número de estudos indexados a respeito dos conhecimentos e práticas sexuais que abordam os jovens universitários.

Considerando as investigações capturadas e apresentadas no Quadro 1, evidencia-se a existência de uma lacuna científica acerca do conhecimento dos jovens universitários e suas práticas sexuais, não sendo perceptível a expressão do conhecimento apreendido em suas práticas sexuais. Essas informações não podem, portanto, ser traduzidas em um saber útil e adaptável à realidade vivida pelos jovens universitários para que possa influir, de modo positivo, no seu estilo de vida e na adoção de práticas sexuais seguras para a prevenção de ISTs.

Outro aspecto observado é que, entre as 19 investigações localizadas na busca, apenas, uma é de método misto (ZIZZA *et al.*, 2021). Nesse sentido, ressalta-se a relevância do objeto desta investigação no tocante ao aspecto metodológico e, também, que o recorte etário dos participantes desta investigação difere do apresentado nos estudos constantes do Quadro 1.

Ressalta-se ainda que, em nenhum dos estudos selecionados, os resultados foram refletidos e discutidos na perspectiva de um referencial teórico-filosófico de enfermagem, que inclua os marcadores sociais com destaque para a compreensão dos conhecimentos e das práticas sexuais dos participantes. Desse modo, esses três aspectos associados são capazes de demonstrar o ineditismo desta tese.

A relevância da presente investigação pode ser identificada, também, pela percepção do momento epidemiológico global atual no qual toda a atenção de políticas públicas, serviços de saúde e ações dos diversos profissionais da área está voltada para o controle e enfrentamento da covid-19 (BRASIL, 2020c). Desse modo, inúmeras doenças de notificação compulsória, a exemplo de ISTs como o HIV, a aids, a sífilis (adquirida, em gestantes e congênita), hepatites virais (A, B, C, D, E) , além da síndrome do corrimento uretral masculino (BRASIL, 2020b). Ressalta-se que essas infecções, muitas vezes, são esquecidas, subnotificadas e não priorizadas nas rotinas diárias dos serviços de saúde.

Outro agravante envolve a suspensão de todas as atividades educativas e em grupos realizadas pela Atenção Básica (AB) em todo o território brasileiro, em atendimento às recomendações (inter)nacionais de não aglomeração (BRASIL, 2020c), o que de forma (in)direta influi no excessivo número de pessoas que abandonaram o tratamento de ISTs de importância epidemiológica, como a aids, a sífilis e as hepatites virais.

Elucida-se ainda que, na perspectiva das políticas públicas de saúde voltadas aos problemas epidemiológicos e sanitários, as ISTs estão descobertas como planejamento e estratégias de intervenções e cuidados. Uma vez que, na realidade social e conjuntura política brasileira, essa problemática só se agrava, considerando o contexto político desfavorável e a abordagem de quaisquer questões relacionadas a sexualidade, questões de gênero (DIAS; 2020, MATOS, 2021; SILVA, 2021).

Destarte, elencaram-se as seguintes questões de pesquisa: quais são os conhecimentos dos estudantes universitários sobre a prevenção de ISTs? Em suas práticas sexuais, como os universitários se comportam em relação às ISTs? Que práticas os estudantes adotam para a prevenção de ISTs? De que modo os conhecimentos dos universitários sobre a prevenção de ISTs são capazes de influenciar suas práticas sexuais? Diante do exposto, foram delimitados como objeto desta investigação *conhecimentos e práticas sexuais de estudantes universitários para a prevenção de ISTs*. Nesse contexto, foram delineados os seguintes objetivos para esta investigação:

Objetivo Geral:

Analisar os conhecimentos e as práticas sexuais de universitários sobre a prevenção de ISTs na perspectiva transcultural e de saúde.

Objetivos Específicos:

- a) Identificar os conhecimentos e comportamentos sexuais de universitários sobre a prevenção de ISTs.
- b) Correlacionar os conhecimentos e as práticas sexuais segundo os marcadores sociais dos estudantes universitários.
- c) Discutir as práticas sexuais e de prevenção de ISTs de universitários na perspectiva do processo de construção do conhecimento, enquanto saber útil, na adoção de comportamentos sexuais mais seguros.
- d) Identificar subsídios para proposição de estratégias educativas para prevenção de ISTs entre estudantes universitários na perspectiva transcultural de Madeleine Leininger congruentes com o contexto sociocultural e marcadores sociais.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Os referenciais temáticos adotados foram apresentados de forma estruturada em: ISTs: práticas sexuais e de prevenção entre jovens universitários; prevenção de ISTs por jovens universitários: reflexões à luz da teoria do conhecimento de Johannes Henssen e políticas de prevenção de ISTs e a universidade como promotora de saúde entre jovens, conforme apresentado a seguir.

### 1.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis: Práticas Sexuais e de Prevenção entre Jovens Universitários

A ocorrência das ISTs está associada a mais de 30 agentes etiológicos, entre vírus, fungos, bactérias e protozoários (WHO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2021). Entre eles, oito são responsáveis pelas principais demandas ao setor de saúde, a saber: 1) HIV; hepatite B; herpes e HPV, que ocasionam infecções incuráveis, porém controladas/tratáveis mediante terapêutica clínica e farmacológica e 2) Infecções curáveis: sífilis, clamídia, tricomoníase e gonorreia (WHO, 2013; HUGHES; FIELD, 2015).

De um modo geral, essas infecções são percebidas mediante a ocorrência de úlceras genitais, corrimentos vaginais e/ou doença inflamatória pélvica (WHO, 2016; BRASIL, 2018 a). Destarte, o uso do método de barreira (camisinha, condon ou preservativo externo e interno para uso por pessoas que possuem a genitália masculina e feminina, respectivamente) é o método eficaz para prevenção das ISTs, isso porque ele é uma barreira física que impede o contato das secreções produzidas com a pele e mucosas dos órgãos sexuais, evitando assim a contaminação pelos diversos agentes etiológicos, além de uma gravidez não planejada. Ressalta-se ainda que os preservativos são oferecidos gratuitamente nos serviços de AB via Unidade Básica de Saúde (UBS) em todo o território nacional (WHO, 2013; BRASIL, 2020b; SPINDOLA *et al.*, 2020c).

O uso ou não desse mecanismo de proteção durante as práticas sexuais pode estar associado aos diferentes tipos de vínculos estabelecidos entre os parceiros sexuais. Os jovens costumam vivenciar relacionamentos afetivo-sexuais que abarcam desde fases relacionais superficiais às mais profundas. Os relacionamentos em fase de superficialidade possuem

geralmente pouco envolvimento afetivo, visam ao prazer e são permeados por pouca confiança no parceiro. Já os relacionamentos mais profundos costumam ser mais duradouros e resultam em maior nível de confiança no parceiro e de envolvimento relacional, afetivo e sexual. Assim, o tipo de parceria sexual é capaz de influir nas condutas sexuais de adoção ou não do uso do preservativo (CHAVES, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2020c).

Evidências científicas recentes apontam que o uso de preservativo é mais frequente nos primeiros intercursos sexuais dos jovens universitários. Ressaltam ainda que o seu uso fica inconsistente com o decorrer do tempo, podendo ser associado a alguns fatores, como tipo de parceria sexual, vínculo e perfil de confiança estabelecidos (FONTE *et al.*, 2018b; SPINDOLA *et al.*, 2019a; 2020a).

As ISTs ocasionam diversos transtornos à saúde sexual e reprodutiva das pessoas e comprometem a Qualidade de Vida (QV), em todas as fases do ciclo vital (WHO, 2016). Elas estão entre as condições agudas mais comuns que atingem mundialmente pessoas pertencentes a todos os grupos etários, com destaque para a população jovem (NEWMAN *et al.*, 2015; SPINDOLA *et al.*, 2020c). A presença de IST favorece de modo (in)direto a ocorrência de contaminação e transmissão sexual do HIV, marco teórico-cultural do conhecimento enraizado desde a década de 80, e pode, ainda, causar alterações celulares que precedem alguns tipos de cânceres (WHO, 2013, 2015; DEUS; VILA, 2021).

De modo diretamente relacionado, a sexualidade é um componente intrínseco e individual, uma vertente essencial a ser retratada na abordagem da saúde de adolescentes, jovens e adultos, uma vez que se configura como um fenômeno social e psicológico. As práticas sexuais de jovens sofrem influências de suas crenças e valores pessoais e de familiares; da religiosidade/espiritualidade; das normativas morais e tabus impostos pela sociedade e do grupo social no qual estão inseridos (BRASIL, 2006a, 2010a).

Os autores Gomes *et al.* (2013) e Borges *et al.* (2015) salientam que a vida universitária representa, para a maioria das pessoas, um período de transição marcante e delimita o início da vida adulta pós-adolescência e a justificativa para isso envolve os diferentes elementos constituintes do cenário universitário, novas formações de vínculos e perspectivas de vida. No panorama (inter)nacional, o ambiente universitário é composto em sua maioria de pessoas jovens e que apresentam diversos comportamentos considerados negativos em relação às práticas preventivas em saúde, que são evidenciadas durante esse período (ASANTE, 2013; ABIODUN *et al.*, 2014; DÍAZ-CÁRDENAS; ARRIETA-VERGARA; GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, 2014; GÓMEZ-CAMARGO *et al.*, 2014; SHIFERAW *et al.*, 2014; SPINDOLA *et al.*, 2017; FONTE *et al.*, 2018a).

O perfil de comportamentos adquiridos nas universidades tem características próprias que são justificadas por aspectos socioculturais, psicológicos, biológicos, econômicos e espirituais vivenciados pelas pessoas em sua juventude e no processo de amadurecimento. O ingresso no contexto universitário, que costuma ocorrer ao final da adolescência, propicia aos estudantes a vivência de experiências novas, antes proibidas ou limitadas pela proximidade familiar e agora se tornam práticas comuns nos novos grupos sociais desse espaço. O processo de inserção no novo grupo social, observado nos períodos iniciais da graduação, incide na necessidade de busca por amizades e tentativas em conciliar/ajustar a nova rotina de vida (responsabilidades pessoais, familiares, sociais e de trabalho) (GOMES *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2015; FONTE *et al.*, 2018a; SPINDOLA *et al.*, 2020b).

Diante do exposto, pode-se inferir que o período universitário é marcado por uma miscigenação cultural na qual ocorre uma democracia existencial, antes nunca vivenciada pelos jovens, que confronta com seus valores e crenças prévias. Os jovens, ao ingressarem no ambiente universitário, de fato, acabam por realizar trocas e vivenciar novas experiências no contexto acadêmico, social e nas relações afetivas e sexuais que estabelecem com seus pares.

Observa-se então uma rotina de sobrecarga de novas atividades atrelada a uma maior autonomia e liberdade antes não vivenciada. Nesse contexto, os universitários inserem-se em ambientes de diversão e socialização como medida de enfrentamento e alívio das tensões, situações estas capazes de favorecer a adoção de novas formas de comportamentos e de viver. Tais atitudes se devem à criação de novas amizades, ao convívio com pessoas com hábitos de vida distintos dos seus e ao ambiente universitário, que favorece a realização de atividades diferenciadas (GOMES *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2015; SPINDOLA *et al.*, 2020b).

Desse modo, evidências ressaltam a existência de vulnerabilidades dos estudantes no ambiente universitário como a adoção de estilos de vida que aumentam a possibilidade de contrair ISTs, como, por exemplo, o HIV, tendo em vista que a pressão dos pares presentes no grupo estimula a participação dos universitários em práticas sexuais casuais sem demonstrarem uma preocupação quanto ao uso correto dos métodos de barreira (ASANTE, 2013; ABIODUN *et al.*, 2014; FONTE *et al.*, 2018a; 2018b; SPINDOLA *et al.*, 2020a).

A prevalência de ISTs entre jovens, ressaltada por Nascimento *et al.* (2018) e Spindola *et al.* (2020a), indica um desconhecimento dos métodos preventivos de barreira e formas de contágio em práticas sexuais e, em alguns casos, a adoção de comportamentos desfavoráveis mesmo quando detentores de conhecimentos a respeito das ISTs. Os elevados índices de contaminação podem ser justificados, também, pelo desconhecimento quanto ao assunto e pela ausência de preparo das famílias em orientar suas crianças, adolescentes e jovens quanto

à sexualidade, fato este que só aumenta a vulnerabilidade dos jovens (BRASIL, 2011).

Diante das vulnerabilidades de jovens universitários apresentadas, justifica-se a necessidade de uma reflexão a respeito das práticas de prevenção de ISTs, em uma perspectiva do processo de construção do conhecimento, conforme apresentado a seguir.

## **1.2 Prevenção de ISTs por jovens universitários: uma reflexão à luz da teoria do conhecimento de Johannes Henssen**

A falta de visibilidade das ISTs, das formas de transmissão, incidência, sintomas, consequências para a saúde, prognóstico e tratamento suscita uma luta individualizada com o desconhecido, demandando incertezas e dúvidas entre os jovens que não conseguem identificar o perigo que os circunda. Cabe considerar, ainda, as dificuldades do grupo na construção do conhecimento associado à temática e, também, a capacidade de essa informação influenciar os comportamentos sexuais na perspectiva das vulnerabilidades e estímulo para adoção de medidas preventivas (SALES *et al.*, 2016; FONTE *et al.*, 2018a; MCMANN; TROUT, 2020; TESFAYE; AGENAGNEW, 2020).

Dessa forma, em atenção ao que se concebe para a vulnerabilidade característica dos jovens, é de suma importância conhecer o que eles sabem sobre as ISTs e as medidas de prevenção, principalmente por conferir possibilidades de influenciar a adoção de práticas seguras, balizadas pela relativização do seu saber, inclusive compartilhado. Nessa perspectiva, essa reflexão pode auxiliar a compreensão das políticas públicas de saúde e permitir o acesso mais objetivo, satisfatório e eficaz ao público, em função do que já se conhece e do que é necessário modificar para alcançá-lo.

Para tanto, o conhecimento é concebido na perspectiva de um saber útil, que possibilita um agir adequado, na medida em que corresponde à realidade (HENSSEN, 2012). Outrossim, a informação é um saber transmitido intencionalmente por meio de alguma estratégia comunicacional, como processos de ensino-aprendizagem praticados no contexto universitário, que possuem o propósito de orientar, com caráter influenciador, sobre comportamentos humanos e que não possuem, necessariamente, um compromisso engessado sobre uma verdade consensualizada (HENSSEN, 2003).

Esses dois conceitos na perspectiva de Henssen são, portanto, essenciais para a compreensão e a discussão dos resultados da presente investigação. O intuito é identificar e

reconhecer até que ponto uma informação deixa de ser algo que a pessoa toma ciência e se torna um saber útil, capaz de modificar seus comportamentos para a adoção de práticas sexuais seguras, com emprego de diferentes estratégias preventivas de ISTs de modo combinado.

Assim, verificam-se as potencialidades de espaços onde os conhecimentos circulam livremente e são construídos e compartilhados por indivíduos de diferentes culturas, realidades socioeconômicas, valores e pertenças sociais, principalmente por se reconhecerem as influências mútuas exercidas pela integração social e que refletem nos comportamentos adotados, de maneira singular ou coletivamente.

Destarte, o conhecimento envolve um conjunto de ideias, informações e princípios (paradigmas) capazes de explicar e compreender a realidade (HENSSEN, 2012). Sendo assim, o contexto universitário é permeado pela imagética social vinculada ao processo de ensino-aprendizagem numa relação contínua e compartilhada de troca de informações e conhecimentos entre a díade docentes-discentes, numa perspectiva de construção contínua do conhecimento científico (CARDOSO; SAPALO; SANTOS, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2020).

É notória a relevância do vínculo estabelecido entre discentes e docentes em sua convivência. Os docentes podem mudar a vida daqueles que passam por suas habilidades de ensino com sua bagagem de saber e competências, didática diferenciada, capacidade reflexiva, flexibilidade para lidar com diferentes públicos, além da atitude e iniciativa para aproveitar as oportunidades de multiplicar conhecimentos. E, de igual modo, têm suas vidas também transformadas na troca de saberes com os estudantes. Já o protagonismo discente, sob um sistema de *feedback* proativo e consciente dos seus direitos e deveres, no âmago do processo ensino-aprendizagem permite o fortalecimento dessa relação, traduzida em resultados positivos e impactos sociais em curto, médio e longo prazos.

A teoria do conhecimento, também conhecida como doutrina do material da ciência, um ramo da filosofia ou uma parte da teoria da ciência, possui como arcabouço o entendimento dos processos mentais e a objetivação concreta dos fenômenos sociais, como objeto do conhecimento que não pode ser separado da relação sujeito-objeto. Desse modo, o conhecimento depende de maneira exclusiva de como os processos sociais demandam por um tipo de sujeito, das relações existentes entre as estruturas sociais nos diversos campos de produção do homem como a ciência, a economia e a cultura, de modo que o conhecimento sofre influência (in)direta deles (HENSSEN, 2012).

Salienta-se, então, que os jovens universitários são influenciados pelo contexto em que estão inseridos de modo multidimensional e transcultural (TEIXEIRA; FIGUEIREDO;

MENDOZA-SASSI, 2015). De fato, quando se fala em conhecimento, sociedade e cultura, são requeridas múltiplas óticas para compreensão dos diferentes contextos em que o ser humano vive. Assim, de maneira particular, pessoal e interna, ou integrado em comunidade, influenciando e sendo influenciado por realidades compatíveis e incompatíveis com as suas, mas, mediante a constituição do ser social, o indivíduo reconhece a necessidade de aprender e viver em coletivo.

Cabe destaque aos jovens universitários por entender que, naturalmente, seu processo de construção social é orientado, atravessado e concretizado no meio em que estão inseridos. Desse modo, o ambiente acadêmico e toda a sua estrutura peculiar, somada à inserção social própria, funcionam como catalisadores do complexo movimento sociocognitivo de aprendizagem e interação.

Para que o fenômeno do conhecimento ocorra, faz-se necessária a existência de três elementos, a saber: 1) Sujeito-esfera psicológica; 2) Imagem-esfera lógica e 3) Objeto-esfera ontológica, que envolve o “ser”. Da relação que se estabelece, resulta a descrição do próprio conhecimento. Sendo assim, o sujeito não pode apreender as propriedades do objeto, sem se “transcender”. O objeto permanece nesse processo como algo exterior ao sujeito, ou seja, conserva sua condição de *objetum*, pois o que está sendo assimilado pelo sujeito não é o objeto, mas as suas propriedades (HENSSEN, 2003). Considera-se, portanto, que a visão de mundo do ser humano impacta diretamente a sua significação ontológica.

O conhecimento assim descrito passa por três fases distintas: na primeira, o sujeito sai de si; na segunda, está fora de si, entra em contato com o objeto, impregnando-se de suas propriedades e apropria-se de suas características; e, na terceira, reentra em si mesmo, ou seja, o sujeito se enriquece das propriedades do objeto. Desse modo, retrata um ciclo ou processo de aprendizado, construído de forma processual (HENSSEN, 2012). Verificam-se, então, particularidades inerentes ao aproveitamento e à absorção do conhecimento no referido processo de aprendizagem, por exemplo, o reconhecimento da lógica e do pertencimento que justificam a decisão de apreender algo e poder modificar-se a partir disso.

A possibilidade de construção do conhecimento, asseverada por Henssen (2003), ocorre a partir de seis mecanismos distintos formulados ao longo da história: 1) Dogmatismo - posição epistemológica para a qual o problema do conhecimento não chega a ser levantado. A possibilidade e a realidade do contato entre sujeito e objeto são pressupostas; 2) Ceticismo - é o contrário do dogmatismo. Aqui o sujeito não toca o objeto, pois, nessa forma de pensar, o objeto não é visto, ou seja, acredita-se que não há nenhuma verdade a ser investigada; 3) Subjetivismo - restringe-se à validade da verdade ao sujeito, que conhece e que julga, sendo

que todo juízo possui validade apenas na perspectiva humana; 4) Relativismo - apesar de sua afinidade com o subjetivismo, nele não existe qualquer validade geral, nenhuma verdade absoluta. Toda verdade é relativa e possui validade restrita; 5) Pragmatismo - assim como no ceticismo, recusa-se o conceito de verdade no sentido de concordância entre o pensamento e o ser, mas não se detém a essa negação, substituindo, assim, um conceito que foi abonado por uma nova concepção de verdade; 6) Criticismo - é uma posição entre o dogmatismo e o ceticismo, que põe à prova toda afirmação da razão humana e nada é aceito inconscientemente. Constantemente, pergunta-se sobre fundamentos e reclama-se da razão humana, em um processo de prestação de contas.

A compreensão do conhecimento teve seu início descrito a partir do racionalismo, que tomou como fonte explicativa o pensamento humano e a razão. A compreensão racional possui como um de seus critérios a universalidade, que depende do pensamento como formulação genuína. Por outro lado, o empirismo, muito próximo das ciências naturais, nega a compreensão racionalista e afirma que o conhecimento humano só é possível por meio da experiência dos fatos concretos em contradição ao pensamento ou ideias (HENSSSEN, 2003). De uma forma ou de outra, depreende-se que o pensamento humano pode privilegiar o domínio dos fatos, estimulando a busca pelo conhecimento concreto, seja por via experiencial direta em alusão ao empirismo, seja por exercício de construção sociocognitiva que dele emerge.

Henssen (2012) descreve ainda a existência de uma formulação científica social, uma orientação epistemológica denominada intelectualismo, com o objetivo de mediar as compreensões racionalistas e empiristas. Nesse sentido, entende-se como sendo importantes tanto o racionalismo como o empirismo, pois ambos fazem parte da formação do conhecimento e são fundamentais às representações intuitivas, como também à experiência. Cabe menção, ainda, ao aprioprismo, no qual a relação entre sujeito e objeto é dada como certa, mas a consciência humana possui conceitos prévios, sem base na experiência, sendo estes alguns dos princípios gerais que constituem a base do conhecimento científico.

Na perspectiva do sujeito, então, o conhecimento faz com que este saia de sua esfera, invada a esfera do objeto e apreenda o que lhe é necessário ao conhecimento e o transforme. Em contrapartida, na visão do objeto, o conhecimento é como uma transferência de suas propriedades para o sujeito (HENSSSEN, 2012). Nesta investigação, portanto, o sujeito está sendo concebido como os jovens universitários e o objeto, a prevenção de ISTs, segundo seus conhecimentos e práticas sexuais.

Em sua exploração preliminar, Henssen (1980) apresenta cinco problemas básicos

resultantes da comunicação entre sujeito e objeto: 1) Possibilidade - ocorre no momento em que o sujeito se impregna das propriedades do objeto e, se essa concepção for justa, esse contato se dá efetivamente e o sujeito apreende de fato o objeto; 2) Origem - considera que o homem é um ser sensível e espiritual. Indaga-se: de onde a consciência cognoscente extrai os conteúdos? Da razão, da experiência ou de ambas? 3) Essência - consiste na antiga querela entre os que sustentam que o sujeito é determinado pelo objeto e aqueles que defendem a tese inversa; 4) Espécie - além do conhecimento racional, poderia ser admitido outro de natureza intuitiva? 5) Critério e verificação da validade de um conhecimento - indaga-se finalmente a possibilidade concreta de se provar se determinado conhecimento é verdadeiro.

Dessa maneira, observa-se a natureza do complexo processo que a interação sujeito e objeto precisa para consolidar-se, em que são reconhecidas as características relativas à racionalidade humana (objetiva) e à sensibilidade intuitiva (experiential e transcendental) de apreensão da realidade dentro e fora de suas próprias perspectivas de mundo. Salienta-se, assim, que, no tocante aos conhecimentos dos jovens universitários sobre a prevenção de ISTs, há que se pensar que a abordagem puramente racional e, até mesmo, de caráter positivista, pode não ser eficaz para comungar com suas experiências de vida, seus sistemas de crença, sua cultura, seus valores e uma gama de outras impressões e expressões que fogem à redoma da razão.

Em resposta à problemática da essência do conhecimento, uma classificação em três diferentes soluções aceitas, a saber: 1) Pré-metafísicas, que nada supõem com relação à ontologia do sujeito ou do objeto; 2) Objetivismo, no qual o objeto define o sujeito e 3) Subjetivismo, para o qual o sujeito é o determinante do conhecimento. Nas soluções metafísicas, assim denominadas por se tratar de uma reflexão anterior, o objetivismo e o subjetivismo se opõem ao realismo e suas diferentes concepções. O Realismo possui em comum a ideia de que existem coisas reais, independentes da concepção humana e o idealismo nas suas duas diferentes formas - psicológico e lógico. Pressupõe-se, em síntese, que tais coisas, independentes da consciência, não existem, apenas existem os objetos de consciência representativos e os objetos ideais que provêm da lógica e da matemática (HENSSSEN, 1980).

Diante de tal proposição, percebe-se o movimento de significação recíproca entre sujeito e objeto, mesmo que o ser humano não tenha consciência do domínio disso por meio da razão, e, considerando os jovens universitários, presume-se que estes entendam e representem as ISTs e as medidas de prevenção, ainda que não sejam impelidos a pensar objetivamente sobre isso.

Diante da síntese de todo o processo de construção e aquisição do conhecimento apresentado na perspectiva teórica de Henssen, ressalta-se a necessidade de conhecer quais são os conhecimentos dos jovens universitários, relacionados às práticas para a prevenção de ISTs, e refletir sobre a possível influência em suas práticas sexuais e na adoção de CSRs ou de condutas de prevenção na gestão da exposição às ISTs.

Face às reflexões aqui apresentadas, compreende-se que o processo de obtenção do conhecimento visa instrumentalizar as pessoas, como, por exemplo, jovens universitários, com recursos cognitivos que os habilitem ao uso metódico e competente da razão e discernimento sobre as ISTs, os CSRs e medidas preventivas mediante a adoção de práticas sexuais seguras. Acredita-se que, na perspectiva filosófica de Henssen, quem for capaz de dominar conscientemente os seus recursos mentais de percepção será capaz de pensar de forma organizada e metódica e conseguirá entender o mundo numa visão apropriada, reconhecendo-se como “sábio” ou portador do conhecimento sobre determinado assunto, como as práticas preventivas de ISTs aqui abordadas.

Espera-se, a partir dessas reflexões, que seja possível uma conexão entre a apreensão e a aplicação do conhecimento, para que as informações acerca das ISTs possam influenciar as práticas sexuais de jovens universitários, visando à assunção de um comportamento sexual saudável e à prevenção da exposição às ISTs.

Destarte, considera-se que essas reflexões contribuem para a compreensão de como se encontram os conhecimentos acerca das ISTs, bem como suas abordagens preventivas e a constatação sistemática e contínua de que, na prática, o comportamento e a discursividade conferidos aos jovens universitários demonstram um aproveitamento desproporcional, ou seja, a detenção do conhecimento não é garantia da adoção de um comportamento seguro e saudável. Faz-se necessário, então, refletir sobre as políticas de prevenção de ISTs e o papel da universidade em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dos jovens estudantes, como uma instituição promotora da saúde.

### **1.3 Políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a universidade como promotora da saúde de jovens**

Mediante a necessidade de investigar as políticas de prevenção de ISTs, discutir e refletir sobre elas de modo que se considere a universidade como uma instituição promotora

de saúde e tendo em vista a vulnerabilidade característica de um grupo que por ela circula diariamente, os jovens universitários, justifica-se a construção deste capítulo de referencial temático.

Desse modo, buscou-se refletir sobre as políticas para a prevenção de ISTs voltadas à população jovem e o papel da universidade como promotora de saúde, considerando as potencialidades desta de mobilização do conhecimento e, por conseguinte, a transformação de comportamentos pela adoção de práticas sexuais seguras.

O controle das ISTs se insere entre as ações desenvolvidas pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo objeto de intervenção de algumas políticas que o compõem. Ou seja, controlar as ISTs é um dos objetivos da Política Nacional de HIV/aids: Princípios e Diretrizes; da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism); da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (Pnaish); da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Pnaiaj) (BRASIL, 2004, 2007b, 2008a, 2008b), conforme esquema representativo apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Políticas de prevenção de IST. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Contudo, cabe mencionar que, o ano de 2004, que representa a criação da Pnaism, não retrata um recorte temporal definidor deste capítulo de referencial temático e sim, um marcador do surgimento da primeira política que inclui dentre seus objetivos as ações de prevenção, promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento de IST.

Como pode ser observado, com vistas ao cumprimento de dispositivos legais de saúde, há um esforço empenhado pelo governo para garantir que as políticas públicas que versem

sobre a prevenção de ISTs incorporem públicos diferenciados, mediante, principalmente, um conjunto de particularidades, como suas características, riscos e vulnerabilidades, o que inclui, nesse sentido, os jovens.

A Política Nacional de DST/aids é essencial para a melhoria da QV das pessoas e para que se atinja a cidadania idealizada pela Constituição Federal do Brasil de 1988, destacando a estratégia educativa com vistas à prevenção e ao controle dessas infecções (BRASIL, 2020b). Logo, é salientada a necessidade e eficácia das atuações educativas voltadas à prevenção, cujos resultados, além de efeitos na saúde, encontram-se no campo da autonomia e da dignidade ao ser humano acometido pelas ISTs.

Nesse contexto, a Política de DST/aids é destinada, especificamente, ao controle das ISTs e possui todos os seus objetivos relacionados à mesma. No que tange às diretrizes e/ou estratégias referentes à prevenção de doenças, presentes nessa política, destacam-se: estabelecimento de políticas de prevenção em nível nacional, contemplando a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade para ISTs/HIV/aids; oferta gratuita, distribuição e gerenciamento logístico de preservativos masculino e feminino para segmentos específicos da população; apoio político para a articulação com segmentos da educação, da justiça e da ação social para o desenvolvimento de estratégias de prevenção ao HIV dirigidas a usuários de drogas; oferta de diagnóstico e tratamento das ISTs nos vários níveis de atenção do SUS (UBS e serviços de referência); promoção de acesso da população aos exames laboratoriais necessários para diagnóstico e tratamento, com qualidade, das ISTs (gonorreia, sífilis, hepatites e clamídia); promoção de aconselhamento pré e pós-teste nos diversos níveis de assistência à saúde do SUS, em serviços selecionados e cadastrados pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DSTs/aids (AB; serviços de atenção à saúde da mulher; crianças; adolescentes e adultos em geral) (BRASIL, 2020b).

Percebe-se, então, que a referida política planeja e executa ações nos mais diversos níveis de complexidade, e a diversidade do público atendido é notória, em virtude de as ISTs acometerem qualquer pessoa que adote, de maneira consciente ou não, práticas e CSRs que viabilizem a sua contaminação e, posterior, transmissão. Ressalta-se, dessa forma, a necessidade da política de acompanhamento do indivíduo que já apresenta uma IST, desde o diagnóstico até o rastreamento regular, por exemplo, das cargas virais. E, com relação aos que não estão contaminados, medidas de incentivo à prevenção devem sempre circular pela população para reforçar a importância do cuidado preventivo à saúde, a exemplo das estratégias de prevenção combinada.

Os projetos relacionados à Política Nacional de DSTs/aids são desenvolvidos em

conformidade com quatro naturezas de ações, sendo: 1) Informação, educação e comunicação; 2. Intervenção comportamental; 3. Apoio às pessoas vivendo com aids e sua rede de socialização; 4. Desenvolvimento institucional e intercâmbio (BRASIL, 2020b). Verifica-se, portanto, que a política não objetiva somente intervenções diretas e restritas ao campo da saúde, pois, conforme as estratégias de rede de apoio e socialização, principalmente às pessoas que vivem com HIV/aids, sua saúde psicológica e capacidade de sustentar uma inserção social também devem ser atendidas. Assim, a Política Nacional de DSTs/aids condiz com um compromisso público amplo, integral e universal diante das ISTs, que deve abarcar todos os ciclos de vida e todos os contextos sociais, entre eles, os jovens universitários.

Entre as políticas voltadas a grupos específicos, no campo da “Saúde da Mulher”, inicialmente, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1983, com ênfase no planejamento familiar. Assim, foram incorporadas como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2004). Cabe destacar que as políticas voltadas à saúde da mulher foram muito importantes na transformação da lógica de saúde que o país concebia antes dos movimentos sanitários e sociais que ensejaram a configuração atual do SUS, em que o reconhecimento e a atenção aos direitos permitiram a execução de planejamentos mais estratégicos.

Em 2004, foi instituída a Pnaism substituindo a Paism, o que resultou na ampliação de objetivos desta com a redefinição das práticas referentes à saúde da mulher, entre as quais aquelas relacionadas ao acesso mais amplo de direitos e ações de prevenção de doenças no âmbito sexual e reprodutivo (BRASIL, 2004). Entende-se que tal medida se fundamenta nos princípios do SUS, principalmente na integralidade da assistência em saúde, cujo enfoque se dá nas necessidades globais que o usuário do sistema tem, ou até mesmo, um grupo de iguais características, como, por exemplo, as mulheres.

Os objetivos gerais da Pnaism são: 1) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de prevenção de doenças, promoção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; 2) Contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; 3) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

A Pnaism, portanto, é condizente com os princípios do SUS, em especial, com seus objetivos gerais com os princípios doutrinários da integridade, universalidade e equidade, tendo em vista a ampliação de acesso aos serviços de saúde para necessidades de saúde diversas; a ênfase nas causas evitáveis, nos vários ciclos da vida, na ausência de discriminação e na qualidade e humanização da atenção à saúde (BRASIL, 2004). Nesse âmbito, cabe destaque especial à população de jovens e seus diferentes contextos culturais e de inserção em grupos, como, por exemplo, o ambiente universitário, pois se trata de um espaço com potencialidades para a implementação de políticas de prevenção às ISTs por meio de ações educativas.

Assim, são resguardados: a) Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; b) Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolubilidade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; c) Disponibilidade de informações e orientação de clientela, familiares e comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção de doenças e tratamento dos agravos a elas associados; d) Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária; e) Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que forem necessárias (BRASIL, 2004).

Com efeito, trata-se de uma política, cujo escopo é complexo e multifatorial, como, por exemplo: características e necessidades do público-alvo; atuação multinível; gestão e rede integradas nas esferas federal, estadual e municipal; multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade para garantia total dos serviços; eficácia de comunicação e difusão de conhecimentos; entre outros, que impactam diretamente os resultados alcançados.

A atenção às ISTs é sinalizada em alguns dos objetivos específicos: 1) Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras ISTs; 2) Promover, conjuntamente com a Política Nacional de DSTs/aids, a prevenção e o controle das ISTs e da infecção pelo HIV/aids na população feminina; 3) Promover a atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; 4) Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de ISTs e da infecção pelo HIV/aids nessa população (BRASIL, 2008a).

Dito isso, requer-se atenção à saúde da mulher, independentemente de onde ela esteja, pois suas necessidades não devem ser negligenciadas em hipótese alguma.

No entanto, para além desses, vale ressaltar a ênfase dada à identificação de fatores culturais referentes às relações de gênero, propondo-se o reconhecimento pelos profissionais de saúde das desigualdades sociais. Estas, de ordem econômica, cultural ou social, apresentam-se impondo limites ao processo de atenção à saúde, os quais devem ser considerados no cuidado aos diferentes grupos sociais.

Foram propostos o desenvolvimento e a articulação entre a Pnaism e a Pnaish, uma vez que elas envolvem uma perspectiva de atenção integral que engloba duas dimensões humanas (individual e relacional), evitando-se abordar unicamente as particularidades, de forma isolada segundo homens ou mulheres (BRASIL, 2008a). Dessa forma, é possível assegurar a igualdade de gêneros no contexto da atenção à saúde, mesmo que esse não seja o objetivo principal. Além disso, viabilizam-se transformações culturais positivas acerca da concepção de saúde e doença que os homens possuem.

A Pnaish, na esfera da “Saúde do Homem”, possui como objetivo geral promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade, por meio de enfrentamento racional dos fatores de risco e facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008a). Para tanto, entende-se que são levadas em consideração, também de modo integral, as particularidades do grupo e suas necessidades em saúde.

Há ainda um compromisso com a integralidade das ações de educação em saúde, com a garantia de acesso aos serviços de saúde e como controle de fatores de risco ao adoecimento como as ISTs (BRASIL, 2008a). Observa-se, assim, que, ao garantir as informações necessárias à adoção de práticas sexuais seguras, independentemente do sexo, aumentam-se as chances da prevenção real e, por conseguinte, diminuição da transmissibilidade das ISTs. Isso também impactará outros campos além da saúde, como o social e o econômico.

Entre os objetivos da Pnaish, alguns se relacionam de modo especial às ISTs, a saber; a) Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS; b) Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde; c) Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DSTs/aids, a prevenção e o controle das ISTs e da infecção pelo HIV; d) Estimular, na população masculina, por meio de informação, educação e comunicação, o autocuidado com sua própria saúde e e) Ampliar, por meio da educação, o acesso dos homens

às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina (BRASIL, 2008a). Ou seja, a política apresenta basicamente as mesmas estratégias garantidas à saúde das mulheres, sendo que cada uma mediante suas particularidades e necessidades.

Do mesmo modo, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) tem como objetivo geral a promoção da saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. No contexto das ISTs, entre os objetivos específicos dessa política, citam-se: oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas ISTs, especialmente com relação ao HIV, à aids e às hepatites virais, e garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS (BRASIL, 2008b). Cabe mencionar que essa política foi atualizada em 2013, incluindo novas nomenclaturas de gênero e ampliando a sigla para LGBTQIA+ que compreende as denominações: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queers, Intersexo e Assexuais (BRASIL, 2013c).

Frente aos estigmas sociais com que essa parcela da população convive diariamente, somados aos relativos às pessoas que vivem com HIV/aids e outras ISTs, entende-se como de suma importância que a rede de apoio e saúde as acolha, acompanhe e que, num esforço bastante abrangente, reforce as medidas de combate ao preconceito. O desconhecimento a respeito das ISTs e suas formas de transmissão pode contribuir para o incentivo de práticas de exclusão social, o que, por sua vez, afasta esses usuários do sistema de saúde.

No tocante à política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, observa-se a institucionalização de um novo olhar sobre esse público, ao apresentar um arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área da promoção da saúde voltada a esse segmento social. É preconizada a atenção integral de adolescentes e jovens, considerando as necessidades específicas destes, as características socioeconômicas e culturais do grupo ao qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião (BRASIL, 2007b). Há, portanto, uma complexidade considerável relativa ao público em questão, justificada pelo seu próprio estágio de formação, implicado, ainda, pelo contexto social e cultural que o engloba.

Recomenda-se que as ações de saúde destinadas a adolescentes e jovens sejam permeadas por práticas educativas, numa perspectiva participativa, emancipatória, multiprofissional e interdisciplinar, voltada para uma assistência fundamentada nos princípios da equidade e cidadania (BRASIL, 2007b, 2013a). Assim, observa-se a exigência de ações

integradas, igualmente complexas e reforçadas pela educação, para atingir o público e corresponder às suas necessidades. Ratifica-se, então, que as ações educativas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens são um direito garantido pela Política Nacional da Juventude (PNJ) (BRASIL, 2006b, 2013b).

As questões prioritárias de atenção à saúde são: crescimento e desenvolvimento saudáveis; saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade por violências e acidentes. Destarte, a garantia dos direitos reprodutivos aos adolescentes e jovens, de ambos os sexos, no contexto dessa política, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha para aqueles que não querem engravidar ou querem planejar uma gravidez, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, que deve ser assegurada de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de forma saudável (BRASIL, 2007b).

Nesse contexto, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência de qualidade e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a saúde sexual e reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, oferecendo um serviço de contracepção e o planejamento familiar específico para adolescentes e jovens com acesso facilitado a estes (BRASIL, 2007b, 2013a).

Desse modo, os adolescentes e jovens são assistidos a fim de garantir sua cidadania, fortalecer seu senso de responsabilidade e promover o autocuidado por meio do conhecimento a respeito das ISTs e práticas preventivas que abarquem não apenas as peculiaridades de HIV/aids, mas capaz de incluir todos os tipos de ISTs existentes. Este é um direito assegurado ainda pelo Estatuto da Juventude, que contempla os direitos dos jovens que devem ser assegurados e promovidos pelo governo, entre os quais se encontram os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013a, 2013b).

Assim, emerge a seguinte reflexão: de que modo as Instituições de Ensino Superior (IESs) podem contribuir para o alcance dos objetivos apresentados nas referidas políticas, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva de jovens, principalmente face à prevenção das ISTs? Destarte, faz-se necessária, ainda, atenção especial às peculiaridades envolvidas no contexto universitário, as quais caracterizam esses jovens como pertencentes a grupos sociais distintos e marcados por diferentes vulnerabilidades integrados por homens, mulheres, população LGBT e uma gama de diversidades presentes na sociedade.

Cabe ainda, nesta perspectiva reflexiva, incluir a proposta das instituições promotoras de saúde que, no mundo, teve origem na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, em 1986. Nela foram estabelecidas as bases da

universidade saudável, declarando que “a saúde se cria e une no âmbito da vida cotidiana, nos centros de ensino profissional e de recreação”. As bases foram, portanto, estabelecidas para escolas saudáveis, que, na região das Américas, ainda na década de 1990, foram promovidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), juntamente com a OMS (MÉNDES, 2016).

Percebe-se, então, um esforço conjunto, de cooperação internacional, iniciado no final da década de 80, que reconhece, no ambiente das universidades, oportunidades reais de ações dirigidas ao público jovem e, dentro dos impactos gerados, incluem-se os relativos à saúde. Assim, compreende-se que o universo universitário apresenta condições suficientes para estratégias de cuidado, entre as quais se destacam as práticas sexuais e os seus reflexos na saúde, por meio da viabilização do conhecimento necessário, cujo resultado reside na autonomia que o autocuidado proporciona aos jovens.

Dito isso, ressalta-se que as universidades têm um princípio de autonomia consagrado constitucionalmente que lhes permite desenvolver diversos serviços de saúde (QUIROGA-OTÁLORA; GONZÁLEZ-TÁMARA, 2019). Desse modo, a promoção da saúde no âmbito universitário concretiza-se quando, nos seus arredores, a vida saudável da sua comunidade discente é manifesta (MÉNDES, 2016). Nesse contexto, mais que um pacto, a promoção da saúde e a divulgação consciente de conhecimentos que nela exerçam influência (in)direta são responsabilidades sociais das instituições de ensino em todas as esferas, inclusive em cenários públicos ou privados em observância ainda aos preceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014).

Para isso, evidencia-se que, (inter)nacionalmente, as IESs devem realizar programas de ensino, saúde e bem-estar que abarquem um conjunto de atividades voltadas para o desenvolvimento físico, psicoafetivo, espiritual e social dos discentes, docentes e funcionários administrativos (MÉNDES, 2016; QUIROGA-OTÁLORA; GONZÁLEZ-TÁMARA, 2019). Logo se vê que o foco educacional sobre as ações em saúde deve versar sobre o âmbito da integralidade, não se concentrando apenas no público discente, pois toda a comunidade que compõe o ambiente universitário é protagonista no processo de aprendizagem, apreensão de conhecimentos, mudança de comportamentos nocivos e inspiração aos seus contatos em um movimento de troca sociorrelacional.

No cenário brasileiro, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LBDEN), Lei n. 9.394/96, em seu artigo 43, define que o ensino superior deve estimular a criação cultural, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo (BRASIL, 1996). Desse modo, o nível de ensino oferecido pelas IESs deve formar, nas diferentes áreas do

conhecimento, profissionais aptos a atuar em diversos setores de trabalho e a participar do desenvolvimento contínuo da sociedade. O ensino na educação superior deve ser abrangente, com a função de educar o cidadão socialmente, independentemente de sua área de conhecimento (CASTRO *et al.*, 2016).

Dessa maneira, identifica-se na função da universidade a complexidade de formação que não se limita a conteúdos acadêmicos específicos e compartimentados por carreiras, pois se releva a sua atribuição de colaboração social, capaz de fomentar transformações no panorama em que um povo vive, por meio da difusão competente de conhecimentos diversificados.

No que se refere às ISTs, verifica-se que elas acometem, em sua maioria, jovens entre 14 e 29 anos e que os universitários compõem uma margem social altamente exposta aos agentes dessas doenças (CASTRO *et al.*, 2016). Desse modo, acerca delas, requer-se a aquisição contínua de um conjunto de conhecimentos multidimensionais, práticas preventivas e CSRs, visando à adoção de práticas sexuais seguras. Destarte, na função educadora da universidade, obrigatoriamente devem estar incluídas as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde de universitários na gestão de suas vulnerabilidades predominantes nesse grupo social, com destaque especial às ISTs.

Nesse sentido, um estudo quantitativo, descritivo e transversal objetivou determinar os fatores que levam os jovens aos serviços de saúde de uma universidade colombiana e evidenciou que os custos, hábitos, profissionais e meio ambiente dos jovens, além das campanhas de prevenção de doenças e promoção da saúde, foram determinantes para a utilização dos serviços de saúde. Os autores concluíram que uma política universitária estruturada e funcionante foi capaz de promover a utilização dos serviços de saúde prestados pelos centros de ensino e incentiva a criação de uma cultura do autocuidado e uma mudança estrutural entre os discentes na construção de um estilo de vida saudável (QUIROGA-OTÁLORA; GONZÁLEZ-TÁMARA, 2019).

Como pode ser observado, conferir autonomia aos jovens pelo autocuidado assegurado por ações de ensino que incluem a educação em saúde, estruturada e garantida pela própria universidade é um desafio que atravessa questões culturais. Estas podem englobar a própria cultura local, mediante uma abordagem sistemática, de caráter contínuo e têm como foco a QV de todos que pertencem à comunidade em questão.

Outro exemplo, de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde foi descrito em um ensaio clínico controlado e randomizado, realizado com universitários que recebiam cuidados em centros de saúde. Esses estudantes receberam na etapa de intervenção uma

educação universal sobre a Violência Sexual (VS) e o uso abusivo de álcool. Conclui-se que as ações educativas foram consideradas significativas e positivas (ABEBE *et al.*, 2018).

Assim, novamente se aponta, entre tantas atribuições e questões inerentes ao seu funcionamento, a responsabilidade social da universidade, que pode intervir em situações complexas, como a VS e o etilismo crônico. Nessas circunstâncias, não somente o conhecimento acerca dos fatos é requerido, mas também autoconfiança, autoconhecimento, valorização de si, rede de apoio, direitos e deveres, tomada de decisão, mudança dos hábitos prejudiciais à saúde, entre outros.

No mesmo sentido, a Universidade de Antioquia, como uma instituição promotora de saúde, conseguiu se materializar por meio de três projetos, a saber: 1) Faculdade saudável e segura, da Faculdade Nacional de Saúde Pública, que permitiu colocar estratégias de ambientes laborais saudáveis e de transversalização da promoção da saúde nos currículos acadêmicos e de pesquisa; 2) Promotores de bem-estar, que conseguiu a participação de alunos para trabalhar com seus pares em promoção da saúde e 3) Universidade livre de fumaça, que levou as Faculdades de Medicina e Odontologia a se declararem livres de fumaça. Os autores concluíram que a vontade política institucional e dos atores comprometidos é um fator-chave de sucesso para garantir a continuidade das ações (MÉNDES, 2016).

Salienta-se, no entanto, que construir e executar programas institucionais de saúde não é tarefa fácil. Exige-se não só da própria instituição mas também de todos que compõem aquele ambiente participação ativa, adesão às práticas, mudanças de comportamentos inadequados, abusivos e nocivos e uma reflexão acerca do que seria o ideal para a melhoria da saúde do coletivo, independentemente dos hábitos individuais que cada um possui. Frente a isso, reconhece-se que até mesmo as políticas de promoção da saúde nas universidades devem levar em consideração o que se entende por saúde e doença através do pensamento social já existente e compartilhado nas interações cotidianas.

Assim, o bem-estar, outro alvo das instituições promotoras de saúde, deve adquirir uma função estratégica e transversal, que inclui políticas, processos e práticas institucionais, além de uma cultura organizacional que promova a corresponsabilidade dos atores que convivem no contexto da vida acadêmica para favorecer a formação integral e o desenvolvimento pleno das capacidades humanas (QUIROGA-OTÁLORA; GONZÁLEZ-TÁMARA, 2019). Mais uma vez e pela sua relevância, destacam-se o papel da cultura e da corresponsabilidade dos envolvidos no processo abrangente de transformação social pelas portas da universidade.

Cabe mencionar ainda que a promoção de saúde também pode ser entendida na perspectiva da QV. Um estudo exploratório, qualitativo, que objetivou compreender as percepções dos estudantes relacionadas à QV durante a trajetória acadêmica, apresentou como uma das categorias discursivas a universidade como promotora de QV. Essa era permeada pelas atividades em grupo, interações entre a comunidade científica e os conhecimentos transformados na universidade (FREITAS *et al.*, 2017).

Numa análise alusiva às transformações pelas quais os jovens passam ao adentrar o ambiente universitário, entende-se que estes chegam com conhecimentos permeados pelo senso comum e, uma vez integrados à universidade, são expostos aos conhecimentos científicos. Assim, com a fusão dos conhecimentos e de maneira crítico-reflexiva resultante da estimulação institucional, somada às iniciativas próprias, passam a conceber a realidade e o que interfere na sua existência, como os aspectos de saúde, com outro olhar, sem abandonar suas crenças e valores pessoais, mas orientados pela ciência num movimento de equilíbrio de práticas.

Elucida-se, portanto, que os centros universitários que fornecem serviços de saúde e/ou atividades de aconselhamento para estudantes são locais ideais para que sejam executadas breves intervenções educacionais e a facilitação da conexão com os serviços. Esses centros de saúde universitários, considerando o potencial de atendimento a uma proporção substancial de discentes, representam um ambiente ideal e oportuno para interação com um número expressivo de alunos de forma individual e coletiva, execução de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como a oportunização dos centros de saúde no alcance de estudantes que experimentaram ou estão em situações de alto risco à sua saúde (ABEBE *et al.*, 2018).

No contexto da prevenção de ISTs e do gerenciamento de situações de risco à saúde, uma investigação que objetivou descrever uma gama de serviços de saúde sexual oferecidos por 885 faculdades e universidades dos Estados Unidos evidenciou que 70,6% das faculdades relataram ter um centro de saúde. Desses centros, 73,0% ofereciam diagnóstico/tratamento de ISTs (com intervalo de quatro e de dois anos; sendo 77,9% e 53,1% respectivamente) e serviços de anticoncepção (na cobertura de 70,1% e 46,4% respectivamente), todos com  $p < 0,001$ ; eram oferecidos ainda: testes rápidos, autocoleta, preservativos e vacinação (HABEL *et al.*, 2018). Assim, podem-se verificar, de forma prática e objetiva, as potencialidades das universidades, principalmente se forem bem estruturadas para atender a uma demanda recorrente.

Ressalta-se a importância da adoção de práticas preventivas de doenças e agravos

empregadas pelas IESs, de modo que a universidade seja reconhecida como um ambiente promotor de saúde essencial, não apenas no contexto acadêmico mas também da sociedade em geral. Isso porque as relações interpessoais, oriundas das experiências adquiridas no âmbito acadêmico, constituem uma ação fundamental para os discentes, que compreendem a necessidade de compartilhar seus conhecimentos/aprendizados entre si, bem como no meio em que vivem (família, amigos e sociedade).

Essa interação é caracterizada como um importante instrumento na compreensão do estudante, da sua função social, como sujeito com potencial para estimular a prevenção de riscos e agravos à saúde e também a promoção do cuidado compartilhado com a comunidade, do qual se torna corresponsável (FREITAS *et al.*, 2017). Essa é uma maneira de se conceber a ideia da “universidade fora dela mesma”, presente e vista pela sociedade, por meio dos seres sociais que por ela passam diariamente.

Com efeito, o ambiente universitário, como promotor de saúde, reúne uma ampla diversidade cultural entre os atores que o compõem, o que promove e facilita a interação entre as pessoas, na universidade e na comunidade externa, além de colaborar para a troca de experiências, costumes, valores e crenças, construindo um contexto favorável para a QV. A realização das atividades científicas e o conhecimento teórico-prático aprendido na universidade são subsídios valiosos para o aperfeiçoamento e a promoção da QV e de saúde da população (FREITAS *et al.*, 2017).

Cabe mencionar, ainda, a existência de inúmeros problemas relacionados às políticas públicas de saúde estudantil, apesar das vantagens mencionadas anteriormente. Uma revisão documental sobre as instituições federais de ensino técnico e superior, com objetivo de avaliá-las, levantou alguns impasses, a saber: 1) Ausência de ações conjuntas entre Ministério da Educação (MEC) e MS; 2) Falta de capacitação de técnicos do MEC em saúde pública; 3) Segregação entre as ações de saúde estudantil e do trabalhador; 4) Falta de políticas específicas para os estudantes de pós-graduação; 5) Ações voltadas ao tratamento em saúde, em detrimento das atividades de prevenção de doenças, promoção de saúde e articulação com a rede de saúde e 6) Ausência de pesquisas que embasem ações executadas (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016).

Esses desafios que trazem fragilidade às potencialidades que a universidade tem para ser efetivamente promotora de saúde devem ser tratados em um contexto integrado, pois um problema pode gerar ou agravar outro, constituindo um contínuo processo de construção e desconstrução com vistas à qualidade do serviço prestado. A atenção a prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs entre jovens universitários é um processo interdependente, que precisa

ser acompanhado continuamente, sendo reforçado o vínculo entre o discente e a universidade.

As políticas públicas de saúde relacionadas à prevenção de ISTs na população em geral têm enfoque na saúde sexual e reprodutiva de cada segmento social (homens, mulheres, LGBT, adolescentes, jovens e idosos). Destarte, faz-se necessária atenção especial às peculiaridades envolvidas no contexto universitário, permeado pelas vulnerabilidades do grupo influenciadas por conhecimentos e comportamentos sexuais de proteção e/ou de riscos à saúde.

É de extrema necessidade a criação de um modelo de serviço, a exemplo da Universidade Promotora da Saúde, calcado na pesquisa científica, de acesso universal, cujas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde sejam concernentes à realidade enfrentada pelas IESs e por cada segmento do alunado, visando à prevenção de ISTs.

Sumariza-se, assim, a essencialidade do papel da universidade na promoção de atividades educativas para estimular ações de (auto)cuidado em saúde nos âmbitos individual e coletivo com destaque para a saúde sexual, visando à prevenção de ISTs como estratégia de saúde complementar e corroborada pelas ações do planejamento familiar executadas pelos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Ressalta-se, assim, a necessidade de articulação uniforme entre os serviços de ensino e de saúde regionais, estruturados como uma rede de apoio com base nas políticas públicas sobre a temática. Dessa maneira, as instituições atuariam no sentido de criar ambientes saudáveis e prevenir doenças associadas à realidade dos universitários, enquanto a rede local de saúde seria acionada quando se identificasse a necessidade de tratamento de alguma doença ou agravo.

É necessário, portanto, reconhecer e fortalecer o vínculo existente entre o campo da saúde e o da educação, criando possibilidades de integração entre as IESs e as unidades de saúde. Tal integração viabiliza a consolidação das estratégias relativas à universidade como instituição promotora de saúde, com impacto verificado em ações de prevenção às práticas nocivas à saúde, como, por exemplo, as que convergem para as ISTs.

Contudo uma das limitações que se pôde identificar nesse contexto são as desigualdades sociais visíveis no país, que fazem com que o conhecimento chegue mais facilmente a uma determinada parcela da população do que a outra. Desse modo, a falta de equilíbrio na oferta de serviços (educação/saúde) para a população em geral resulta em uma maior exposição aos comportamentos desfavoráveis, no grupo menos favorecido. Por outro lado, sugere-se o incentivo às pesquisas que objetivem criar estratégias de atuação focadas no cumprimento dos princípios da equidade, universalidade e igualdade, para que se previnam a

continuação e o aumento dessas desigualdades sociais.

Apesar de a população universitária ser considerada vulnerável a inúmeros problemas de saúde e o cenário social favorecer a sua existência, ainda assim, não existe uma política de saúde específica para as demandas desse contingente populacional, sendo esta uma lacuna na cobertura de atendimento de grupos vulneráveis. A articulação entre as diferentes instâncias governamentais, serviços de saúde e as universidades ainda é precária e poderia ser viabilizada se o Decreto Interministerial (saúde e educação) que instituiu o Programa Saúde nas Escolas (PSE) incluísse a educação superior no país, uma vez que este ainda se restringe à educação básica (BRASIL, 2007; SHIFERAW *et al.*, 2014; SPINDOLA *et al.*, 2017).

Fonte (2016) acrescentou que as ações de saúde voltadas aos universitários são viabilizadas pelas próprias instituições, mediante projetos de pesquisa, Programa de Iniciação Científica (PIC) ou extensão, ou ainda, cabe ao próprio estudante buscar acesso a esses cuidados na rede de saúde local. Nesse contexto, emerge a seguinte reflexão: a oferta de serviços de apoio e sua relação com a busca individual dos jovens universitários por esses serviços estão diretamente relacionadas a ausência ou existência de uma maturidade individual em perceber, julgar e/ou autoavaliar o que necessita adquirir de conhecimento como um saber útil, com base naquilo que está experimentando? Como, por exemplo, as novas experiências afetivas, sexuais da realidade social e cultural na qual esses jovens estão inseridos, como o ambiente universitário.

Pode-se inferir que os estudantes universitários, em um contexto global, arriscam-se em práticas sexuais não seguras e que existe uma relação entre os conhecimentos e os comportamentos sexuais adotados pelos jovens. Nesse sentido, as universidades, como instituições promotoras da saúde, de caráter educativo, devem ampliar a sua *expertise* na geração de conhecimento, ensino, pesquisa e extensão para uma vinculação social e comunitária que subsidie a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida do seu corpo discente (V.-ARROYO, 2017; SPINDOLA *et al.*, 2021).

O enfoque nas estratégias de promoção da saúde nas universidades não é uma proposta recente no âmbito mundial, especialmente nos países ibero-americanos, no Brasil, entretanto, é algo ainda pouco discutido. Desde a estratégia de ambientes saudáveis, impulsionada pela OMS, na década de 1980, as universidades têm despontado como um ambiente capaz de influenciar positivamente, ou não, as condições de vida e saúde da comunidade acadêmica (MARTÍNEZ-RIERA *et al.*, 2018; SPINDOLA *et al.*, 2021).

Promover um ambiente saudável é, portanto, considerar a saúde como um produto da relação entre os sujeitos (corpo docente e discente) e seu ambiente social (universidade).

Dessa forma, modificar condutas que subsidiem uma cultura saudável não depende exclusivamente das pessoas, mas da estrutura organizacional, curricular, física, política, cultural e da tomada de decisão dos dirigentes universitários em *prol* da construção de ambientes físicos, psíquicos e sociais que influenciem na melhoria da QV e das condutas positivas em saúde dos atores sociais presentes no ambiente universitário (MARTÍNEZ-RIERA *et al.*, 2018; SPINDOLA *et al.*, 2021). Acrescenta-se que a prevenção de ISTs merece destaque como um importante eixo focal das intervenções educativas, que seja capaz de influenciar o processo de construção do conhecimento sobre a temática, como um saber útil (MELO *et al.*, 2021).

Diante das particularidades que envolvem os jovens universitários, parcela populacional imersa num contexto sociocultural distinto e próprio, que envolve marcadores sociais e culturais diversos como determinantes do processo de construção do conhecimento e dos comportamentos sexuais adotados, faz-se necessária a discussão do cuidado de enfermagem baseado nos comportamentos humanos, tendo por base um referencial teórico-filosófico transcultural, conforme apresentado no capítulo a seguir.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Diante do referencial temático apresentado, torna-se imprescindível a inclusão neste estudo dos princípios de uma teoria de enfermagem. Elegeu-se o Modelo de Madeleine Leininger, conhecido como Teoria Transcultural, baseada numa visão antropológica (GEORGE, 2000; MELO, 2015; CHAGAS *et al.*, 2020; BRANDÃO, 2021). Isso porque se concebe que o ambiente universitário corrobora para o surgimento de variáveis e condicionantes de conhecimentos e comportamentos sexuais em *prol* da adoção de práticas de prevenção de ISTs e/ou de CSRs como marcadores do comportamento de jovens característicos da fase universitária.

Na busca por um referencial de enfermagem coerente com a abordagem sociocultural pretendida na presente investigação, foi possível identificar a proposta de Madeleine Leininger como capaz de subsidiar reflexões aos profissionais de Enfermagem e da saúde sobre as contribuições para a temática investigada (LEININGER, 1978, 1991, 2006). Sendo assim, a Teoria Transcultural de Leininger fornecerá um suporte teórico-filosófico estruturante dos processos reflexivos e explicativos dos resultados da presente investigação.

### 2.1 Teoria Transcultural de Leininger e o Cuidado de Enfermagem Baseado nos Comportamentos Humanos e Marcadores Sociais

A enfermeira norte-americana Madeleine Leininger, ao trabalhar como enfermeira clínica especialista num lar de crianças provenientes de diversas nacionalidades e identificar a diferença de comportamentos entre as crianças, verificou que essas diferenças apresentavam uma base cultural e que essas crianças gostariam de ser cuidadas de maneiras diferentes (LEININGER, 1977).

Leininger nasceu em 13 de julho de 1925 e faleceu no dia 10 de agosto de 2012. Foi uma das pioneiras em conceber a Enfermagem como arte e ciência do cuidar e, na década de 50, começou a desenvolver a Teoria do Cuidado Transcultural, também conhecida como “Etnoenfermagem”, “Enfermagem Cross-cultural”, “Cuidado Cultural” ou “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural” (LEININGER, 1995, 2006).

Leininger concluiu que o estudo sobre a cultura dos sujeitos possuía uma lacuna

quando se considerava o cuidado de enfermagem, sendo necessário incluí-lo na assistência a fim de que ela seja mais abrangente. Essa experiência levou Leininger a obter o título de Doutora em Antropologia e a desenvolver um modelo teórico que incluía a cultura como componente do cuidado nos anos 60 (LEININGER, 1977, 1978).

O enfoque de Leininger no livro *Transcultural Nursing* para sua proposta teórica foi alicerçado nas relações entre a Antropologia e a Enfermagem e na complementariedade que deve existir entre o cuidado e a cultura. Sua Teoria foi fundamentada na convicção de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados de enfermagem (LEININGER, 1995).

Os marcos iniciais da teoria foram os livros *Nursing and Anthropology: Two Words to Blend* (LEININGER, 1970) e *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practice* (LEININGER, 1978). Em 1991, essa teoria foi publicada e discutida de forma ampla no livro *Culture Care Diversity and Universality: A Theoria of Nursing*. De acordo com essa proposta, o cuidado serve como guia para subsidiar a prática e o conhecimento de enfermeiros, o que denominou de Enfermagem Transcultural cujas metas eram alcançar um cuidado humanizado, alicerçado em concepções antropológicas (LEININGER, 1991).

Em sua Teoria, Leininger apresenta uma metodologia na qual o enfermeiro, ao interagir com as pessoas que estão sob seus cuidados nos múltiplos contextos de assistência à saúde humana, utiliza-se de ações profissionais diversificadas e da criatividade profissional individual, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando uma congruência cultural com o grupo social em questão (LEININGER, 1978, 2006).

Sendo assim, a Teoria Transcultural pode ser concebida como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura, por meio de sua experiência direta e sistema de valores. Sendo essas percepções essenciais ao planejamento do cuidado transcultural (LEININGER, 1978, 1991, 1995).

O cuidado transcultural ao ser humano é impregnado de significados na sua integralidade, fato indispensável para o(a): conhecimento, explicação, interpretação e predição do fenômeno “cuidar” em enfermagem. O cuidado cultural, em seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais, pode ser utilizado de forma diferente (diversidade), ou similar (universalidade). Essas modalidades são comuns a quaisquer tipos de cultura do mundo (LEININGER, 1991, 1995).

As culturas possuem características próprias de cuidar, desenvolvendo conhecimentos e uma prática genérica de cuidado, e essas características são influenciadas por visão de

mundo, linguagem, religião, contexto sociopolítico, educacional, econômico, teológico, etno-histórico e ambiental da cultura em particular ou por grupo social em que se vive (LEININGER, 1978).

Para Leininger (1991), o cuidado é a essência do ser da enfermagem, que orienta e distingue as ações e atividades da profissão direcionadas para assistir, apoiar e capacitar as pessoas. As ações profissionais ou práticas de cuidados, segundo a autora, devem atender a três etapas, a saber: a) Preservação/manutenção cultural do cuidado - envolve ações profissionais que focam o apoio, o auxílio e a capacitação da pessoa, para que seja preservada a sua saúde; b) Acomodação/negociação cultural do cuidado - visa apoiar e auxiliar ações voltadas para as formas ou maneiras de negociação, adaptação e ajustes da saúde individual; c) Repadronização/reestruturação cultural do cuidado - refere-se às ações de enfermagem que visam auxiliar a pessoa no processo de modificação dos padrões significativos de vida e saúde, para estilos de vidas saudáveis.

Essas intervenções podem ser concebidas a partir de um modelo denominado *Sunrise Model*, simbolizado pelo nascer do sol (LEININGER, 1977, 1995) conforme estrutura esquemática apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Estrutura esquemática explicativa da Teoria de Madeleine Leininger. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Nota: Esquema explicativo baseado em Leininger (1991).  
Fonte: O autor, 2022.

Segundo esse modelo, os atos do cuidado cultural são congruentes com as crenças e valores dos sujeitos. Desse modo, são considerados o conceito significativo, unificador e dominante para que seja possível obter conhecimentos, compreender e planejar o cuidado terapêutico popular e específico à realidade sociocultural dos indivíduos assistidos (LEININGER, 1991, 1995).

Nas abordagens teóricas de enfermagem, outros quatro conceitos são considerados essenciais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, formando o metaparadigma da enfermagem. A pessoa retrata o indivíduo, a família, a comunidade ou toda a humanidade. A saúde representa um estado de bem-estar. O ambiente expressa o local, os arredores, a comunidade ou o universo e a enfermagem é uma ciência, mas também uma arte da disciplina (GEORGE, 2000; LEININGER, 1978).

Alguns conceitos são essenciais à compreensão da teoria transcultural, a saber: a) Cultura: valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo social, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de maneira padronizada; b) Visão de mundo: maneira pela qual as pessoas olham o mundo ou universo; c) Estrutura social: é a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura ou sociedade e a maneira como funcionam esses fatores, familiares, culturais, religiosos, políticos, econômicos, educacionais e tecnológicos, para dar sentido e ordem cultural; d) Contexto ambiental: é a totalidade de um acontecimento, uma situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, que inclui as interações sociais, dimensões físicas, emocionais, ecológicas e culturais; e) Imposição cultural: são os esforços sutis ou não para se impor valores, crenças e comportamentos culturais a pessoa, família ou grupo (LEININGER, 1977, 1984).

Em sua proposta, cuidar é concebido como um conjunto de atividades e ações dirigidas para a assistência, o apoio e a capacitação de uma ou mais pessoas com necessidades evidentes ou antecipadas. Essas atividades visam melhorar uma condição humana, uma forma de vida ou para encarar a morte. Desse modo, o cuidado é visto como um fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência à saúde, o apoio ou a capacitação de experiências e comportamentos para com os outros diante de necessidades de saúde (LEININGER, 1978).

Segundo Leininger, a saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, capaz de refletir sobre a capacidade de uma pessoa ou grupo de pessoas para desempenharem suas atividades diárias segundo o seu modo de vida que é culturalmente expresso, benéfico e padronizado. E a conceituação de cultura envolve valores, crenças, normatizações e modos de vida de um determinado grupo de pessoas que são

apreendidos, transmitidos e compartilhados e capazes de orientar sua forma de pensar, agir e suas decisões de maneira padronizada (LEININGER, 1978, 1995, 2006).

Para Leininger (1981), os pressupostos que desafiam a Enfermagem a descobrir em profundidade o fenômeno do cuidado são: a) O cuidado humano é um fenômeno universal, mas a sua expressão, o processo e o modelo a ser executado variam entre as culturas; b) Cada situação de cuidado de enfermagem tem, no cuidado transcultural, um padrão de comportamento, de necessidades e de implicações; c) O ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sua sobrevivência; d) O cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem; e) O cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, que podem ser estudadas, praticadas no sentido de prover um cuidado holístico para as pessoas; f) O comportamento de cuidado transcultural, as formas e processos têm ainda que ser verificados em diversas culturas, quando este corpo de conhecimentos que é obtido, tendo potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem; g) O oferecimento de cuidados terapêuticos pelo enfermeiro é embasado em conhecimentos a respeito dos valores culturais, crenças e práticas dos pacientes; h) Os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura; i) A identificação de comportamentos universais e não universais, cuidados populares e cuidados profissionais, crenças e práticas é importante para o avanço do corpo de conhecimentos de enfermagem; j) A existência de diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e processos e k) A inexistência de cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.

A Teoria Transcultural valoriza a importância que as forças sociais e culturais exercem no ser humano e, conseqüentemente, no processo de cuidar. Nessa concepção, a ausência do fator cultural no cuidado de enfermagem resulta em um cuidado desvinculado da realidade cultural da pessoa e essa incongruência em relação aos valores e crenças poderá ocasionar o aparecimento de sinais de conflitos culturais, frustrações, estresse e/ou preocupações de ordem moral e ética (LEININGER, 2006; MELO, 2015; BRANDÃO, 2021).

O conceito de cuidado transcultural referido por Leininger refere-se ao estudo de crenças, valores e práticas de cuidado de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura. Ela se dá pela experiência direta, pela expressão das crenças e dos sistemas de valores (LEININGER, 1970, 1977).

As formas de realização do Cuidado transcultural possuem como objetivo auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos

indivíduos, das famílias, dos grupos e das instituições. Os conceitos e o modelo apresentado por Leininger buscam auxiliar o enfermeiro a descobrir o mundo da pessoa cuidada (sistema popular) e utilizar seu ponto de vista, ou seja, conjunto de informações, conhecimentos, crenças e valores (sistema profissional), visando à adoção de um conjunto de ações e decisões profissionais coerentes com a cultura vivenciada pela pessoa cuidada em seu grupo social e contexto sociocultural (LEININGER, 1978, 1995).

Ratifica-se ainda que existe uma diversidade cultural que faz referência às diferenças culturais e simbólicas entre os distintos grupos e estratos sociais. Essas distinções são constituídas historicamente e não podem ser reduzidas a um diferencial somente do aspecto econômico, pois são dependentes de diferentes marcadores sociais (LEININGER, 1991; GAUDENCIO; ALBUQUERQUE; CÔRTES, 2018).

Cabe acrescentar nessa reflexão transcultural que a universidade é um ambiente em que ocorre uma mesclagem constante de culturas que, a todo momento, se confrontam e são marcadas por informações e aprendizados de vida, princípios familiares e religiosos, crenças e ideologias pessoais, tabus, modos de vida adotados e, ainda, por determinantes educacionais, políticos, econômicos e sociais. Diante do constructo teórico transcultural apresentado, compreende-se que as ações de prevenção, bem como as de promoção da saúde que abarquem os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, são temas que vêm se destacando em debates na sociedade brasileira e envolvem autoridades do estado, profissionais da saúde e da educação, pesquisadores, organizações e movimentos sociais (FONTE *et al.*, 2016; BRASIL, 2020b).

Desse modo é que se pode falar de uma diversidade cultural, uma vez que as diferenças entre os grupos são determinadas/demarcadas por aspectos sociais e culturais. Como elementos que retratam diversidades transculturais podem ser exemplificados sotaques, religiosidades, costumes, variedade gastronômica, entre outros. Todos esses refletem aspectos históricos, estruturais e socioculturais, bem como as congruências resultantes de processos de miscigenação ao longo dos anos (MELO, 2015; PIMENTA, 2017; MARINHO, 2020).

A diversidade cultural de um país é oriunda do contato entre as distintas pessoas que compartilham o mesmo espaço, através de diferentes fenômenos que colocam os indivíduos em contato uns com os outros. Assim, determinadas condições, como a fase universitária e a própria faixa etária característica do jovem, já proporcionam uma diversidade transcultural ímpar.

É mister, então, salientar que as ações de (auto)cuidado com a saúde vão além dos direitos, programas específicos, de políticas e educação em saúde que influenciam diretamente o grau de conhecimento e os comportamentos das pessoas. Devem ser

contemplados ainda os marcadores sociais (gênero/sexo, classe/renda, etnia/raça, religião, orientação sexual, geração/idade), que determinam as condições de saúde-doença da população, tornando-se imprescindível um olhar para além do corpo biológico na perspectiva da interseccionalidade (GAUDENCIO; ALBUQUERQUE; CÔRTEZ, 2018).

Destarte, os marcadores sociais são interseccionais, isso porque muitos deles são indissociáveis como o gênero, a etnia e a classe social. Assim, ao analisar socialmente uma pessoa, devem-se considerar todos esses fatores como marcadores sociais de modo a se avaliar como eles se articulam (GAUDENCIO; ALBUQUERQUE; CÔRTEZ, 2018). A cultura, então, deve ser concebida como uma produção social que nasce do confronto da interseccionalidade entre os determinantes sociais, que são expressos a partir dos comportamentos das pessoas em sociedade, de modo transcultural, mediante a mistura do sistema de crenças próprio de cada indivíduo (BERGER; LUCKMAN, 2006; PIMENTA, 2017; MELO *et al.*, 2020).

Desse modo, evidencia-se a importância de uma atenção à saúde que abarque as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, capaz de realçar uma visão integrada do processo de resposta à doença, pelo reconhecimento do papel ativo da pessoa assistida que contemple nas ações de (auto)cuidado para além das variáveis psicobiológicas, de fatores relacionais, grupais e sociais de modo transcultural (CONTATORE; MALFITANO; BARROS; 2017; BRANDÃO, 2021).

Diante da apresentação do problema de investigação, juntamente com os referenciais temáticos e teórico-filosóficos que embasaram a estruturação desta investigação, a seguir, serão apresentados os métodos e as técnicas da investigação.

### 3 METODOLOGIA

Esta investigação se enquadra na linha de pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, inserida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ e faz parte das atividades desenvolvidas no grupo de pesquisa “Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais”, no qual o doutorando vem participando da construção de artigos e capítulos de livros oriundos das dissertações integrantes da pesquisa matriz.

Esta tese foi desenvolvida a partir dos bancos de dados constituídos referentes ao projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis”, cuja pesquisadora responsável é a Professora Doutora Thelma Spindola.

#### 3.1 Tipo de estudo

Nesta investigação, utilizou-se uma pesquisa de delineamento de método misto, do tipo incorporada concomitante, também conhecido como aninhado, cujo objetivo foi dar ênfase a uma abordagem (quantitativa) que predomina e guia a investigação; sendo que a abordagem qualitativa subsidia os resultados da abordagem quantitativa (CRESWELL; CLARCK, 2015; FANTINO, 2015).

Fawcett (2015) e Santos *et al.* (2017) definem os estudos de métodos mistos como aqueles que combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em um mesmo estudo, constituindo-se em uma tendência na investigação em enfermagem e saúde, uma vez que a combinação de métodos oferece alternativa para estudos que abordam fenômenos complexos. Assim, esta investigação busca a integração dos resultados, advindos das abordagens quantitativa e qualitativa analisados de forma a convergir as informações com vistas a responder aos objetivos desta pesquisa, apoiando-se mutuamente (CRESWELL; CLARCK, 2015; FANTINO, 2015).

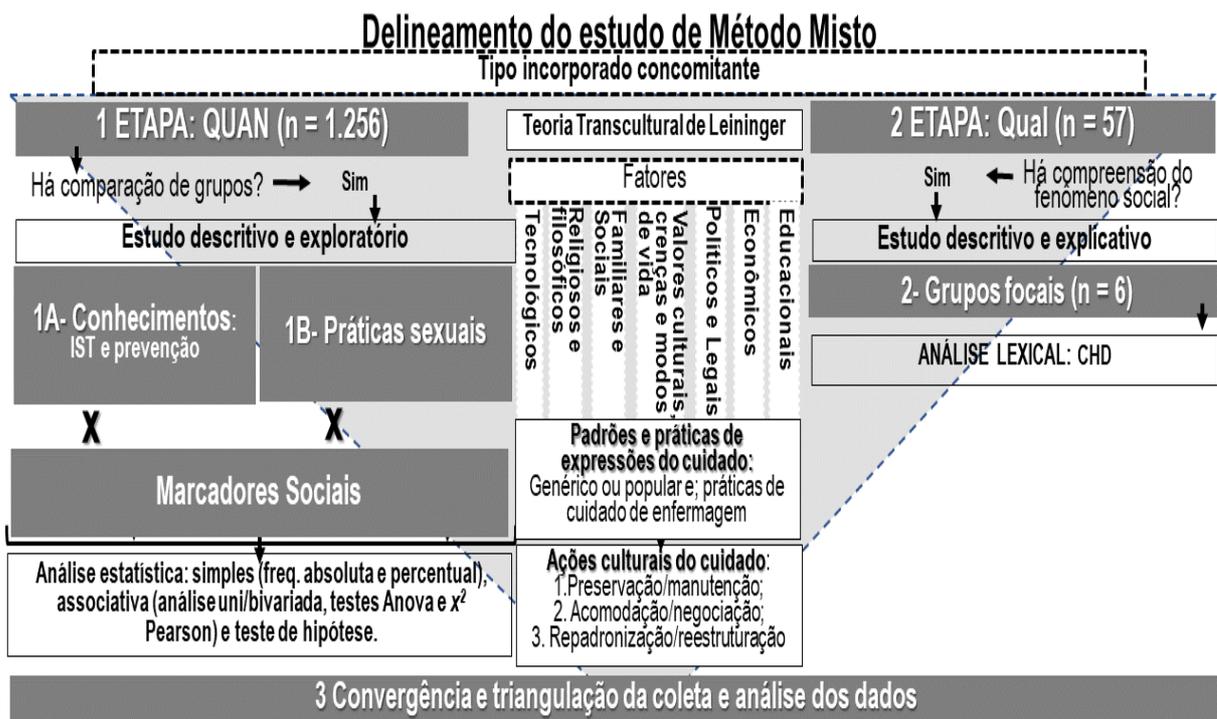
Segundo Fetters, Curry e Creswell (2013), pesquisas de incorporação tem uma característica principal (QUAN), que guia o projeto, e uma abordagem secundária (Qual), que desempenha papel de apoio aos procedimentos de análise. Destarte, recebendo menos

prioridade/peso, o método secundário é incorporado ou abrigado pelo método predominante (CRESWELL; CLARCK, 2015; FANTINO, 2015). Desse modo, na Figura 3, pode ser observado o esquema ilustrativo retratando o delineamento de estudo adotado.

A associação de dados na estratégia incorporada concomitante sugere que o método secundário lide com uma questão diferente ou complementar ao método primário, buscando informações em um nível diferente de análise, para reforçar os resultados do método primário, corroborando ou confrontando os achados desta investigação (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A etapa quantitativa foi delineada como exploratória e descritiva com o objetivo de conhecer e buscar um aprofundamento sobre a temática investigada. Concomitantemente a etapa qualitativa visou a uma abordagem descritiva e exploratória, uma vez que, além de se buscar um aprofundamento do tema, procurou-se conectar as ideias em busca de compreensão das mesmas (FANTINO, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Figura 3 - Esquema explicativo do delineamento de método misto adotado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Destacam-se como justificativas para a adoção da metodologia de método misto: a integração entre os componentes quantitativos e qualitativos; a interpretação de resultados

integrados de dados quantitativos e qualitativos; a apresentação de divergências entre resultados quantitativos e qualitativos; e a conformidade com o rigor metodológico de cada abordagem individual retratadas em pesquisas delineadas como de método misto (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Desse modo, a combinação dos dois métodos permite integrar as informações originadas de abordagens distintas, emergindo-as, o que é operacionalizado na discussão dos resultados (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018). Por fim, cabe mencionar que foram atendidos todos os critérios para a realização de investigações de método misto conforme o protocolo *Mixed Methods Appraisal Tool* (Mmat), versão 2018 (HONG *et al.*, 2018).

A seguir, constam as hipóteses de investigação, tendo conhecimento da oposição de suas respectivas correspondentes de nulidade, a saber:

H1: Jovens de IESs possuem informação sobre as ISTs e práticas preventivas, mas estas não se convertem em um saber útil capaz de subsidiar a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e evitar a ocorrência de ISTs.

H2: Os comportamentos sexuais não seguros adotados pelo grupo jovem podem ser associados aos determinantes sociais dos universitários.

O pressuposto desta investigação, está alicerçado no fato de os jovens universitários possuírem contextos acadêmicos comuns aos conhecimentos e comportamentos sexuais. Eles contituem-se em expressões de sua subjetividade que retratam as práticas preventivas de ISTs, fato inerente às pessoas sexualmente ativas. Sua efetividade retrata a diversidade sociocultural que se configura na transculturalidade e nos marcadores sociais em que se inserem.

### 3.2 Campo do estudo

Esta investigação teve como campo de coleta das informações duas instituições universitárias da cidade do Rio de Janeiro (RJ), Brasil, sendo uma pública e outra privada. Nelas é ofertado pelo menos um curso pertencente a cada uma das oito áreas de conhecimento descritas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a saber: Ciências da saúde; Ciências sociais aplicadas; Ciências biológicas; Ciências exatas e da terra; Ciências agrárias; Ciências humanas; Engenharias e Linguística, letras e artes (BRASIL, 2022a).

Diante do exposto, justificou-se a escolha das duas IESs como campos de investigação pelas possibilidades investigativas almeçadas com as aproximações do perfil de universitários do sistema público e privado, no que tange a construção de comportamentos sexuais referentes às práticas sexuais e ações preventivas de ISTs.

### 3.3 Participantes do estudo e amostragem

Participaram do estudo universitários com idades entre 18 e 29 anos. Para delimitação da faixa etária, adotou-se como referência o Estatuto da Juventude brasileira, que considera jovem a população com idade entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2015). Optou-se por não incluir os estudantes com idade inferior a 18 anos por questões legais, que prevê a necessidade do consentimento dos responsáveis e o termo de assentimento do jovem dessa faixa etária.

Foram critérios de inclusão: ter idade  $\geq 18$  anos, estar matriculado, de forma regular ou desperiodizado, em um dos cursos de graduação oferecidos pela instituição e ter iniciado a vida sexual. Foi critério de exclusão estar ausente do campo de coleta de dados por trancamento de matrícula ou licença médica.

A seleção dos participantes foi uma amostragem não pareada, atendendo ao perfil de um estudo de método misto, composta de jovens universitários independentes, e atendeu a dois critérios. Na abordagem quantitativa, foi realizado um levantamento do total de estudantes matriculados, com posterior amostragem por conveniência em cada um dos campos. Assim, foram participantes de interesse desta investigação apenas aqueles que se autodeclararam sexualmente ativos, perfazendo um total de 602 estudantes provenientes da IES-1 - Pública (277 mulheres e 325 homens) e 654 da IES-2- Privada (318 mulheres e 336 homens), totalizando 1.256 estudantes. Na abordagem qualitativa, foi adotada uma amostragem por conveniência, com a participação de 30 universitários da IES-1 e 27 da IES-2, que foram selecionados da amostragem de abordagem quantitativa, totalizando 57 participantes, foram alcançados assim o critérios de adensamento teórico aferido pelo coeficiente de Pearson  $\geq 0,70$  (MASON, 2010; PARANHOS, *et al.*, 2014; MINAYO, 2017; OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Os participantes da pesquisa matriz foram recrutados por contato individual nas instituições cenários da investigação quando foram realizados convites para integrarem a pesquisa. Nessa ocasião, houve uma explicação pelos pesquisadores quanto aos objetivos,

finalidades, riscos e benefícios da participação no estudo, com o esclarecimento de possíveis dúvidas apresentadas, bem como sobre os direitos dos participantes e deveres do pesquisador. A aquiescência dos participantes foi expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado que foi válido para as duas etapas de estudo quantitativa e qualitativa.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados dois Instrumentos para a Coleta de Dados (ICDs) estruturados; o primeiro foi um questionário contendo 60 questões fechadas e abertas, apresentado em duas etapas, a saber: a) Caracterização dos participantes; b) Perfil de conhecimentos sobre as ISTs e práticas de prevenção e comportamentos sexuais.

Cabe mencionar que, nas variáveis de caracterização sociodemográfica dos participantes, optou-se por trabalhar estratos de sexo e não se priorizou a área de conhecimento que os jovens universitários cursavam. Isso porque evidências apontam que a área de conhecimento não interfere nos comportamentos e nas práticas de prevenção de ISTs adotados por jovens de IESs públicas e privadas (FONTE, 2016; RAMOS, 2017; SANTANA, 2017; OLIVEIRA, 2020).

Este questionário foi adaptado pela pesquisadora principal, a partir da “Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira”, realizada pelo MS nos anos de 2008, 2011 e 2013, na forma de inquérito populacional voltado às pessoas entre 15 e 64 anos de idade (BRASIL, 2016). O ICD atendeu às especificidades do grupo populacional investigado (Jovens universitários entre 18 e 29 anos e continha variáveis socioeconômicas, comportamentais e aquelas referentes ao conhecimento a respeito da prevenção das ISTs).

Considerando que este estudo está alinhado a uma pesquisa matriz, foram selecionadas 27 variáveis do questionário, segundo os objetivos delineados para esta investigação, a saber: dez variáveis socioeconômicas (sexo, idade, cor da pele autodeclarada, estado conjugal, orientação sexual, com quem reside, situação empregatícia, classificação de renda, prática religiosa e matriz religiosa); seis sobre o perfil de conhecimento (qual a possibilidade de você adquirir alguma IST; quais ISTs você conhece a forma de transmissão; com quais ISTs você pode se contaminar no uso de banheiro público; quais ISTs podem ser adquiridas pelo compartilhamento de agulhas e seringas; quais ISTs podem ser adquiridas pelo não uso do

preservativo nas práticas sexuais; considera ter o conhecimento necessário sobre as ISTs; conhecimento sobre os métodos de prevenção) e 11 sobre os comportamentos sexuais (orientação sexual; uso de camisinha em todas as relações sexuais; teve relações sexuais nos últimos 12 meses; teve relações sexuais com parceiros fixos nos últimos 12 meses; uso de camisinha com parceiros fixos; uso de camisinha com parceiros casuais; fez uso de bebidas alcoólicas ou de drogas antes da última relação sexual; já teve alguma IST; já fez testagem para HIV/aids alguma vez; já teve prática sexual com uso do preservativo interno; já fez exame Papanicolau ou exame ginecológico) (Anexo A).

O segundo instrumento foi um roteiro destinado a subsidiar os Grupos Focais (GFs), em que foram explorados os relatos dos estudantes sobre o conhecimento relacionado às ISTs e os modos de transmissão, as práticas sexuais e de prevenção de ISTs, elaborado pela pesquisadora responsável pela investigação matriz.

Na abordagem qualitativa do estudo, foram selecionados seis temas apresentados na pesquisa matriz nos GFs, a saber: o jovem e sua caracterização; sexualidade; condutas sexuais e gênero; ISTs; vulnerabilidade às ISTs e cuidados com a saúde sexual/educação para a saúde, conforme apresentado no Anexo B.

A Técnica de GF é uma forma de entrevista com grupos integrados por oito a 12 participantes, baseada na comunicação e na interação que objetiva a reunião de informações detalhadas sobre um tópico específico (proposto e apresentado pelo pesquisador) para um grupo de participantes selecionados. Busca-se, então, colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviço (COLOMÉ *et al.*, 2015; SOUZA, 2020). Cabe mencionar que o papel de observador e o de secretário de registros em todos os GFs foi desempenhado por dois mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Uerj (PPGENF/Uerj), colaboradores desta investigação na etapa de coleta de dados.

### **3.5 Coleta e análise dos dados**

Os dados foram coletados durante o período letivo (primeiro e segundo semestres), nos anos 2016, 2017 e 2018, nas dependências dos *campi* das universidades selecionadas na pesquisa (áreas de lazer, praça de alimentação, quadra de esportes e corredores). A coleta de dados contou com a participação de cinco mestrandos do PPGENF/UERJ e cinco graduandos

da Faculdade de Enfermagem da Uerj (bolsistas de IC e voluntários), em dois momentos.

O questionário foi testado previamente, em fase piloto com dez estudantes universitários para verificar a objetividade, clareza e pertinência aos objetivos propostos. Com isso, durante a avaliação por peritos sobre a temática, foram feitos ajustes no questionário e os instrumentos utilizados na fase teste-piloto foram descartados.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: 1) Abordagem quantitativa: questionário sobre os dados de caracterização dos participantes e perfil dos conhecimentos sobre as ISTs e práticas preventivas e perfil dos comportamentos sexuais (Anexo A) – foi realizado registro cursivo de forma presencial em instrumento impresso com posterior transcrição, em digitação de dupla conferência realizada por dois dos pesquisadores, além da organização do banco de dados em planilhas no *software Excel for Windows 2016 da Microsoft® Office Excel*. Os dados do questionário foram preenchidos individualmente por cada participante, com duração aproximada de 20 minutos; 2) Abordagem qualitativa: foram realizados os GFs (Anexo B), com gravação de áudio em *Minigravador Voz Digital Sony Px 240 - 4g Memo*, visando a captação detalhada das informações mencionadas pelos participantes sobre assuntos pessoais e íntimos, a obtenção de fidedignidade do conteúdo das informações coletadas. Esses dados foram posteriormente transcritos na íntegra pelos bolsistas de IC no *software Word for Windows 2016 da Microsoft® Office*.

Cabe mencionar que os GFs tiveram duração compreendida entre 90 a 120 minutos, tendo sido realizados em ambas as instituições, sem nenhum tipo de influência das concepções dos pesquisadores envolvidos na etapa de coleta de dados, conforme recomendações de Souza (2020). Na IES-1 foram viabilizados três encontros que contaram com dez participantes em cada encontro, totalizando 30 universitários. Na IES-2s, os GFs ocorreram, também, em três encontros, sendo constituídos por nove, oito e dez estudantes, respectivamente, e totalizaram 27 participantes. O somatório dos participantes dos GFs das duas IESs compôs uma amostra final de 57 participantes.

Os dados quantitativos provenientes da caracterização dos participantes e do perfil de conhecimentos e de comportamentos sexuais foram consolidados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 26 e analisados segundo estatística descritiva simples apresentados em frequências absoluta e percentual; estatística associativa com análise univariada e bivariada ocorreu através dos testes não paramétricos: Anova para as variáveis nominais e ordinais; *Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson* (significação estatística aferida pelo *p-valor*  $\leq 0,05$  para um IC  $\geq 95\%$ ); e teste de hipóteses (MEIRELLES, 2014; CRESWELL; CLARCK, 2015; FANTINO, 2015; SANTOS *et al.*, 2017). A regra adotada para a construção

das variáveis de análise quantitativa que constam do ICD (Anexo A) foi descrita no Quadro 2.

A estatística descritiva é o ramo da análise quantitativa que coleta, sintetiza e apresenta os dados, com o intuito de sumarizar e descrever os atributos mais proeminentes dos dados; por outro lado, a estatística associativa e inferencial utiliza dados de amostras para tirar conclusões sobre uma população (COLOMÉ *et al.*, 2015; FANTINO, 2015). Esse conjunto de técnicas objetiva caracterizar/inferir sobre uma população a partir de uma amostra representativa desta (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Os testes não paramétricos, ou de distribuição gratuita, são baseados em hipóteses, que não possuem uma organização normal. Geralmente contêm resultados estatísticos proeminentes de suas ordenações e, portanto, de melhor compreensão (COLOMÉ *et al.*, 2015; FANTINO, 2015). O teste Anova determina se a variabilidade entre as médias do grupo é maior que a ocorrida entre as observações da média global e o teste  $\chi^2$  de Pearson é aplicado a dados categóricos para avaliar o quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso (SANTOS *et al.*, 2017; OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Os conteúdos discursivos dos GFs advindos da abordagem qualitativa foram transcritos na íntegra no *software Word for Windows 2016 da Microsoft® Office* e, posteriormente, procedeu-se à formatação do *corpus* para utilização do *software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq)*, versão 0,7 alfa 2 por análise lexical.

O *Iramuteq* é um *software* livre e gratuito, criado por Pierre Ratinaud, disponibilizado até 2009 somente no idioma francês e atualmente se apresenta em diferentes idiomas. Esse gerenciador de dados qualitativos foi desenvolvido na linguagem *Python* e utiliza funcionalidades providas pelo *software estatístico R*. No Brasil, ele começou a ser utilizado em 2013 em pesquisas envolvendo as representações sociais, entretanto, outras áreas também se apropriaram do seu uso, contribuindo para a divulgação das várias possibilidades de processamento de dados qualitativos. Assim, essa técnica permite diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, GFs, entre outros (CAMARGO; JUSTO, 2017; SOUZA *et al.*, 2018).

O *software* possibilita as análises: estatísticas textuais clássicas; lexográfica básica a partir do cálculo de frequência de palavras; análises multivariadas com análise de similitude e nuvem de palavras; pesquisa de especificidades de grupos; método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

Quadro 2 - Síntese das regras estatísticas adotadas para a construção e avaliação das variáveis na mensuração dos conhecimentos e das práticas sexuais de jovens universitários. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Variável Criada	Questões avaliadas	Pontuação atribuída
<b>Nível de conhecimento sobre as ISTs</b>	<b>Somatório das variáveis: questões marcadas com X</b>	
	38 a 42	Julgamento entre certo e errado
<b>Nível de conhecimento sobre as práticas preventivas de ISTs</b>	<b>Somatório da pontuação atribuída às variáveis:</b>	
	44	Camisinha e/ou abstinência = 5
		Camisinha e/ou abstinência + outras respostas = 1
		Informações como o não compartilhar seringas ou semelhante = 1
		Jogos, NI ou resposta não = 0
	45 a 52	Discordo totalmente = 5
		Discordo = 4
		Neutro = 3
		Concordo = 2
		Concordo totalmente = 1
	NI = 0	
<b>Grau de conhecimento sobre as práticas sexuais</b>	<b>Somatório da pontuação atribuída às variáveis:</b>	
	20, 28	Não = 1 Sim ou NI = 0
		31
	36	Não ou NI = 0 Sim = 3

Nota: NI - Não Informou.

Fonte: O autor, 2022.

Dessa forma, optou-se pela CHD, na qual os segmentos do texto são divididos e classificados de acordo com seu vocabulário, a partir das palavras previamente lematizadas. O *software*, após processar e agrupar as palavras segundo a ocorrência, procede à classificação,

criando o dendrograma das classes. Estas foram formadas segundo a relação das Unidades de Contexto Inicial (UCIs) processadas, que apresentaram palavras homogêneas. Para a classificação e a relação entre as classes, essas UCIs foram agrupadas conforme a ocorrência das palavras por meio de suas raízes, originando as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) e resultando na criação de um dicionário com formas reduzidas através do teste  $X^2$ , em que os diversos segmentos de textos e palavras são cruzados, gerando uma classificação estável e definitiva (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

O dendrograma de classes demonstra a relação entre as classes e os resultados dos cálculos possibilitam a descrição das classes através do seu vocabulário e palavras com asteriscos (variáveis) (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017). Para proceder à análise, conforme descrito acima, foi construído o *corpus* de análise. A construção do *corpus* final ocorreu em diversas etapas, respeitando-se as minúcias do *software* de escolha, bem como a integridade das falas dos participantes. Esse processo se iniciou com a transcrição do conteúdo dos GFs, reservada em arquivo próprio único para posterior elaboração do *corpus*, de conhecimentos e de comportamentos, respectivamente.

Após a transcrição dos conteúdos discursivos dos GFs, foi realizada uma conferência da mesma pela pesquisadora responsável, garantindo confiabilidade e fidedignidade dos dados. Buscou-se ainda a identificação de erros gramaticais e de digitação, bem como a eliminação de possíveis falas do pesquisador mediador dos GFs, favorecendo assim o tratamento dos resultados pelo *Iramutec*, visando à apreensão do objeto investigado.

Foi realizada ainda uma padronização, a fim de retirar vícios de linguagem, de modo a “limpar” o texto, excluindo-se sentenças sem sentido ou que não contemplassem os objetivos da presente investigação, além de substituir as abreviações e expressões comuns nas falas pela norma culta da língua portuguesa. Foi possível assim um maior aprofundamento e conhecimento dos pesquisadores sobre os assuntos que os participantes discutiam, identificando as principais ideias, os pontos de aproximação e distinção contidos nos GFs.

Na etapa seguinte, o *corpus* foi salvo em arquivo de texto sem formatação, utilizando o processador de textos *Openoffice*. Os textos que compõem o *corpus* foram separados por linhas de comandos (linha estrelada - com asteriscos). Essas linhas sinalizam ao *software* a divisão dos textos. Foram adotadas, ainda, as instruções para tratamento dos dados do *Iramutec*, ou seja: supressão dos questionamentos do entrevistador para que não fizessem parte da análise; ausência de formatação (negrito, itálico, texto justificado, etc.); uso de próclises em flexões verbo-nominais; uso de letras maiúsculas apenas no início da frase; emprego de algarismos; substituição do hífen pelo traço subscrito; uso da forma algorítmica de

números e a não utilização de caracteres com aspas (“), apóstrofo (‘), cifrão (\$), percentagem (%) e asterisco (\*); utilização de caractere e asterisco apenas nas linhas de comando (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

Por fim, o arquivo foi salvo em formato (txt), em outro arquivo visando manter sua versão original, na área de trabalho do computador. Esse arquivo foi lido pelo *software Iramutec*, passando pelo processo de divisão do *corpus* em UCE a partir do reconhecimento das formas reduzidas, classificação das UCEs conforme seu vocabulário, divisão do conjunto de UCE em razão da quantidade de formas reduzidas e divisões binárias sucessivas, até a categorização final (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017).

A classificação final de ambos os *corpora* (conhecimentos e comportamentos sexuais) forneceu um dendrograma que expressou a relação entre as quatro classes, e a leitura e a interpretação de seus conteúdos possibilitaram denominá-las segundo os eixos, subeixos e classes, indicando os aspectos qualitativos presentes em cada uma delas. A descrição detalhada das classes e de seus conteúdos se encontra no capítulo a seguir.

Por fim, os dados provenientes das duas abordagens (quantitativa) - conhecimentos, comportamentos sexuais e preventivos e (Qualitativa) - análise lexical - foram reunidos por conveniência, de modo a viabilizar a discussão das prováveis estratégias educativas que abordassem os saberes sobre a prevenção de ISTs e a influência nas práticas de prevenção adotadas pelos jovens para planejar o cuidado transcultural. Esse cuidado é voltado ao grupo de universitários e deve ocorrer mediante a compreensão de conhecimentos, crenças, valores e práticas sexuais, conforme são percebidos e reconhecidos cognitivamente, na perspectiva transcultural e dos marcadores sociais.

### 3.6 Aspectos éticos

A investigação Matriz foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das duas instituições, processos: IES n° 1 - n.º 902.543 e parecer do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 36520914.0.0000.5282 e n.º 3.396.324 e CAAE n.º 36520914.0.0000.5282 e IES n° 2 - 1.577.311 e CAAE: 56763316.1.0000.5291 (Anexos D, E e F). A coleta de dados foi desenvolvida respeitando os elementos dispostos nas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versam sobre as normas e diretrizes para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

O TCLE foi apresentado aos participantes antes da realização da coleta de dados, de modo que todos os participantes deste estudo tomaram ciência dele e o assinaram. Aos participantes foi garantido o direito ao sigilo e ao anonimato e à desistência em qualquer momento da pesquisa, não lhes oferecendo ônus ou bônus, conforme os critérios do termo. O TCLE (Anexo C) foi assinado em duas vias (pela pesquisadora responsável pelo projeto integrado e pelo participante da pesquisa), tendo sido arquivado a via do pesquisador e entregue uma aos participantes.

## 4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de forma estruturada, na seguinte ordenação: 1) Caracterização sociodemográfica dos participantes; 2) Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem quantitativa; 3) Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem qualitativa.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica dos estudantes universitários

Os 1.256 jovens universitários sexualmente ativos, provenientes das duas IESs) foram caracterizados sociodemograficamente segundo análise univariada para: sexo, idade, cor da pele autodeclarada, estado conjugal, orientação sexual, com quem reside, situação empregatícia, classificação de renda, prática religiosa e matriz religiosa, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de universitários sexualmente ativos de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1256) (continua)

<b>Perfil sociodemográfico</b>	<i>f</i>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	661	52,6
Feminino	595	47,4
<b>Idade</b>		
18 - 24 anos	1.039	82,7
25 - 29 anos	217	17,3
<b>Cor da pele autodeclarada</b>		
Branca	646	51,4
Parda	323	25,7
Preta	215	17,1
Amarela	28	2,2
Outras	44	3,6

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de universitários sexualmente ativos de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1256). (continuação)

<b>Estado conjugal</b>		
Solteiros	654	52,1
Com companheiro fixo	532	42,3
Casados	70	5,6
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexuais	1061	84,9
Bissexuais	97	7,8
Homossexuais	82	6,6
Outros	16	0,7
<b>Com quem reside</b>		
Pais	890	70,9
Familiares	204	16,3
Companheiro(a)	66	5,3
Sozinho(a)	51	4,1
Amigos(as)	45	3,7
<b>Situação empregatícia</b>		
Não trabalham	728	58,0
Trabalham com remuneração	479	38,1
Trabalham sem remuneração	41	3,3
Não informaram	08	0,6
<b>Classificação de renda</b>		
Alta classe alta	239	19,0
Baixa classe alta	299	23,8
Alta classe média	250	19,9
Média classe média	104	8,3
Baixa classe média	50	3,9
Pobres/vulneráveis	20	1,7
Não responderam	294	23,4

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de universitários sexualmente ativos de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1256). (conclusão)

<b>Prática religiosa</b>		
Sim	779	62,0
Não	468	37,3
Não informaram	09	0,7
<b>Matriz religiosa</b>		
Católica	338	43,3
Evangélica	182	23,4
Espírita	152	19,5
Ateu	53	6,8
Outras	54	7,0
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100</b>

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

A Tabela 2 evidencia que os universitários investigados eram predominantemente homens (52,6%); com idade entre 18 e 24 anos (82,7%); cor da pele branca (51,4%); solteiros (52,1%); heterossexuais (84,9%); residiam com os pais (70,9%); não trabalhavam (58,0%); tinham renda classificada na faixa de baixa classe alta (23,8%); consideravam-se praticantes religiosos (62%) e de matriz religiosa católica (43,3%).

Cabe mencionar que, em relação à classificação de renda (Tabela 2), os parâmetros adotados foram de acordo com a renda per capita dos participantes: alta classe alta > que R\$: 2.480; baixa classe alta até R\$: até 2.480, alta classe média até R\$: 1.019, média classe média até R\$: 641, baixa classe média até R\$: 641, pobre/vulnerável até R\$: 291 segundo recomendações nacionais (BRASIL, 2022b).

#### 4.2 Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem quantitativa

Os dados relativos ao conhecimento dos jovens universitários sobre as ISTs foram analisados segundo os marcadores sociais e avaliados com emprego da análise bivariada e do

teste Anova, para comparar a média entre os diferentes grupos, tendo como parâmetro o valor de sig (*p-valor*) <0,05 para definir se a média foi diferente em pelo menos um dos grupos, conforme recomendações metodológicas (CRESWELL; CLARK, 2015; OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018). Esses resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs em relação ao conhecimento sobre as ISTs, conforme os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) (continua)

<b>Determinantes Sociais</b>		<b>Conhecimentos sobre as ISTs</b>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>p-valor</i>
<b>Sexo</b>			
Masculino	661	52,6	0,768
Feminino	595	47,4	
<b>Idade</b>			
18 - 24 anos	1039	82,7	0,997
25 - 29 anos	217	17,3	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>			
Branca	646	51,4	0,963
Parda	323	25,7	
Preta	215	17,1	
Amarela	28	2,2	
Outras	41	3,2	
Não informaram	03	0,4	
<b>Orientação sexual</b>			
Heterossexuais	1061	84,9	0,988
Bissexuais	97	7,8	
Homossexuais	82	6,6	
Outros	16	0,7	

Tabela 3 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs em relação ao conhecimento sobre as ISTs, conforme os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) (conclusão)

<b>Classificação de renda</b>			
Alta classe alta	239	19,0	
Baixa classe alta	299	23,8	
Alta classe média	250	19,9	0,626
Média classe média	104	8,3	
Baixa classe média	50	3,9	
Pobres/vulneráveis	20	1,7	
Não responderam	294	23,4	
<b>Prática religiosa</b>			
Sim	779	62,0	0,409
Não	468	37,3	
Não informaram	09	0,7	
<b>Matriz Religiosa</b>			
Católica	338	43,3	
Evangélica	182	23,4	0,685
Espírita	152	19,5	
Ateu	53	6,8	
Outras	54	7,0	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022

Os resultados apresentados na Tabela 3 demonstram o *p-valor* >0,05, então se aceita a hipótese nula de igualdade para todos os marcadores sociais analisados. Desse modo, a diferença observada no grau de conhecimento sobre as ISTs entre sexo; idade; cor de pele autodeclarada; orientação sexual; classificação de renda; ser ou não uma pessoa religiosa e/ou a qual matriz religiosa pertence não é significativa. Pode-se afirmar, portanto, que o grau de conhecimento é igual entre esses grupos, independentemente do marcador social.

Na sequência, o grau de conhecimento dos jovens universitários sobre a prevenção de ISTs também foi analisado segundo os marcadores sociais e avaliados com emprego da análise bivariada e do teste Anova. Os resultados dessa análise são evidenciados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme os conhecimentos dos métodos de prevenção de ISTs e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) (continua)

<b>Determinantes Sociais</b>		<b>Conhecimentos sobre a Prevenção de ISTs</b>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>p-valor</i>
<b>Sexo</b>			
Masculino	661	52,6	0,074
Feminino	595	47,4	
<b>Idade</b>			
18 - 24 anos	1039	82,7	0,339
25 - 29 anos	217	17,3	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>			
Branca	646	51,4	0,696
Parda	323	25,7	
Preta	215	17,1	
Amarela	28	2,2	
Outras	41	3,2	
Não informaram	03	0,4	
<b>Orientação sexual</b>			
Heterossexuais	1061	84,9	0,224
Bissexuais	97	7,8	
Homossexuais	82	6,6	
Outros	16	0,7	
<b>Classificação de renda</b>			
Alta classe alta	239	19,0	0,113
Baixa classe alta	299	23,8	
Alta classe média	250	19,9	
Média classe média	104	8,3	
Baixa classe média	50	3,9	
Pobres/vulneráveis	20	1,7	
Não responderam	294	23,4	

Tabela 4 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme os conhecimentos dos métodos de prevenção de ISTs e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256). (conclusão)

<b>Prática religiosa</b>			0,295
Sim	779	62,0	
Não	468	37,3	
Não informaram	09	0,7	
<b>Matriz religiosa</b>			0,214
Católica	338	43,3	
Evangélica	182	23,4	
Espírita	152	19,5	
Ateu	53	6,8	
Outras	54	7,0	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022

Como os resultados apresentam, o *p-valor* é  $>0,05$  para todos os marcadores sociais analisados, então se aceita a hipótese nula de igualdade. Assim, a diferença observada no grau de conhecimento sobre as práticas de prevenção de ISTs entre sexo; idade; cor de pele autodeclarada; orientação sexual; classificação de renda; ser ou não uma pessoa religiosa e/ou a qual matriz religiosa pertence não é significativa. Pode-se afirmar, portanto, que o grau de conhecimento foi igual entre esses grupos. As práticas sexuais adotadas pelos jovens universitários também foram analisadas segundo os marcadores sociais e emprego da análise bivariada e o teste Anova. Esses resultados estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme as práticas sexuais adotadas e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) (continua)

	<b>Determinantes Sociais</b>		<b>Práticas Sexuais</b>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>p-valor</i>
<b>Sexo</b>			
Masculino	661	52,6	0,086
Feminino	595	47,4	

Tabela 5 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme as práticas sexuais adotadas e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256) (continuação)

<b>Idade</b>			
18 - 24 anos	1039	82,7	0,471
25 - 29 anos	217	17,3	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>			
Branca	646	51,4	
Parda	323	25,7	
Preta	215	17,1	0,427
Amarela	28	2,2	
Outras	41	3,2	
Não informaram	03	0,4	
<b>Orientação sexual</b>			
Heterossexuais	1061	84,9	
Bissexuais	97	7,8	0,091
Homossexuais	82	6,6	
Outros	16	0,7	
<b>Classificação de renda</b>			
Alta classe alta	239	19,0	
Baixa classe alta	299	23,8	
Alta classe média	250	19,9	0,000
Média classe média	104	8,3	
Baixa classe média	50	3,9	
Pobres/vulneráveis	20	1,7	
Não responderam	294	23,4	
<b>Prática religiosa</b>			
Sim	779	62,0	0,000
Não	468	37,3	
Não informaram	09	0,7	

Tabela 5 - Distribuição de estudantes universitários de duas IESs conforme as práticas sexuais adotadas e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (n=1.256). (conclusão)

<b>Matriz religiosa</b>		
Católica	338	43,3
Evangélica	182	23,4
Espírita	152	19,5
Ateu	53	6,8
Outras	54	7,0
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100</b>

**0,000**

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

A Tabela 5 evidencia que não houve diferença significativa entre as médias das práticas sexuais segundo a análise bivariada comparativa para as variáveis: classificação de renda, prática religiosa, matriz religiosa, todas com *p-valor* = 0,000. Entretanto, sobre o conhecimento das ISTs e práticas de prevenção, não houve diferença ao se avaliar segundo os determinantes sociais dos grupos (Tabelas 3 e 4). Cabe destacar, então, que as práticas sexuais dos jovens universitários não são influenciadas de forma positiva por seus conhecimentos, recebendo maior influência dos marcadores sociais de renda, prática religiosa e matriz religiosa, conforme análise estatística apresentada na Tabela 5.

Para analisar as práticas de prevenção adotadas pelos jovens universitários em seus intercursos sociais, ou seja, correlacionar seu conhecimento sobre as práticas de prevenção de ISTs com os comportamentos sexuais adotados, realizou-se o cruzamento das variáveis “uso de camisinha em todas as relações sexuais, uso de camisinha com parceria sexual fixa, uso de camisinha com parceria sexual casual, busca por atendimento nos serviços de saúde, histórico de ISTs e se já realizou testagem para HIV/aids” com os indicadores sociais dos estudantes, com emprego do teste  $\chi^2$  de Pearson. Na análise de forma individualizada dessas variáveis, alguns marcadores sociais não contabilizam 1.256 respondentes. Cabe acrescentar que a análise estatística só considera as variáveis preenchidas do ICD, ou seja, as células válidas, e desconsidera as respostas em branco.

O uso da camisinha em todas as relações sexuais, com parcerias sexuais fixas e casuais, foi avaliado segundo os determinantes sociais dos jovens universitários. Os resultados dessa análise podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de universitários de duas IESs segundo o uso de camisinha em todas as relações sexuais e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Uso de camisinha em todos os intercursos sexuais			<i>p</i> -valor
	<i>f</i> (%)		Subtotal	
	Não	Sim		
<b>Sexo</b>				
Masculino	362 (48,1)	299 (59,7)	661 (52,7)	<b>0,000</b>
Feminino	391 (51,9)	202 (40,3)	593 (47,3)	
<b>Total</b>			<b>1254 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
18 - 24 anos	617 (81,9)	421 (84,0)	1038 (82,8)	0,336
25 - 29 anos	136 (18,1)	80 (16)	216 (17,2)	
<b>Total</b>			<b>1254 (100)</b>	
<b>Cor da pele</b>				
Branca	401 (53,3)	244 (49,0)	216 (51,6)	0,240
Parda	187 (24,8)	135 (27,1)	322 (25,7)	
Preta	131 (17,4)	84 (1,9)	215 (17,2)	
Amarela	15 (2,0)	13 (2,6)	28 (2,2)	
Outras	19 (2,5)	22 (4,4)	41 (3,3)	
<b>Total</b>			<b>1251 (100)</b>	
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexuais	636 (84,9)	424 (85,0)	1060 (84,9)	0,709
Bissexuais	62 (8,3)	35 (7,0)	97 (7,8)	
Homossexuais	46 (6,1)	35 (7,0)	81 (6,5)	
Outros	5 (0,7)	5 (1,0)	10 (0,8)	
<b>Total</b>			<b>1248 (100)</b>	
<b>Classificação de renda</b>				
Alta classe alta	170 (28,4)	68 (18,8)	238 (24,8)	<b>0,008</b>
Baixa classe alta	178 (29,7)	120 (33,2)	298 (31,0)	
Alta classe média	148 (24,7)	102 (28,3)	250 (26,0)	
Média classe média	55 (9,2)	49 (13,6)	104 (10,8)	
Baixa classe média	35 (5,8)	15 (4,2)	50 (5,2)	
Pobres/vulneráveis	13 (2,2)	7 (1,9)	20 (2,1)	
<b>Total</b>			<b>960 (100)</b>	

Tabela 6 - Distribuição de universitários de duas IESs segundo o uso de camisinha em todas as relações sexuais e os determinantes sociais. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Prática religiosa</b>				
Sim	459 (61,4)	318 (64,0)	777 (62,4)	0,350
Não	289 (38,6)	179 (36,0)	468 (37,6)	
<b>Total</b>			<b>1245 (100)</b>	
<b>Matriz religiosa</b>				
Católica	196 (42,8)	142 (45,2)	338 (43,8)	0,603
Evangélica	102 (22,3)	79 (25,2)	181 (23,4)	
Espírita	95 (20,7)	57 (18,2)	152 (19,7)	
Ateu	35 (7,6)	18 (5,7)	53 (6,9)	
Outras	30 (6,6)	18 (5,7)	48 (6,2)	
<b>Total</b>			<b>772 (100)</b>	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022

Ao avaliar o uso de preservativo em todas as relações sexuais, conforme os determinantes sociais nota-se que, em relação ao sexo, como o  $p$ -valor = 0,000 ( $< 0,05$ ), pode-se afirmar que o uso de preservativo em todas as relações sexuais depende do sexo. Os homens informam usar camisinha mais frequentemente, em comparação às mulheres. Em relação à classe social como o  $p$ -valor = 0,008 ( $< 0,05$ ) então, o uso de camisinha em todas as relações sexuais depende da classe. A média classe média e a alta classe média apresentam diferença entre uso e não uso de preservativos em todos os intercursos sexuais, a média classe média tem maior frequência de uso, já a alta classe média apresenta alta frequência de não uso.

Os demais indicadores sociais como idade, orientação sexual, cor da pele, prática religiosa e matriz religiosa demonstram que o  $p$ -valor é  $>0,05$  e, portanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para essas variáveis, podendo-se afirmar que o uso de preservativo em todas as relações sexuais independe da faixa etária, da etnia, da religiosidade, do tipo de religião e da orientação sexual dos jovens universitários.

Na Tabela 7, está representado o uso de camisinha com parceria sexual fixa, segundo os marcadores sociais dos estudantes universitários.

Tabela 7 - Uso de camisinha com parceiro sexual fixo segundo os indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Uso de camisinha com parceiro sexual fixo			<i>p</i> -valor
	Não	Sim	Subtotal	
<b>Sexo</b>				<b>0,002</b>
Masculino	212 (44,4)	255 (54,3)	467 (48,3)	
Feminino	266 (55,6)	215 (45,7)	481 (50,7)	
<b>Total</b>			<b>948 (100)</b>	
<b>Idade</b>				<b>0,025</b>
18 - 24 anos	379 (48,7)	399 (51,3)	778 (100)	
25 - 29 anos	99 (58,2)	71 (41,8)	216 (17,2)	
<b>Total</b>			<b>948 (100)</b>	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>				0,139
Branca	270 (56,5)	231 (49,4)	501 (53,0)	
Parda	115 (24,1)	126 (26,9)	341 (25,5)	
Preta	74 (15,5)	83 (17,7)	157 (16,6)	
Amarela	10 (2,1)	10 (2,1)	20 (2,1)	
Outras	9 (1,9)	18 (3,8)	27 (2,9)	
<b>Total</b>			<b>946 (100)</b>	
<b>Orientação sexual</b>				<b>0,030</b>
Heterossexuais	393 (82,9)	411 (87,6)	804 (85,3)	
Bissexuais	40 (8,4)	31 (6,6)	71 (7,5)	
Homossexuais	39 (8,2)	21 (4,5)	60 (6,4)	
Outros	2 (0,4)	6 (1,3)	8 (0,8)	
<b>Total</b>			<b>943 (100)</b>	
<b>Classificação de renda</b>				0,112
Alta classe alta	115 (61,2)	73 (38,8)	188 (100)	
Baixa classe alta	122 (52,4)	111 (47,6)	233 (100)	
Alta classe média	93 (49,7)	94 (50,3)	187 (100)	
Média classe média	34 (43,6)	44 (56,4)	78 (100)	
Baixa classe média	20 (51,3)	19 (48,7)	39 (100)	
Pobres/vulneráveis	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100)	
<b>Total</b>			<b>742 (100)</b>	

Tabela 7 - Uso de camisinha com parceiro sexual fixo segundo os indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Prática religiosa</b>				
Sim	304 (64,0)	294 (62,8)	598 (63,4)	0,707
Não	171 (36,0)	174 (37,2)	345 (36,6)	
<b>Total</b>			<b>943 (100)</b>	
<b>Matriz religiosa</b>				
Católica	119 (39,1)	142 (48,3)	261 (43,6)	<b>0,028</b>
Evangélica	69 (22,7)	68 (23,1)	137 (22,9)	
Espírita	75 (24,7)	48 (16,3)	123 (20,6)	
Ateu	26 (8,6)	16 (5,4)	42 (7,0)	
Outras	15 (4,9)	20 (6,8)	35 (5,9)	
<b>Total</b>			<b>598 (100)</b>	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

A avaliação do uso de preservativo com parceiros fixos, conforme os indicadores sociais dos estudantes, demonstrou que em relação ao sexo com  $p\text{-valor} = 0,002 (< 0,05)$ , o uso desse recurso com parceria fixa depende do sexo. Os homens, mais frequentemente, informam usar preservativo com parcerias fixas em comparação com as mulheres. Em relação à faixa etária, com  $p\text{-valor} = 0,025 (< 0,05)$ , o uso de preservativo por jovens na faixa etária de 18-24 anos é mais frequentemente informado que o uso entre os estudantes de 25-29 anos. Quanto à orientação sexual, pode-se observar  $p\text{-valor} = 0,030 (< 0,05)$  então o uso de preservativo com parceiro fixo depende da orientação sexual, sendo mais frequente entre os heterossexuais.

No tocante à matriz religiosa, nota-se o  $p\text{-valor} = 0,028 (< 0,05)$  então o uso de preservativo com parceiro fixo depende da matriz religiosa frequentada pelo estudante, sendo mais frequente entre os jovens que se declaram católicos. No entanto, para os indicadores como cor da pele, religiosidade e classificação de renda, o  $p\text{-valor}$  é maior do que 0,05, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significantes para essas variáveis, e se pode afirmar que o uso de preservativo com parcerias sexuais fixas independe da cor da pele, da religiosidade ou classificação de renda dos estudantes.

O uso da camisinha com parceria sexual casual, segundo os indicadores sociais dos jovens universitários, está apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 - Uso de camisinha com parceria sexual casual e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Uso de camisinha com parceria sexual casual			<i>p</i> -valor
	<i>f</i> (%)		Subtotal	
	Não	Sim		
<b>Sexo</b>				
Masculino	81 (23,5)	263 (76,5)	344 (100)	<b>0,000</b>
Feminino	85 (39,4)	131 (60,6)	216 (100)	
<b>Total</b>			<b>560 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
18 - 24 anos	147 (30,7)	332 (69,3)	479 (100)	0,187
25 - 29 anos	19 (23,5)	62 (76,5)	81 (100)	
<b>Total</b>			<b>560 (100)</b>	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>				
Branca	92 (32,9)	188 (67,1)	280 (100)	0,174
Parda	40 (28,8)	103 (72,0)	143 (100)	
Preta	21 (20,8)	80 (79,2)	280 (100)	
Amarela	4 (40,0)	6 (60,0)	100 (100)	
Outras	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (100)	
<b>Total</b>			<b>559 (100)</b>	
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexuais	133 (29,8)	314 (70,6)	447 (100)	0,942
Bissexuais	16 (26,7)	44 (73,3)	60 (100)	
Homossexuais	16 (26,7)	44 (73,3)	60 (100)	
Outros	2 (33,3)	6 (66,7)	6 (100)	
<b>Total</b>			<b>558 (100)</b>	

Tabela 8 - Uso de camisinha com parceria sexual casual e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Classificação de renda</b>				
Alta classe alta	50 (41,3)	71 (58,7)	121 (100)	
Baixa classe alta	30 (21,1)	112 (78,9)	142 (100)	
Alta classe média	23 (23,0)	77 (77,0)	100 (100)	<b>0,003</b>
Média classe média	10 (24,4)	31 (42,9)	41 (100)	
Baixa classe média	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (100)	
Pobres/vulneráveis	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)	
<b>Total</b>			<b>426 (100)</b>	
<b>Prática religiosa</b>				
Sim	85 (26,3)	238 (73,7)	323 (100)	<b>0,041</b>
Não	80 (34,3)	153 (65,7)	233 (100)	
<b>Total</b>			<b>556 (100)</b>	
<b>Matriz religiosa</b>				
Católica	39 (27,5)	103 (72,5)	142 (100)	0,955
Evangélica	12 (22,2)	42 (77,8)	54 (100)	
Espírita	21 (14,8)	103 (85,2)	142 (100)	
Ateu	6 (26,1)	17 (73,9)	23 (100)	
Outras	7 (29,2)	17 (70,8)	24 (100)	
<b>Total</b>			<b>321 (100)</b>	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

A avaliação do uso de preservativo com parceiros casuais, conforme os marcadores sociais dos jovens universitários demonstrou que, em relação ao sexo, com o  $p$ -valor = 0,000 ( $< 0,05$ ), entende-se que o uso desse método de barreira com parceria casual depende do sexo. Os homens, mais frequentemente, informam usar preservativo com parcerias casuais em comparação com as mulheres. Assim, evidencia-se que independentemente do tipo de parceria sexual estabelecida (todos os intercursos sexuais, parcerias sexuais fíxas ou casuais), segundo os marcadores sociais dos participantes deste estudo, os homens alegam ser mais adeptos ao uso de camisinha em comparação às mulheres (Tabelas 6, 7 e 8).

Quando analisada a classificação de renda do grupo investigado, observa-se  $p$ -valor = 0,041 ( $< 0,05$ ), então, entende-se que os jovens pertencentes à baixa classe alta relatam usar

camisinha com parceiros casuais, mais frequentemente, em comparação às demais classes sociais. Em relação à prática religiosa, como marcador social, observa-se  $p\text{-valor} = 0,003 (< 0,05)$ . Nota-se, portanto, que o uso desse método de barreira com parceria casual depende da prática religiosa. Os religiosos alegam usar mais frequentemente camisinha com parceiros casuais em relação aos não religiosos.

No entanto, indicadores como idade, cor da pele, orientação sexual e matriz religiosa, cujo  $p\text{-valor}$  é maior do que 0,05, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes para essas variáveis. Assim, pode-se afirmar que o uso de preservativo com parcerias sexuais casuais independe de idade, cor da pele, orientação sexual ou matriz religiosa dos jovens universitários.

O uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual, segundo os indicadores sociais de jovens universitários, apresentou significância quando associado a sexo, cor da pele declarada, orientação sexual, classificação de renda, prática religiosa e matriz religiosa, conforme apresentado na Tabela 9. Observa-se que o único marcador social que não apresentou significância estatística foi a idade.

Tabela 9 - Uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual			<i>p</i> -valor
	<i>f</i> (%)			
	Não	Sim	Subtotal	
<b>Sexo</b>				
Masculino	450 (68,3)	209 (31,7)	659 (100)	<b>0,041</b>
Feminino	434 (73,6)	156 (26,4)	590 (100)	
<b>Total</b>			<b>1249 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
18 - 24 anos	723 (69,9)	312 (30,1)	1035 (100)	0,115
25 - 29 anos	161 (75,2)	53 (24,8)	214 (100)	
<b>Total</b>			<b>1248 (100)</b>	

Tabela 9 - Uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continuação)

<b>Cor da pele autodeclarada</b>				
Branca	466 (72,6)	176 (27,4)	642 (100)	
Parda	236 (73,3)	86 (26,7)	322 (100)	
Preta	137 (64,3)	76 (35,7)	213 (100)	<b>0,034</b>
Amarela	15 (53,6)	13 (46,4)	28 (100)	
Outras	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100)	
<b>Total</b>			<b>1246 (100)</b>	
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexuais	761 (72,2)	293 (27,8)	1054 (100)	
Bissexuais	55 (56,7)	42 (43,3)	97 (100)	<b>0,012</b>
Homossexuais	57 (69,5)	25 (30,5)	82 (100)	
Outros	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (100)	
<b>Total</b>			<b>1243 (100)</b>	
<b>Classificação de renda</b>				
Alta classe alta	148 (62,2)	90 (37,8)	238 (100)	
Baixa classe alta	219 (73,5)	79 (26,5)	298 (100)	
Alta classe média	183 (74,1)	64 (25,9)	247 (100)	<b>0,042</b>
Média classe média	74 (71,2)	30 (28,8)	104 (100)	
Baixa classe média	38 (76,0)	12 (24,0)	50 (100)	
Pobres/vulneráveis	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100)	
<b>Total:</b>			<b>957 (100)</b>	
<b>Prática religiosa</b>				
Sim	168 (36,1)	194 (25,0)	362 (100)	<b>0,041</b>
Não	297 (63,9)	581 (75,0)	878 (100)	
<b>Total</b>			<b>1240 (100)</b>	

Tabela 9 - Uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Matriz religiosa</b>			
Católica	260 (77,2)	77 (22,8)	337 (100)
Evangélica	150 (83,3)	30 (16,7)	180 (100)
Espírita	101 (66,4)	51 (33,6)	152 (100)
Ateu	36 (67,9)	17 (32,1)	53 (100)
Outras	32 (68,1)	15 (31,9)	47 (100)
<b>Total</b>			<b>1240 (100)</b>

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

Ao se avaliar o sexo dos participantes e o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual, observa-se  $p\text{-valor} = 0,041 (< 0,05)$ , então, o uso dessas substâncias depende do sexo do estudante, sendo mais frequente entre os homens. No que se refere à cor da pele autodeclarada, nota-se  $p\text{-valor} = 0,034 (< 0,05)$ , então, o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da cor da pele dos universitários, sendo mais frequente entre pessoas com cor da pele autodeclarada amarela e preta.

Ao avaliar a orientação sexual dos jovens universitários, observa-se  $p\text{-valor} = 0,012 (< 0,05)$ , desse modo, o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da orientação sexual, tendo maior consumo entre os bissexuais. No marcador social de classificação de renda, nota-se  $p\text{-valor} = 0,042 (< 0,05)$ . Assim, o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da classificação de renda, sendo observado maior registro de frequência da alta classe alta.

O cruzamento entre a prática religiosa e o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual apresentou  $p\text{-valor} = 0,041 (< 0,05)$ , assim, o uso dessas substâncias depende da prática religiosa dos jovens. Os universitários não religiosos têm maior frequência de uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual. A análise quanto à matriz religiosa e ao uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual apresentou  $p\text{-valor} = 0,003 (< 0,05)$ , então, o uso dessas substâncias antes do intercuro sexual depende da matriz religiosa. Os universitários evangélicos e católicos, portanto, apresentaram menor frequência conforme evidenciado na Tabela 9. No entanto, o indicador idade, cujo  $p\text{-valor}$  é maior do que 0,05, não apresentou diferenças estatisticamente significantes para os subgrupos etários. Pode-se afirmar, então, que o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual não depende da

idade dos estudantes.

A busca por atendimento de saúde pelos jovens universitários apresentou significância quando associada a sexo, cor da pele declarada, orientação sexual, prática religiosa e matriz religiosa, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Busca por atendimento de saúde e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Busca por atendimento de saúde			<i>p</i> -valor
	<i>f</i> (%)		Subtotal	
	Não	Sim		
<b>Sexo</b>				
Masculino	342 (52,5)	310 (47,5)	652 (100)	<b>0,000</b>
Feminino	144 (24,5)	443 (75,5)	587 (100)	
<b>Total</b>			<b>1239 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
18 - 24 anos	339 (38,5)	631 (61,5)	1026 (100)	0,251
25 - 29 anos	91 (42,7)	122 (57,3)	213 (100)	
<b>Total</b>			<b>1239 (100)</b>	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>				
Branca	268 (42,1)	368 (57,9)	636 (100)	<b>0,028</b>
Parda	124 (38,8)	190 (61,3)	320 (100)	
Preta	75 (35,5)	136 (64,5)	211 (100)	
Amarela	4 (14,3)	24 (85,7)	28 (100)	
Outras	15 (36,6)	26 (63,4)	41 (100)	
<b>Total</b>			<b>1236 (100)</b>	
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexuais	438 (41,9)	608 (58,1)	1046 (100)	<b>0,000</b>
Bissexuais	19 (19,8)	77 (80,2)	96 (100)	
Homossexuais	27 (33,3)	54 (66,6)	81 (100)	
Outros	1 (10,0)	9 (90,0)	10 (100)	
<b>Total</b>			<b>1233 (100)</b>	

Tabela 10 - Busca por atendimento de saúde e indicadores sociais de estudantes de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Classificação de renda</b>			
Alta classe alta	110 (46,4)	127 (53,6)	237 (100)
Baixa classe alta	113 (38,3)	182 (61,7)	295 (100)
Alta classe média	90 (36,1)	159 (63,9)	249 (100)
Médica classe média	39 (37,9)	64 (62,1)	103 (100)
Baixa classe média	13 (26,0)	37 (74,0)	50 (100)
Pobres/vulneráveis	8 (40,0)	12 (60,0)	20 (100)
<b>Total</b>			<b>954 (100)</b>
<b>Prática religiosa</b>			
Sim	281 (36,7)	485 (63,3)	766 (100)
Não	203 (43,7)	262 (56,3)	656 (100)
<b>Total</b>			<b>1231 (100)</b>
<b>Matriz religiosa</b>			
Católica	139 (41,9)	193 (58,1)	332 (100)
Evangélica	68 (37,6)	113 (62,4)	181 (100)
Espírita	33 (22,3)	115 (77,7)	148 (100)
Ateu	23 (43,4)	30 (56,6)	53 (100)
Outras	18 (38,3)	29 (61,7)	47 (100)
<b>Total</b>			<b>761 (100)</b>

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

Ao avaliar o sexo dos estudantes e a busca por atendimento de saúde, tem-se  $p\text{-valor} = 0,000 (< 0,05)$ , portanto essa busca por atendimento depende do sexo dos jovens, sendo mais frequente entre as mulheres. Quanto à análise em relação à cor da pele autodeclarada, nota-se  $p\text{-valor} = 0,028 (< 0,05)$ , então a busca por atendimento de saúde depende da cor da pele autodeclarada dos estudantes, sendo mais frequente entre os amarelos. No que tange à orientação sexual dos jovens, nota-se  $p\text{-valor} = 0,000 (< 0,05)$ , então a busca por atendimento de saúde depende da orientação sexual dos estudantes. Os universitários bissexuais frequentemente utilizam os serviços de saúde, em comparação às demais orientações sexuais.

No cruzamento entre a prática religiosa dos estudantes e a busca por atendimento, encontrou-se  $p\text{-valor} = 0,015 (< 0,05)$ . Então, nota-se que a busca por atendimento de saúde

depende da prática religiosa dos jovens e que os universitários que são religiosos têm maior frequência na busca pelos serviços de saúde. Na análise da matriz religiosa, tem-se o *p-valor* = 0,001 (< 0,05), então a busca por atendimento de saúde depende da matriz religiosa. Os estudantes espíritas apresentaram menor frequência quando comparados às demais religiões.

No entanto, os indicadores idade e classificação de renda, cujo *p-valor* é maior do que 0,05, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Pode-se afirmar, então, que a busca por atendimento de saúde independe da idade e da classificação de renda dos estudantes.

No que concerne à avaliação da ocorrência de ISTs, conforme os determinantes sociais dos universitários, nota-se que a idade é um fator que apresenta resultados significativos como a Tabela 11 demonstra.

Tabela 11- Histórico de ISTs e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (continua)

Determinantes sociais	Histórico de ISTs				<i>p-valor</i>
	<i>f (%)</i>			Subtotal	
	Não	Não se lembram	Sim		
<b>Sexo</b>					
Masculino	598 (91,3)	21 (3,2)	36 (6,5)	655 (100)	0,145
Feminino	522 (88,5)	19 (3,2)	49 (8,3)	590 (100)	
<b>Total</b>				<b>1245 (100)</b>	
<b>Idade</b>					
18 - 24 anos	935 (90,7)	34 (3,3)	62 (6,0)	1031 (100)	<b>0,043</b>
25 - 29 anos	185 (86,4)	6 (2,8)	23 (10,7)	214 (100)	
<b>Total</b>				<b>1245 (100)</b>	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	584 (91,1)	20 (3,1)	37 (5,8)	641 (100)	0,324
Parda	282 (88,7)	09 (2,8)	27 (8,5)	319 (100)	
Preta	188 (88,3)	06 (2,8)	19 (8,9)	213 (100)	
Amarela	25 (89,3)	02 (7,1)	01 (3,6)	28 (100)	
Outras	37 (90,2)	03 (7,3)	01 (2,4)	41 (100)	
<b>Total</b>				<b>1242 (100)</b>	

Tabela 11 - Histórico de ISTs e os indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Orientação sexual</b>					
Heterossexuais	947 (90,2)	36 (3,4)	67 (6,4)	1050 (100)	0,224
Bissexuais	86 (88,7)	03 (3,1)	08 (8,2)	97 (100)	
Homossexuais	75 (91,5)	-	07 (8,5)	82 (100)	
Outros	07 (70,0)	01 (10,0)	02 (20,0)	10 (100)	
<b>Total</b>				<b>1239 (100)</b>	
<b>Classificação de renda</b>					
Alta classe alta	212 (89,5)	08 (3,4)	17 (7,2)	237 (100)	0,536
Baixa classe alta	270 (90,9)	06 (2,0)	21 (7,1)	297 (100)	
Alta classe média	224 (89,6)	06 (2,4)	20 (8,0)	250 (100)	
Média classe média	93 (90,3)	03 (2,9)	07 (6,8)	103 (100)	
Baixa classe média	39 (78,0)	03 (6,0)	07 (6,8)	50 (100)	
Pobres/vulneráveis	17 (85,0)	01 (5,0)	02 (10,0)	20 (100)	
<b>Total</b>				<b>957 (100)</b>	
<b>Prática religiosa</b>					
Sim	693 (89,9)	24 (3,1)	54 (7,0)	771 (100)	0,834
Não	421 (90,3)	16 (3,4)	29 (6,2)	466 (100)	
<b>Total</b>				<b>1237 (100)</b>	
<b>Matriz religiosa</b>					
Católica	306 (90,8)	12 (3,6)	19 (5,6)	337 (100)	0,738
Evangélica	161 (89,9)	05 (2,8)	13 (7,3)	179 (100)	
Espírita	131 (87,9)	03 (2,0)	15 (10,1)	149 (100)	
Ateu	46 (86,8)	03 (5,7)	04 (7,5)	53 (100)	
Outras	43 (91,5)	01 (2,1)	03(6,4)	47 (100)	
<b>Total</b>				<b>765 (100)</b>	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

A avaliação do histórico de ISTs, conforme os indicadores sociais dos estudantes, demonstrou que, em relação à idade, o  $p$ -valor = 0,043 ( $< 0,05$ ), então o histórico de ISTs

depende da idade. Jovens na faixa etária de 25-29 anos apresentam maiores registros de histórico de ISTs em comparação aos estudantes de 18-24 anos.

Os indicadores sociais de sexo, cor de pele autodeclarada, orientação sexual, classificação de renda, prática religiosa e matriz religiosa, para os quais o *p-valor* é maior do que 0,05, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Assim, pode-se afirmar que a avaliação quanto ao histórico de ISTs independe de sexo, cor de pele autodeclarada, orientação sexual, classificação de renda, prática religiosa e matriz religiosa dos estudantes.

Os registros dos jovens universitários quanto à testagem para HIV/aids apresentaram significância quando associados a idade e orientação sexual, conforme a Tabela 12 evidencia.

Tabela 12 - Avaliação da realização de testagem para HIV/aids e indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022. Continua

Determinantes sociais	Testagem para HIV/aids			<i>p-valor</i>
	<i>f (%)</i>		Subtotal	
	Não	Sim		
<b>Sexo</b>				
Masculino	418 (63,2)	238 (36,3)	656 (100)	0,114
Feminino	349 (59,4)	239 (40,6)	588 (100)	
<b>Total</b>			<b>1244 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
18 - 24 anos	867 (66,8)	342 (33,2)	1029 (100)	<b>0,000</b>
25 - 29 anos	80 (37,2)	135 (62,8)	215 (100)	
<b>Total</b>			<b>1239 (100)</b>	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>				
Branca	416 (65,2)	222 (34,8)	638 (100)	0,057
Parda	186 (58,1)	134 (41,9)	320 (100)	
Preta	119 (55,6)	95 (44,4)	214 (100)	
Amarela	17 (60,7)	11 (39,3)	28 (100)	
Outras	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100)	
<b>Total</b>			<b>1241 (100)</b>	

Tabela 12 - Avaliação da realização de testagem para HIV/aids e indicadores sociais de universitários de duas IESs. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2022 (conclusão)

<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexuais	672 (64,0)	378 (36,0)	1050 (100)	
Bissexuais	55 (57,3)	41 (42,7)	96 (100)	<b>0,000</b>
Homossexuais	32 (30,0)	50 (61,0)	82 (100)	
Outros	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (100)	
<b>Total</b>			<b>1238 (100)</b>	
<b>Classificação de renda</b>				
Alta classe alta	149 (63,1)	87 (36,9)	236 (100)	
Alta classe média	153 (61,4)	96 (38,6)	249 (100)	
Baixa classe alta	177 (59,2)	122 (40,8)	299 (100)	0,240
Baixa classe média	23 (46,9)	26 (53,1)	49 (100)	
Média classe média	55 (53,4)	48 (46,6)	103 (100)	
Pobres/vulneráveis	13 (65,0)	7 (35,0)	20 (100)	
<b>Total</b>			<b>956 (100)</b>	
<b>Prática religiosa</b>				
Sim	468 (60,9)	301 (39,1)	769 (100)	0,462
Não	294 (63,0)	173 (37,0)	467 (100)	
<b>Total</b>			<b>1236 (100)</b>	
<b>Matriz religiosa</b>				
Católica	221 (66,2)	113 (33,8)	334 (100)	
Evangélica	104 (57,8)	76 (42,2)	180 (100)	
Espírita	84 (56,4)	65 (43,6)	149 (100)	0,161
Ateu	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	
Outras	27 (57,4)	20 (42,6)	47 (100)	
<b>Total</b>			<b>763 (100)</b>	

Nota: Banco de dados da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidades dos jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Fonte: O autor, 2022.

Ao avaliar a realização de testagem para HIV/aids, conforme os indicadores sociais dos estudantes, verificou-se, em relação à idade,  $p\text{-valor} = 0,000 (< 0,05)$ , então se conclui que a realização de testagem para HIV/aids depende da idade. A realização de testagem para

HIV/aids entre jovens na faixa etária de 25-29 anos é mais frequentemente realizada quando comparados aos jovens de outras faixas etárias.

No que concerne à orientação sexual, verificou-se  $p\text{-valor} = 0,000 (< 0,05)$ , demonstrando que a realização de testagem para HIV/aids depende da orientação sexual. Na realização de testagem para HIV/aids, nota-se que os homossexuais realizam mais testagem em comparação aos jovens das demais orientações sexuais (Tabela 12).

### **4.3 Conhecimentos sobre as ISTs, práticas preventivas de ISTs e comportamentos sexuais de jovens universitários: abordagem qualitativa**

Para agregar informações aos resultados apresentados na análise quantitativa dos achados em relação aos conhecimentos e comportamentos sexuais de jovens universitários, foi realizada a análise lexical do conteúdo dos GFs de modo complementar tais informações, permitindo a integração das abordagens quantitativa e qualitativa conforme recomendações para estudos de método misto (CRESWELL, CLARCK, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Na análise lexical, os conteúdos discursivos provenientes dos GFs foram inicialmente divididos em dois *corpus*, sendo o primeiro referente ao conhecimento dos jovens universitários a respeito das ISTs e práticas adotadas para a prevenção dessas infecção e o segundo sobre comportamentos/práticas sexuais dos estudantes em suas relações sexuais, apresentados e discutidos de forma sequencial a seguir.

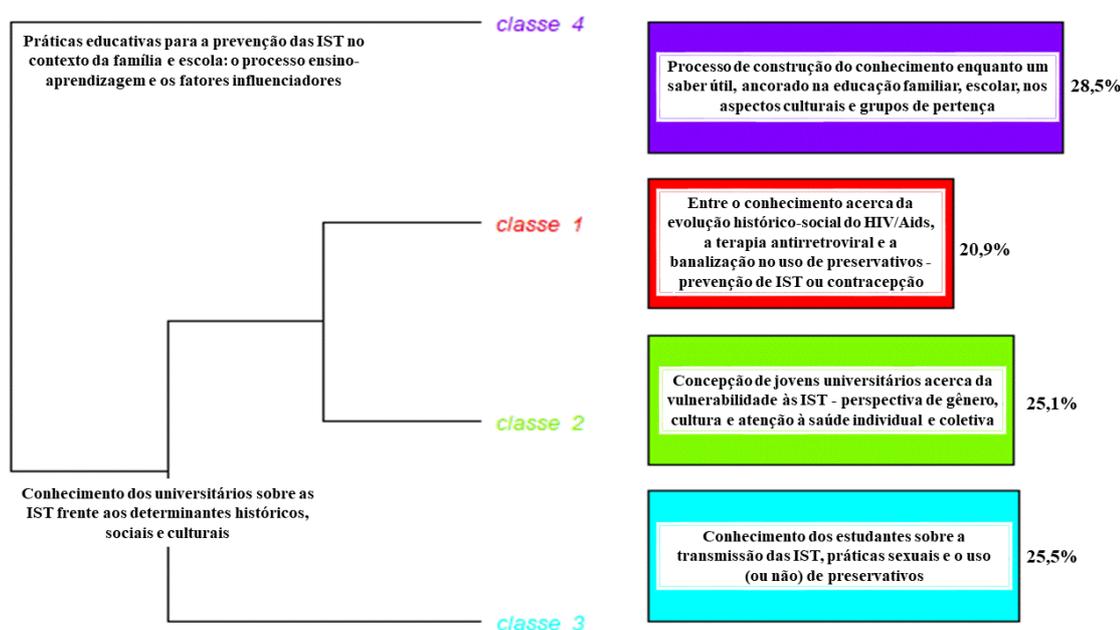
Para o *corpus* do conhecimento, o dendrograma de CHD, gerado a partir da análise lexical, constituiu-se por 459 Segmentos de Textos (STs) que foram utilizados pelo *software* entre as 481 UCEs, representando 95,43% do material analisado. O mesmo está representado de forma distribuída em quatro classes, a partir de divisões binárias sucessivas do *corpus* conforme demonstrado nas Figuras 3 e 4. Cabe mencionar que se considera um bom aproveitamento de UCE o índice  $\geq 75\%$  (CAMARGO; JUSTO, 2017).

O *corpus* dividiu-se, inicialmente, em dois *subcorpus*. No primeiro, obteve-se a classe 4 que correspondeu a 28,5% do total. No segundo *subcorpus*, obteve-se a classe 3 com 25,5% e, após uma segunda subdivisão, englobou as classes 2 e 1, com 25,1% e 20,9% respectivamente. Dessa forma, ao término do processo de clivagem, o *corpus* analisado foi dividido em quatro classes. Com vistas a uma melhor visualização da análise de *cluster* do *software*, as classes foram nomeadas, obedecendo ao conteúdo discursivo expresso nas falas

dos participantes (Figura 4).

Destaca-se que o *software* proporciona mais de um tipo de dendrograma para a forma de análise escolhida, assim como mantém disponíveis as UCEs para que o pesquisador possa, a todo instante, voltar a elas para ler e compreender os resultados e nomear cada classe, de forma a retratar e refletir o tema central contido nas UCEs que compõem cada uma das classes (KAMI *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2018).

Figura 4 - Dendrograma das classes fornecidas pelo *software Iramutec* relacionado ao conhecimento das ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Conforme observado na Figura 4, o eixo 1 “Práticas educativas para a prevenção das ISTs no contexto da família e escola - o processo ensino-aprendizagem e os fatores influenciadores” gerou a classe 4 “Processo de construção do conhecimento enquanto um saber útil, ancorado na educação familiar, escolar, nos aspectos culturais e grupos de pertença”. O eixo 2 “Conhecimento dos universitários sobre as ISTs frente aos determinantes históricos, sociais e culturais” gerou a classe 3 “Conhecimento dos estudantes sobre transmissão das ISTs, práticas sexuais e uso (ou não) de preservativos” e, após nova subdivisão, obtiveram-se as classes 2 “Concepção de jovens universitários acerca da vulnerabilidade às ISTs - perspectiva de gênero, cultura e atenção à saúde individual e coletiva” e 1 “Entre o conhecimento acerca da evolução histórico-social do HIV/Aids, a terapia antirretroviral e a banalização no uso de preservativos - prevenção de ISTs ou

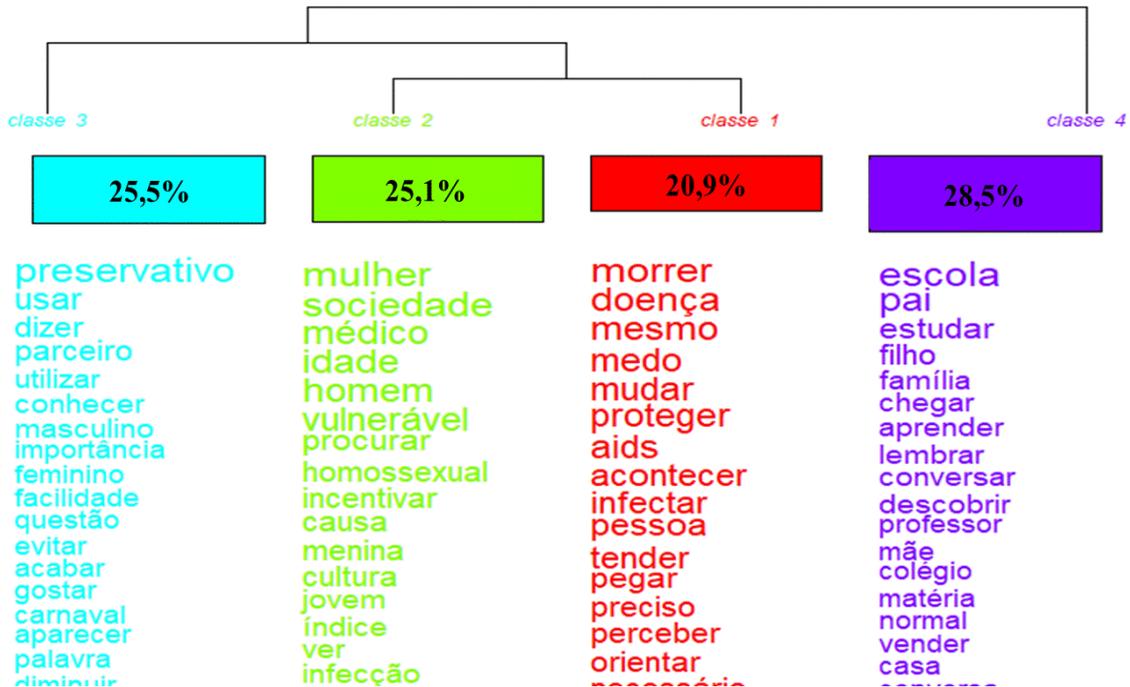
contraceção?”.

Para a criação de um dicionário de palavras, o *software Iramuteq* utiliza o teste  $\chi^2$ , que revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for  $>3,84$ , representando um  $p < 0,0001$ . O menor valor do  $\chi^2$  representa uma menor relação entre as variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2017).

As classes são formadas segundo a relação das várias UCIs processadas e que apresentam palavras homogêneas. Para a classificação e a relação das classes, as UCIs são agrupadas quanto às ocorrências das palavras por meio de suas raízes, originando as UCEs, o que resulta na criação de um dicionário com formas reduzidas, utilizando-se o teste  $\chi^2$  (CAMARGO; JUSTO, 2017).

As palavras de maior expressividade segundo o  $\chi^2$ , para cada uma das classes, podem ser observadas na Figura 5, e suas respectivas frequências (porcentagem de UCEs para cada classe) e palavras com maior valor do  $\chi^2$  estão dispostas nas Tabelas 13 a 16 apresentadas nas respectivas classes.

Figura 5 - Dendrograma com a distribuição das classes fornecidas pelo *software Iramuteq* relacionado ao conhecimento dos estudantes sobre as ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Após o processamento e o agrupamento quanto às ocorrências das palavras, a CHD cria o dendrograma das classes. A Figura 5, além de apresentar as classes, demonstra a

ligação entre elas, pois estão associadas entre si. Cada classe possui uma cor diferenciada, e as UCEs de cada uma possuem a mesma cor da classe (SOUZA *et al.*, 2018). Desse modo, as palavras de maior expressividade segundo o  $x^2$ , para cada uma das classes, podem ser observadas na Figura 5, e suas respectivas frequências segundo a porcentagem de UCEs em cada classe e palavras com maiores valores do  $x^2$  estão dispostas nas Tabelas 13 a 16, apresentadas em cada uma das respectivas classes.

Os conteúdos discursivos revelam o conhecimento dos jovens universitários a respeito das ISTs e práticas preventivas em suas múltiplas dimensões, como fatores intervenientes associados aos aspectos culturais, familiares, religiosos, sociais e econômicos, além das informações e conhecimentos adquiridos no processo de formação escolar e universitária. O detalhamento e a discussão das classes serão apresentados a seguir de forma triangulada aos referenciais teórico-filosóficos e temáticos adotados e incorporados aos resultados oriundos da abordagem quantitativa de modo a corroborá-los, confrontá-los ou justificá-los.

#### 4.3.1 Classe 4: Processo de construção do conhecimento enquanto um saber útil, ancorado na educação familiar, escolar, nos aspectos culturais e grupos de pertença

A classe 4 foi composta de 131 UCEs e corresponde a 28,5% de todas as classes. Essa é a classe com maior representatividade no conjunto analisado. As palavras associadas a ela traduzem o saber útil dos jovens universitários resultante do processo de construção do conhecimento, que é ancorado em educação familiar, educação escolar e aspectos socioculturais. O conjunto de palavras dessa classe que atendeu aos critérios de classificação conforme o  $x^2 > 13.02$  está apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Palavras associadas à classe 4, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (continua)

Palavra	<i>f</i> total	$x^2$	Palavra	<i>f</i> total	$x^2$
Escola	44	62,08	Conversar	19	16,39
Pai	28	53,95	Descobrir	9	15,36
Estudar	12	30,85	Professor	13	15,26
Filho	15	25,69	Mãe	15	15,26
Família	18	22,27	Colégio	15	15,22

Tabela 13 - Palavras associadas à classe 4, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (conclusão)

Chegar	11	21,5	Matéria	6	15,22
Aprender	17	19,89	Normal	6	13,27
Lembrar	17	19,81	Vender	10	13,02

Fonte: O autor, 2022.

Na sequência, são apresentados alguns depoimentos dos estudantes que retrataram os conteúdos da classe:

Na minha escola, eu lembro da gente estudando biologia e falar sobre as doenças na matéria e também era colocado para gente respeitar o amigo que a gente percebe que é diferente, diferença tanto a física quanto sexual (Part. 37, mulher, heterossexual).

Sentimos falta de conversar com alguém, principalmente da família. Família é quem ampara a gente. Elas acham que, com o conhecimento, nunca vai acontecer com elas. Na escola, tinha a matéria sobre IST que a professora ensinava muito rápido e falava só o básico (Part. 17, mulher, heterossexual).

Nós não conversávamos perto do meu pai, porque ele já é mais fechado, mas minha mãe ela sempre me passava todas as informações possíveis sobre sexo e as ISTs. Sobre as ISTs na escola se passava só um trabalho que copiávamos do *Google*. Nas escolas que eu estudei, eu não tive muita orientação, tive assim bem básico algumas matérias apenas, mas, minha mãe, por ser da área da saúde, sempre conversou comigo (Part. 18, mulher, orientação sexual: x).

Aprendendo com os outros sobre as ISTs. Eu acho que é uma coisa que falta nas escolas também essa informação porque todos os colégios que eu estudei os professores falavam sobre doença e pediam para fazermos trabalhos, mas era só isso (Part. 19, mulher, heterossexual).

Sem aquela questão do meu filho não, e minha filha sim. Para terem educação desde pequeno, tanto na escola quanto em casa, mesmo independente do sexo (Part. 9, mulher, heterossexual).

Na minha escola, eu nunca ouvi falar de camisinha, só das doenças mesmo. Também acho importante a questão da educação, mas não só a educação com os jovens, educação com os pais dos jovens também (Part. 44, mulher, heterossexual).

O conhecimento eu adquiri ao longo da minha vida de coisas que eu fui pesquisando e fui assistindo, Então! Essa coisa dos pais conversarem mesmo, da família e da religião, principalmente é muito complicado para a gente (Part. 17, mulher, heterossexual).

E que eu acho que tinha que ter essas medidas socioeducativas na escola porque a gente passa o tempo todo da nossa vida estudando. Gente! Quando a gente não está estudando, a gente está trabalhando (Part. 34, homem, homossexual).

Nem que tirasse uma hora do seu dia para conversar com seu filho sobre sexualidade, eu acho que hoje a questão de IST na juventude seria menor, a gestação precoce seria menor, as pessoas teriam muito mais conhecimento. Porque os pais têm conhecimento para passar, pode ser que não seja completo, mas têm o que ensinar (Part. 2, homem, heterossexual).

Eu só aprendi pela internet. Em casa, eu só ouvia para não chegar lá com barriga,

tinha sempre muita camisinha. Muitas famílias não tocam muito nesse assunto por conta do tabu causado pela religião, até mesmo pela ideia do sexo só depois do casamento (Part. 28, mulher, heterossexual).

Em geral, a família, a escola, a internet têm essa responsabilidade. Tudo deve primeiro ser discutido em família sobre as ISTs (Part. 29, homem, heterossexual).

Como se pôde ver, os conhecimentos dos jovens universitários enraizam-se na educação familiar, escolar e nos aspectos socioculturais, como, por exemplo, a religiosidade e as relações interpessoais, os quais figuram como determinantes essenciais no processo de construção do conhecimento, que perpassa as diferentes etapas de suas vidas, infância, adolescência, juventude e assim por diante.

#### 4.3.2 Classe 3: Conhecimento dos estudantes sobre transmissão das ISTs, práticas sexuais e o uso (ou não) de preservativos

A classe 3 foi composta de 117 UCEs, que correspondeu a 25,5% de todas as classes. Essa é a segunda classe mais significativa de análise. As palavras associadas à classe traduzem o conhecimento dos universitários a respeito da sua sexualidade, práticas sexuais e questões relacionadas ao uso ou não do preservativo e as formas de transmissão de ISTs. O conjunto de palavras dessa classe, conforme os critérios de classificação para o  $x^2 > 11.8$ , sendo considerado de maior relevância, está exemplificado na Tabela 14.

Tabela 14 - Palavras associadas à classe 3, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	<i>f</i> total	$x^2$	Palavra	<i>f</i> total	$x^2$
Preservativo	37	72,0	Facilidade	5	14,78
Usar	44	41,86	Questão	60	13,83
Dizer	24	32,68	Evitar	7	13,57
Parceiro	13	31,45	Acabar	30	13,10
Utilizar	11	25,39	Gostar	4	11,80
Conhecer	28	23,63	Carnaval	4	11,80
Masculino	7	20,78	Aparecer	4	11,80
Importância	8	16,48	Palavra	4	11,80
Feminino	10	15,99			

Fonte: O autor, 2022.

Na sequência, são apresentados alguns recortes de depoimentos que retrataram os conteúdos dessa classe:

É uma coisa transitória, que vai passar e as pessoas acabam não lembrando do preservativo e, às vezes, conhecem poucos tipos, têm muito preconceito com a camisinha feminina (Part. 41, mulher, heterossexual).

Não são todas as mulheres que conhecem o preservativo feminino, a facilidade de uma mulher saber sobre o preservativo, sobre como utilizar o preservativo feminino (Part. 4, mulher, heterossexual).

Quando você namora por algum tempo, tem toda uma troca de confiança e, mesmo assim, já é perigoso transar sem camisinha. Você usa o preservativo não só para prevenir uma IST, você também pode usar para prevenir uma gravidez, pois o coito interrompido também possui o risco de engravidar (Part. 10, homem, heterossexual).

A facilidade da camisinha masculina é maior. É muito mais fácil encontrar hoje em dia, se você for em um bloco ou em festas, você encontra muito preservativo masculino, mas o feminino você não encontra (Part. 9, mulher, heterossexual).

Acaba que eles esquecem que você utilizando um remédio, não quer dizer que vai se prevenir em relação às ISTs. A camisinha, além de prevenir a gravidez, ela também previne as doenças (Part. 21, mulher, bissexual).

No discurso dos jovens universitários, observa-se que o conhecimento sobre as práticas sexuais é permeado por informações a respeito do desuso do preservativo, o qual foi justificado pela percepção destes de um baixo conhecimento sobre as formas de prevenção de ISTs, como, por exemplo, sobre os preservativos.

#### 4.3.3 Classes 2: Concepção de jovens universitários acerca da vulnerabilidade às ISTs - perspectiva de gênero, cultura e atenção à saúde individual e coletiva

A classe 2 foi composta de 115 UCEs, que corresponderam a 25,1% de todas as classes. Essa é a terceira classe mais representativa para a análise. As palavras associadas retratam a vulnerabilidade às ISTs na perspectiva de gênero e cultura na ótica dos jovens universitários e os aspectos relacionados à atenção à saúde de forma individual e coletiva. O conjunto de palavras dessa classe e os critérios de classificação conforme o  $\chi^2 > 11.0$  estão exemplificadas na Tabela 15.

Tabela 15 - Palavras associadas à classe 2, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	f total	$x^2$	Palavra	f total	$x^2$
Mulher	47	37,45	Incentivar	7	13,93
Sociedade	14	35,35	Causa	7	13,93
Médico	13	32,23	Menina	9	13,59
Idade	13	32,23	Cultura	9	13,59
Homem	34	30,75	Jovem	36	12,95
Vulnerável	18	27,73	Índice	4	11,15
Procurar	13	19,17	Ver	71	11,15
Homossexual	5	15,12	Infecção	10	11,0

Fonte: O autor, 2022.

Alguns fragmentos de discursos que denotam os conteúdos da classe 2 podem ser visualizados a seguir:

A gente está muito vulnerável. Na sociedade, existem muitos tabus e paradigmas que devem ser problematizados (Part. 37, mulher, heterossexual).

Nossa sociedade é regrada pelo machismo e pela religiosidade e eu, francamente, não acredito muito nesses pensamentos. São pensamentos retrógrados. Acho que os jovens estão muito vulneráveis em relação às infecções e doenças porque não têm um diálogo sobre sexo sobre prevenção. O problema não é você transar, mas ficar grávida (Part. 34, homem, homossexual).

Acho que a adolescência é marcada pela busca por uma identidade pela aprovação social e isso é muito complicado porque uma mulher é muito reprimida em casa (Part. 42, mulher, heterossexual).

Na sociedade que a gente vive, os jovens não têm limites, eles não pensam nos limites e, muitas vezes, eu creio que não acreditam nas consequências (Part. 13, homem, heterossexual).

Acho que o homem é um pouco mais vulnerável, porque a mulher tem o costume de procurar o médico (Part. 48, homem, heterossexual).

Acho que, pela mulher ter a cultura de se cuidar mais, ir com mais frequência ao médico, etc., e o homem nem tanto, o homem tem mais riscos de contrair uma doença (Part. 27, mulher, bissexual).

Acho que as ISTs deveriam ser mais frisadas numa consulta de enfermagem, do médico, enfim, para todas as pessoas que procuram o serviço de saúde. Com certeza, o jovem é mais vulnerável (Part. 42, mulher, heterossexual).

A base tem que ser a educação sexual desde pequeno e também a família incentivar o uso do preservativo, os rapazes e as meninas a procurarem o médico para fazerem seus exames (Part. 9, mulher, heterossexual).

O gênero e a cultura foram retratados como aspectos determinantes diretos sobre a forma como os jovens universitários cuidam da sua saúde individual ou coletivamente de modo a lidarem com suas vulnerabilidades na perspectiva do baixo conhecimento quanto à importância das ações preventivas e repercussões de suas práticas sexuais.

#### 4.3.4 Classe 1: Entre o conhecimento acerca da evolução histórico-social do HIV/aids, a terapia antirretroviral e a banalização no uso de preservativos - prevenção de ISTs ou contracepção?

A classe 1 foi composta de 96 UCEs, que correspondem a 20,9% de todas as classes, sendo a classe com menor representatividade. O conjunto de palavras que compuseram essa classe e atenderam aos critérios de classificação com o  $\chi^2 > 10,67$  consta na Tabela 16.

Tabela 16 - Palavras associadas à classe 1, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	f total	$\chi^2$	Palavra	f total	$\chi^2$
Morrer	6	22,99	Infectar	4	15,26
Doença	63	21,26	Pessoa	128	15,19
Mesmo	70	21,01	Tender	8	14,40
Medo	7	18,05	Pegar	39	13,25
Mudar	7	18,05	Preciso	3	11,42
Proteger	9	17,95	Perceber	5	10,67
Aids	29	15,76	Orientar	5	10,67
Acontecer	40	15,37	Necessário	5	10,67

Fonte: O autor, 2022.

A seguir, são apresentados alguns conteúdos discursivos que retrataram os conteúdos da classe 1:

Hoje em dia as doenças estão sendo mais permitidas porque os jovens pensam assim: mais tem tratamento, então não preciso me preocupar com isso. As pessoas já ficam, se eu pegar aids, eu tomo coquetel e eu não vou morrer (Part. 33, mulher, heterossexual).

Nunca vai acontecer comigo, só que é exatamente aí que acontece. As pessoas pensam muito mais no medo de engravidar do que na doença (Part. 49, mulher, homossexual).

Antigamente as pessoas se protegiam para não ficar com a doença, hoje já se tem o coquetel para a aids, então as pessoas acabam não se preocupando tanto. Assim a geração de 30 a 45 anos passou a se proteger mais, porque eles viveram nos anos 80, fazem parte da juventude que viram as pessoas morrerem de aids (Part. 2, homem, heterossexual).

Tem-se essa visão de que todo mundo que tem aids, tipo que é uma doença de gente promíscua, que não se cuida, suja. Então, a gente tem esse preconceito, para qualquer pessoa o medo é ter aids (Part. 32, homem, heterossexual).

A aids é a fase final da doença, naquela época, existia a aids, porque as pessoas iam para fase final devido às doenças oportunistas e hoje não, porque, hoje você tem muitos portadores do vírus e que ainda não têm a aids. Porque eles se permitem muito mais atualmente, mesmo tendo conhecimento, muitas vezes, sabem os métodos contraceptivos, as formas de proteção contra ISTs, mas, mesmo assim, não as utilizam. Hoje, com o avanço dos coquetéis antirretrovirais, você tem a pessoa portadora do vírus que não manifesta a aids (Part. 10, homem, heterossexual).

As pessoas se preocupam mais com gravidez do que com uma IST. “Uma IST, não vou morrer! Agora o HIV é só tomar um remédio, então está tranquilo (Part. 41, mulher, heterossexual).

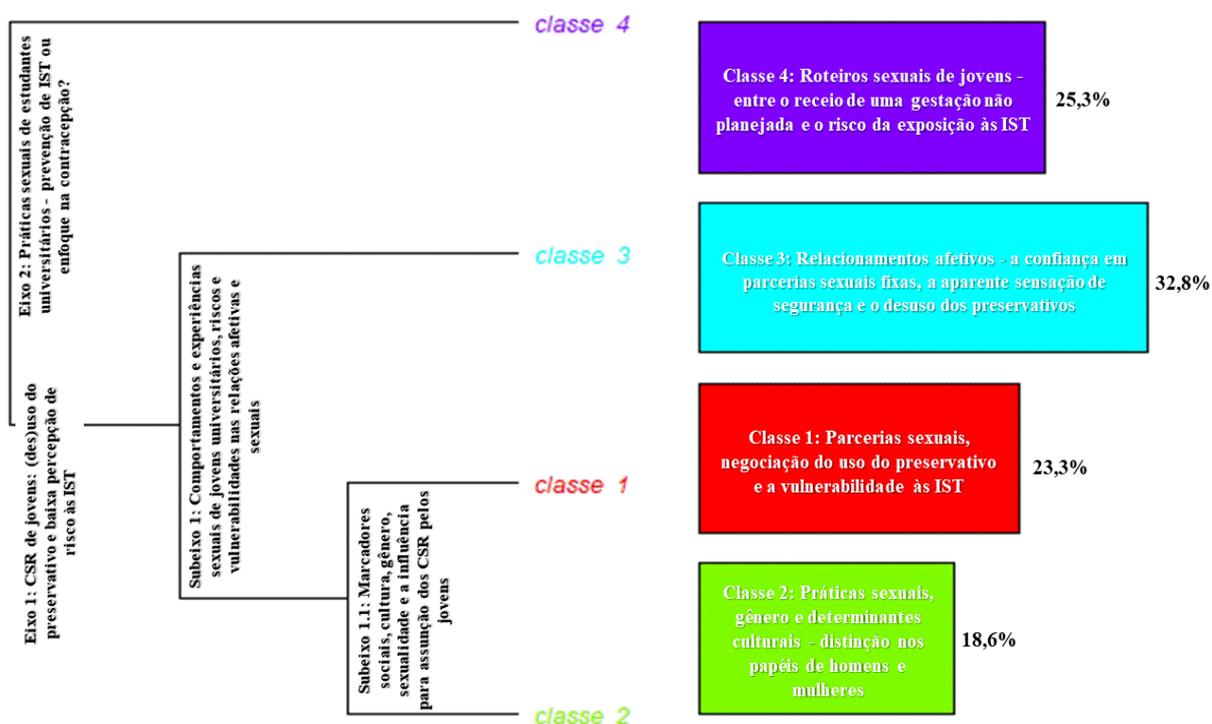
Eu acho que, para a gente, a maioria das pessoas, elas só conhecem quando elas veem alguém ou elas mesmo. A maior parte da população tem aids e não sabe porque ninguém faz exame (Part. 36, mulher, heterossexual).

Aids, sabe, hoje em dia, não vemos a aids como na década de 80. O Cazusa sofrendo, por exemplo, não é televisionado, não acontece da mesma maneira (Part. 13, homem, heterossexual).

As palavras associadas a essa classe representam um contexto evolutivo histórico e social do HIV/aids e a Terapia Antirretroviral (Tarv) como formas de conhecimento dos universitários acerca das ISTs. Expressam, ainda, o desuso do preservativo para a prevenção de ISTs, considerando a priorização do uso de métodos contraceptivos, como os anticoncepcionais orais, por estudantes na prevenção da gravidez não planejada.

Procedendo à análise lexical do *corpus* dos comportamentos sexuais e de prevenção, foi gerado um dendrograma de CHD constituído por 253 STs entre 312 UCEs, o que representou 81,09% do material analisado e está apresentado de forma distribuída em quatro classes, a partir de divisões binárias sucessivas do *corpus* (Figuras 6 e 7).

Figura 6 - Dendrograma da estrutura das classes fornecidas pelo *software Iramutec* relacionado aos comportamentos sexuais e de prevenção. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

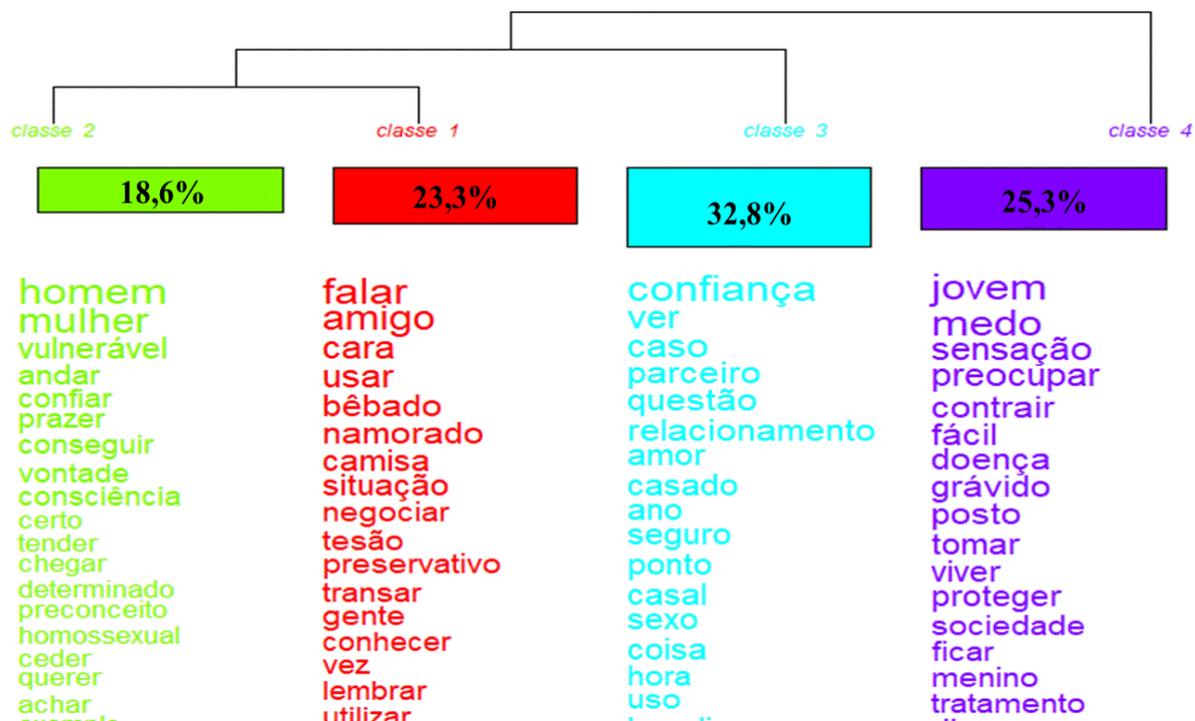
O *corpus* dividiu-se, inicialmente, em dois eixos. O eixo 1 gerou a classe 4, com 25,3% do total. O eixo 2, por sua vez, gerou a classe 3, com 32,8% e, após nova subdivisão, formou as classes 2 e 1, com 18,6 e 23,3% respectivamente. Dessa forma, ao término do processo de clivagem, o *corpus* analisado foi dividido em quatro classes. Obedecendo ao conteúdo discursivo nas falas dos participantes, com vistas a uma melhor visualização da análise de *cluster* do *software*, as classes foram nomeadas e estão representadas na Figura 6.

Conforme observado na Figura 5, o eixo 1 “Práticas sexuais de estudantes universitários - prevenção de ISTs ou enfoque na contracepção?” gerou a classe 4 “Roteiros sexuais de jovens - entre o receio de uma gestação não planejada e o risco da exposição às ISTs”. O eixo 2, por sua vez, “CSRs de jovens: (des)uso do preservativo e baixa percepção de risco às ISTs” gerou a classe 3 “Relacionamentos afetivos - a confiança em parcerias sexuais fixas, a aparente sensação de segurança e o desuso dos preservativos” e, após nova subdivisão, deu origem à classe 2 “Práticas sexuais, gênero e determinantes culturais - distinção nos papéis de homens e mulheres” e 1 “Parcerias sexuais, negociação do uso do preservativo e a vulnerabilidade às ISTs”.

As palavras de maior expressividade segundo o  $\chi^2$ , para cada uma das classes, podem

ser observadas na Figura 6, e suas respectivas frequências (porcentagem de UCEs para cada classe) e palavras com maior valor do  $\chi^2$  estão dispostas nas Tabelas 17 a 20 apresentadas nas respectivas classes.

Figura 7 - Dendrograma com a distribuição das classes fornecidas pelo *software Iramutec* relacionado aos comportamentos sexuais e de prevenção, segundo os estudantes sobre as ISTs. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Os conteúdos discursivos revelam o comportamento dos jovens universitários em relação às suas práticas sexuais e práticas de prevenção de ISTs. Como também a adoção (ou não) de CSRs e a percepção de sua vulnerabilidade. O detalhamento e a discussão das classes que compuseram esse *corpus* serão apresentados a seguir de forma triangulada com os referenciais temáticos e teórico-filosóficos adotados, sendo incorporados aos resultados da abordagem quantitativa a fim de corroborá-los, confrontá-los ou justificá-los.

#### 4.3.5 Classe 4: Roteiros sexuais de jovens - entre o receio de uma gestação não planejada e o risco da exposição às ISTs

A classe 4 foi composta de 64 UCEs, que corresponderam a 25.3% de todas as classes. Essa é a segunda maior classe que emergiu no processo de análise. As palavras associadas a ela traduzem o pensamento que modula os comportamentos dos jovens universitários, entre o receio de uma gestação não planejada e os riscos de exposição às ISTs. Do conjunto de palavras dessa classe foram consideradas de maior relevância aquelas que se encontram dentro dos critérios de classificação conforme o  $\chi^2 > 8.97$  e são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Palavras associadas à classe 4, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	<i>f</i> total	$\chi^2$	Palavra	<i>f</i> total	$\chi^2$
Jovem	19	37,73	Posto	6	16,49
Medo	12	37,20	Tomar	10	15,06
Sensação	8	24,40	Proteger	5	12,0
Preocupar	8	21,26	Sociedade	4	10,17
Contrair	7	21,26	Ficar	28	8,97
Fácil	7	20,90	Menino	3	8,97
Doença	28	18,15	Tratamento	3	8,97
Gravídico	6	18,15			

Fonte: O autor, 2022.

Alguns depoimentos que retratam essa classe na perspectiva dos estudantes são apresentados na sequência:

Existem diversas condutas, tem aqueles jovens que são bem radicais, que vivem a Deus dará, posso contrair ou posso não contrair. Eu conheço e tenho amigos que gostam dessa sensação de manter relação sem camisinha não pelo medo de contrair ou não contrair uma IST, mas porque é mais prazeroso e, se depois houver consequências, vamos ao posto e realizamos o tratamento. Mas, existem os jovens conscientes que conhecem as doenças, as ISTs, os riscos e que se previnem, mas, para outros, essa sensação de perigoso é mais gostoso. Eu gosto dessa sensação de eu posso ser infectada, ou posso manter relação sexual com alguém que tem HIV e não ser infectada, às vezes, essa sensação para alguns jovens pode ser emocionante (Part. 14, mulher, bissexual).

Muitos jovens chegam lá no posto na UBS falando “Pelo amor de Deus, eu estou achando que estou grávida”. Elas estão mais preocupadas se elas estão grávidas do que se estão contraindo alguma doença (Part. 12, mulher, heterossexual).

Eu acho que tem muito disso que a mulher tem muito mais medo de engravidar do que necessariamente pensar na doença. Tanto é que todo mundo pensa: “Vou tomar anticoncepcional, mas camisinha não porque não precisa”. Você tenta usar camisinha, tenta se prevenir. A pessoa fala: “Mas, você não confia em mim? Como assim?” As pessoas pensam muito mais no medo de engravidar do que na doença (Part. 49, mulher, homossexual).

Não pensam, você não olha e pensa na doença, não pensam que ela pode ter uma doença, o medo é ter filho e não ter uma doença. O menino sempre quer se expor (Part. 33, mulher heterossexual).

Eu vejo que as pessoas se preocupam mais com o não engravidar do que com não pegar uma doença. Elas se preocupam mais em tomar uma pílula do dia seguinte do que em usar camisinha devido a doenças (Part. 7, mulher, heterossexual).

As pessoas podem se cuidar compartilhando informações e experiências com os amigos (Part. 48, homem, heterossexual).

Os roteiros sexuais dos jovens universitários foram descritos pelos mesmos como marcados por comportamentos sexuais inconsequentes. Observa-se, assim, a existência de pouco discernimento quanto aos riscos que correm em adquirirem alguma IST, sendo a maior preocupação externada em seus discursos a de uma gravidez não planejada.

#### 4.3.6 Classe 3: Relacionamentos afetivos - a confiança em parcerias sexuais fixas, a aparente sensação de segurança e o desuso dos preservativos

A classe 3 foi composta de 83 UCEs, que correspondem a 32,8% de todas as classes. Essa é a maior classe que emergiu no processo de análise, sendo a mais significativa no conjunto de dados. As palavras associadas a ela representam os contextos relacionais, afetivos e sexuais dos jovens universitários, nos quais os comportamentos são determinados pelo grau de confiança nas parcerias sexuais e o desuso do preservativo quando estes se sentem seguros. Na Tabela 18, exemplifica-se o conjunto de palavras que compuseram essa classe, que estavam dentro dos critérios de classificação para  $\chi^2 > 8.32$ .

Tabela 18 - Palavras associadas à classe 3, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	<i>f</i> total	$x^2$	Palavra	<i>f</i> total	$x^2$
Confiança	18	27,65	Ano	5	10,45
Ver	32	17,90	Seguro	5	10,45
Caso	11	17,61	Ponto	5	10,45
Parceiro	20	13,63	Casal	5	10,45
Questão	50	12,70	Sexo	16	10,01
Relacionamento	11	12,53	Coisa	29	9,90
Amor	8	11,21	Hora	7	9,14
Casado	10	10,52	Uso	4	8,32

Fonte: O autor, 2022.

Os discursos de alguns jovens que retratam os conteúdos dessa classe são apresentados a seguir:

Em todas as relações, a gente usa preservativo parcialmente, mas só daquela forma, só no final para prevenir a gravidez. Então assim: eu só fiz sem camisinha com o meu namorado (Part. 44, mulher, heterossexual).

Acredito que, ao longo do casamento, as pessoas acabam cedendo por conta da confiança para não parecer que o uso da camisinha é por conta da desconfiança. Tem também a questão de que você quer ter o contato pele a pele com o parceiro (Part. 9, mulher, heterossexual).

Mais por questão de prevenir gravidez. Se perguntar aos casados, eles quase não usam porque é casal tem essa questão da confiança e outras coisas. Ainda mais quando casa, dez anos de casamento, se você perguntar as pessoas que são casadas há anos, acho muito difícil você encontrar um casal que use preservativo (Part. 41, mulher, heterossexual).

Tem a questão da confiança, vai passando e as pessoas pensam “Não vou usar camisinha, vou só tomar o contraceptivo”. Vai adiantar alguma coisa? Não é só a gravidez que importa (Part. 12, mulher, heterossexual).

No meu caso, eu até uso preservativo, mas só para prevenir mesmo a gravidez porque eu sempre tive confiança no meu namorado, eu sabia do histórico dele. De início, a gente faz sem, mas depois a gente coloca (Part. 44, mulher, heterossexual).

Eu estou casado, já acostumei a transar com uma só, então não precisa de camisinha (Part. 15, homem, homossexual).

Alguns ainda pedem e usam o psicológico e falam “Se você me ama, você não vai usar camisinha” (Part. 32, homem, homossexual).

Nota-se que, com as parcerias sexuais fixas, as quais, em sua maioria, estão ligadas a laços afetivos, relacionais estáveis ou à formalidade do casamento, os jovens tendem a deixar o uso da camisinha facultativo ou abolirem seu uso. Isso porque os mesmos relatam se

sentirem seguros com seus(as) parceiros(as) sexuais de modo a adotarem a camisinha apenas como estratégia à prevenção de uma gravidez não planejada.

#### 4.3.7 Classe 2: Práticas sexuais, gênero e determinantes culturais - distinção nos papéis de homens e mulheres

A classe 2 foi composta de 47 UCEs, que correspondem a 18,58% de todas as classes. Essa é a menor classe do processo de análise. As palavras associadas à classe traduzem as práticas sexuais e os determinantes culturais dos jovens universitários sobre a distinção de papéis segundo o gênero. O conjunto de palavras dessa classe atende aos critérios de classificação para o  $\chi^2 > 3.84$ , é considerado de maior relevância (Tabela 19).

Tabela 19 - Palavras associadas à classe 2, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	f total	$\chi^2$	Palavra	f total	$\chi^2$
Homem	45	83,69	Tender	7	7,08
Mulher	52	72,88	Chegar	10	6,80
Vulnerável	9	30,50	Determinado	5	5,79
Andar	6	26,94	Preconceito	3	4,64
Confiar	9	14,27	Homossexual	3	4,64
Prazer	8	10,54	Ceder	3	4,44
Conseguir	6	9,40	Querer	35	4,04
Vontade	6	9,40	Achar	58	3,84
Consciência	4	8,55			

Fonte: O autor, 2022.

Alguns depoimentos que denotam os conteúdos dessa classe na perspectiva dos jovens são apresentados na sequência.

Eu acho que, no geral, o homem está mais vulnerável do que a mulher, tanto o homem hétero quanto o homem homossexual a essas doenças e infecções (Part. 45, homem, homossexual).

O homem é mais vulnerável, porque ele é mais inconsequente e quer transar sem camisinha (Part. 32, homem, homossexual).

A mulher espera muito do homem, ele que deve andar com a camisinha. O

pensamento é de que mulher não pode andar com camisinha (Part. 12, mulher, heterossexual).

As mulheres são mais resolvidas sexualmente. Também fazem sexo casual, assumem que sentem prazer e têm necessidade sexual. Sexo casual é o que predomina. Eu acho que o preconceito contra a mulher, mais uma vez, prejudica nisso também, porque normalmente os homens não querem usar camisinha, a maioria deles não quer, preferem sem (Part. 42, mulher, heterossexual).

Para mulheres, ocorre dominação sobre o sexo. Para o homem, basta dizer que não vai usar camisinha e, na cabeça dele, socialmente construída, ele está certo e a mulher não pode opinar (Part. 03, mulher, heterossexual).

O homem assume a posição de insistir em não usar preservativo e a mulher assume a de ser quem deve ceder e não usar (Part. 53, homem, heterossexual).

Elas também tem o mesmo direito do homem. Hoje em dia, as mulheres transam com múltiplos parceiros também e antigamente não acontecia isso (Part. 10, homem, heterossexual).

Tem mulheres que andam com camisinha masculina na bolsa (Part. 25, homem, heterossexual).

Você, homem, pode fazer sexo à vontade e a responsabilidade de não engravidar é dela (Part. 46, homem).

Não quero, isso é a coisa mais rara do mundo, a mulher falar que não. Se você não a conhece, ela mesma acaba se sentindo mais confortável, porque, na verdade, a mulher tem dificuldade no dizer “Não quero sem a camisinha” (Part. 16, homem, heterossexual).

Os papéis de homens e mulheres segundo o sexo, no exercício de suas práticas sexuais foi descrito como permeado por vulnerabilidades masculinas, uma vez que recaía sobre eles, na maioria das vezes, a responsabilidade de definir se a camisinha será ou não utilizada, visto a posição de submissão adotada por grande parte das mulheres jovens.

#### 4.3.8 Classe 1: Parcerias sexuais, negociação do uso do preservativo e a vulnerabilidade às ISTs

A classe 1 foi composta de 59 UCEs, que correspondem a 23,3% de todas as classes. Essa é a terceira classe mais significativa de análise. As palavras associadas retratam os tipos de parcerias sexuais de jovens universitários, suas vulnerabilidades às ISTs e a negociação do uso do preservativo. O conjunto de palavras dessa classe, que se encontra dentro dos critérios de classificação para o  $\chi^2 > 5.42$ , está apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 - Palavras associadas à classe 1, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Palavra	<i>f</i> total	$x^2$	Palavra	<i>f</i> total	$x^2$
Falar	53	32,65	Negociar	3	9,98
Amigo	21	29,64	Tesão	3	9,98
Cara	15	22,30	Preservativo	28	9,40
Usar	51	20,13	Transar	20	8,64
Bêbado	5	16,77	Gente	46	7,86
Namorado	7	15,67	Conhecer	13	7,14
Camisa	57	14,52	Lembrar	6	6,46
Situação	6	12,38	Utilizar	9	5,42

Fonte: O autor, 2022.

Alguns fragmentos de discursos dos estudantes que retrataram os conteúdos da classe 1 podem ser observados a seguir:

O homem vai andar com camisinha da mesma forma que a menina pode comprar camisinha e manter escondido. De certa forma, a mulher acaba, por questões sociais, tendo menos relações sexuais com parceiros diferentes do que homens (Part. 2, homem, heterossexual).

Acho que as mulheres também carregam preservativo por conta de que, muitas vezes, os homens têm o discurso de “Eu não trouxe” e aí tenta forçar a relação sem e você poder falar “Mas eu trouxe” (Part. 54, mulher, heterossexual).

Eu falo assim: “Gente, usa camisinha”. Minhas amigas falam assim: “Mas ele não tem aids”. Eu fal: “Como você sabe?” (Part. 42, mulher, heterossexual).

Vários amigos meus, a grande maioria, na verdade, transam sem camisinha e eu fico muito chocado. Tem muito cara que fala que incomoda (Part. 24, homem, heterossexual).

Esse meu amigo não se importa de transar sem usar camisinha (Part. 32, homem, homossexual).

Já tive experiências com amigas minhas que dizem que não transam com camisinha, porque falam assim: “Se a iniciativa partir de mim, tipo eu trouxe, eu tenho, vão pensar que eu saí para transar” (Part. 42, mulher, heterossexual).

Eu acho que muda completamente a percepção de qualquer situação, com álcool, é mais complicado, mas já aconteceu de eu transar com o cara, tipo, o cara está muito bêbado e de não conseguir nem colocar a camisinha direito, foi do jeito que estava mesmo (Part. 35, mulher, homossexual).

Você vai negociar, mas o cara vai falar “Eu gosto de camisinha e só faço com” e a mesma coisa a mulher falar comigo “Só rola com e quer assim, então vamos, se não quer, então paciência”. Hoje tem mulheres que com um namorado ou um ficante para cada dia da semana, não tem mais aquele pudor de “Eu não posso”. Tem gente que não usa camisinha ou está bêbado e não tem camisinha (Part. 10, homem, heterossexual).

Já passei por algumas situações em que, se eu não falasse, a pessoa também não falaria no momento do vuco-vuco, a pessoa já vem e “Espere aí, cadê a camisinha?” (Part. 51, mulher, heterossexual).

A negociação do uso do preservativo nas práticas sexuais foi permeada por vulnerabilidades, como as múltiplas parcerias casuais, comportamentos de desuso do preservativo, julgamentos sobre o ato de a mulher carregar a camisinha consigo, as quais são socialmente julgadas como atos promíscuos, além de o uso de álcool pré-relações sexuais haver sido considerado um fator de risco ao se reduzirem as faculdades mentais de julgamento de condutas.

A partir da apresentação estruturada dos resultados, a seguir, os mesmos serão discutidos com triangulação dos resultados de forma incorporada concomitante das duas abordagens em relação ao perfil sociodemográfico dos estudantes universitários, conhecimentos sobre as ISTs e suas práticas de prevenção e os comportamentos sexuais adotados pelos jovens universitários.

## 5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados da presente tese está apresentada de forma estruturada em quatro seções, a saber: 1) Perfil sociodemográfico dos jovens universitários de duas IESs; 2) Conhecimentos sobre as ISTs e a prevenção das infecções de transmissão sexual segundo os jovens universitários; 3) Práticas sexuais de estudantes universitários: entre a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e a assunção de comportamentos de risco e 4) Repensando o cuidado de enfermagem e as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva transcultural.

### 5.1 Perfil sociodemográfico dos jovens universitários de duas instituições de ensino superior

O perfil de caracterização sociodemográfica dos participantes foi similar ao encontrado em outras investigações realizadas com estudantes universitários no território brasileiro (GUTIERREZ *et al.*, 2019; FARIAS *et al.*, 2020; SPINDOLA *et al.*, 2020c; MARINHO *et al.*, 2022; MELO *et al.*, 2022; SANTOS; COELHO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2022).

Perfil similar que incluiu a predominância do sexo feminino entre os universitários foi observado em investigação descritiva correlacional, que avaliou o perfil sociodemográfico de estudantes universitários de uma universidade portuguesa e outra brasileira (FONSECA *et al.*, 2019). Cabe destacar que a mesma ambivalência ocorre em inquérito de base populacional brasileiro realizado por Gutierrez *et al.* (2019).

Cabe sinalizar, então, a diferença do quantitativo de estudantes por sexo, considerando que, em ambos os contextos, a população de universitários é composta, majoritariamente, de mulheres. Na atualidade, nota-se que as IESs são frequentadas por estudantes de diversas origens sociais e existe uma elevada incidência de jovens do sexo feminino, ao contrário do perfil de universitários de algumas décadas atrás (FONSECA *et al.*, 2019; GUTIERREZ *et al.*, 2019; FARIAS *et al.*, 2020).

As mulheres predominam entre os estudantes universitários. Na graduação presencial, como é o caso das duas IESs cenários de investigação, elas representam 55,1% do total de

matrículas e 58,8% do total de concluintes (BRASIL, 2021). Outrossim, na atualidade, observa-se um movimento social mundial no qual as mulheres buscam estudar e adquirir maior nível de escolaridade, em comparação aos homens. Assim é oportuno considerar as lutas de gênero em *prol* da emancipação feminina, apesar de ainda serem pouco eficazes.

As mulheres na sociedade brasileira possuem, muitas vezes, maior escolaridade, mas apresentam disparidades salariais expressivas, sendo remuneradas com valores inferiores aos homens, apesar de exercerem as mesmas funções. Tal configuração socioeconômica se deve aos estereótipos e à discriminação por gênero que desvaloriza as atividades exercidas pelas mulheres e também às restrições sociais e comportamentais exercidas por homens e mulheres (MATTEI; BAÇO, 2017; FERNANDEZ, 2019).

O contexto das IESs, contudo, e, em alguns campos do conhecimento e profissões, é historicamente marcado pela composição predominantemente feminina, devido à proporção de profissionais formados e registrados nos respectivos conselhos de classe integrados, em sua maioria, por mulheres (ALMEIDA; CASTRO, 2017; MACHADO *et al.*, 2019; ARREGUY-SENA *et al.*, 2020), o que corrobora os resultados desta investigação.

Reitera-se, ainda, que, ao avaliar a proporção de mulheres nas estatísticas de ingressos, matrículas e concluintes nos cursos superiores de graduação no Brasil, em comparação aos homens registrados em 2017, tem-se de ingressos de pessoas do sexo feminino 55,2%, matrículas 57% e concluintes 61,1% (BRASIL, 2018c). Nesse sentido, ao analisar o conjunto de cursos pertencentes às oito áreas do conhecimento, pode-se observar que o quantitativo de mulheres em registro censitário somava 97.342.162 (51%), enquanto o de homens era de 93.390.532 (49%), correspondendo a 95,9 homens para cada 100 mulheres (BRASIL, 2010b), reafirmando-se o predomínio de mulheres no ensino superior do país.

Outro aspecto a ser destacado é que, no Brasil, nas duas últimas décadas, ocorreu uma ampliação das oportunidades de acesso à educação por meio das IESs públicas e privadas, por meio de diversas iniciativas, programas sociais e governamentais. Assim, pode-se exemplificar com o Programa Universidade para Todos (Prouni), a Política de Cotas Raciais (PCR), o preenchimento de 50% das vagas das universidades públicas por discentes oriundos de escolas públicas, a reserva de vagas para pessoas com algum tipo de deficiência, o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), além dos vestibulares tradicionais oferecidos por diversas IESs para a avaliação do conhecimento. Os três primeiros são mundialmente reconhecidos como viabilizadores do acesso à educação superior e retratados como uma questão de justiça social em relação a uma dívida histórica (MARQUES; XIMENES; UGINO, 2018; SANTOS; SANCHES, 2021).

Os resultados desses programas sociais, no âmbito nacional, não se restringem apenas ao crescimento do número de alunos nas IESs públicas e privadas, nas mais diversas áreas do conhecimento, mas representam transformações significativas no tocante ao perfil social, econômico e cultural, além da caracterização sociodemográfica dos alunos que ingressam no contexto acadêmico. Isso porque, ideologicamente, as condições de acesso devem contemplar todos, como um direito, livre de quaisquer distinções de raça, sexo, sexualidade, cor de pele, religião, renda etc. (ALMEIDA; CASTRO, 2017; MARQUES; XIMENES; UGINO, 2018; FONSECA *et al.*, 2019).

O perfil etário dos participantes do estudo, apresentado na Tabela 2, pode ser considerado típico do contexto universitário. Atribui-se como possíveis justificativas desse perfil de estudantes a associação com a duração média dos cursos de graduação, que, nas IESs públicas e privadas, em sua maioria, é de quatro anos (variabilidade: dois a seis anos). Destaca-se, ainda, que, após o ingresso de jovens na universidade, o que geralmente ocorre, em torno de 19 anos de idade, por meio do vestibular, a expectativa é de que a formação destes ocorra em torno de 23 anos de idade (BRASIL, 2021). Desse modo, o perfil de participantes predominante entre 18 e 23 anos de idade foi corroborado por outras investigações (FONTE *et al.*, 2016; FARIAS *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Em relação à cor de pele autodeclarada, mais da metade dos jovens declarou a cor branca (51,4%), 25,7% parda e 17,1% negra, como mostra a Tabela 2. O perfil de estudantes quanto à cor de pele foi similar ao apresentado em inquérito paulista que apresentou estatística de 51,6% de jovens se autodeclarando brancos e 29,8% pardos (GUTIERREZ *et al.*, 2019). Outrossim, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2019 apontam que 46,8% dos brasileiros se declararam como pardos, 42,7% como brancos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas (BRASIL, 2019).

Ao avaliar marcadores sociais como a cor de pele declarada, apesar das experiências exitosas dos programas sociais de acesso gratuito ao ensino nas IESs, como o sistema de cotas raciais, nota-se que o proporcional de estudantes brancos ainda é maior que a soma de outras cores de pele autodeclaradas, como os negros e pardos que são avaliados de forma conjunta (LADEIRA; SILVA, 2018). Assim, fica evidente que, no Brasil, ainda existem iniquidades no acesso dos indivíduos às IESs, mesmo sendo um país marcado pela miscigenação e mistura de raças (CARVALHAES; RIBEIRO, 2019).

Nesse contexto, cabe mencionar que a diversidade cultural é uma marca da formação da sociedade brasileira, identificada, a partir da confluência de três grandes matrizes etno-

raciais: brancos (portugueses, espanhóis, ingleses, entre outros), indígenas (brasileiros nativos) e negros africanos (processo de escravatura). Esses elementos ainda caracterizam a população e sua cultura até a atualidade. Na realidade, a diversidade é reconhecida pela pluralidade de manifestações simbólicas, artísticas, linguísticas e de padrões e práticas de expressões entre os grupos sociais, como, por exemplo, as práticas religiosas (LOPES; SOUZA; 2019).

No tocante ao estado conjugal dos universitários apresentado na Tabela 2, observa-se que mais da metade dos jovens eram solteiros (52,1%), resultado similar ao encontrado em outras investigações (FONTE, 2016; RAMOS, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2022). Sabe-se que, na fase universitária, os jovens costumam se envolver em relações afetivas e sexuais pouco perenes, em eventos passageiros, e utilizam essa etapa da vida como uma fase de descobertas e experimentação de liberdades nunca antes vividas. Para que possam viver esse momento com maior tranquilidade, o fato de estar solteiro acaba favorecendo essa vivência da sexualidade e dos relacionamentos sociais, inclusive com seus pares, dentro e fora da universidade (MARINHO, 2020).

Em relação à orientação sexual dos estudantes, 84,4% se identificaram como heterossexuais. Ao juntar os jovens homossexuais e bissexuais, a soma totaliza 14,4% dos participantes, conforme apresentado na Tabela 2. Cabe destacar que esses dados estão um pouco abaixo do esperado e apontam possíveis omissões a respeito da orientação sexual desses jovens. Apesar de esse grupo integrar um estrato social com acesso à informação, nota-se que, ainda, existem dificuldades de autoaceitação ou autoidentificação relacionadas à orientação sexual e ao falar abertamente sobre sua sexualidade.

A cidade do Rio de Janeiro concentra um quantitativo expressivo de *gays* no território do país, sendo representado pela proporção segundo o sexo de homens: 14,5% são homossexuais e 4,8% bissexuais, totalizando 19,3%; entre as mulheres: 7% são homossexuais e 2,3% bissexuais, totalizando 9,3%. Destaca-se, assim, que o RJ, juntamente com as cidades de São Paulo, Porto Alegre, Brasília e Fortaleza, figura como uma das cidades que concentram maiores índices de pessoas de orientação homossexual/bissexual, visto que a população LGBTQIA+ tende a se concentrar nas grandes cidades e capitais em busca de melhor aceitação e oportunidades de crescimento profissional e pessoal (BRASIL, 2013c; MENDES; SILVA, 2020; BELARMINO; DIMENSTEIN, 2021).

A percepção é de que o exercício da sexualidade e a orientação sexual declarada pelos jovens universitários ainda são uma questão considerada velada. Tal conduta pode ser justificada por receios, *tabus*, pela cultura em que estão inseridos nos ambientes sociais,

religiosos e familiares, bem como pelas dificuldades próprias de autoaceitação (SILVA *et al.*, 2015; FURLANI, 2017). Desse modo, eles não costumam falar sobre o assunto no seu dia a dia, o que pode ser visualizado nos registros de 13,4% dos estudantes que não preencheram o questionário no campo referente à orientação sexual, como evidencia a Tabela 2.

Outro aspecto da caracterização predominante entre os universitários, evidenciado na Tabela 2, está relacionado a com quem residem. Em sua maioria, os estudantes moram com os pais (70,9%). Resultados similares ao encontrado em outras investigações com estudantes universitários (MARINHO *et al.*, 2022; MELO *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Quando avaliada a situação empregatícia, observada na Tabela 2, verifica-se que mais da metade (58%) dos universitários informou não trabalhar e isso demonstra que os jovens universitários são somente estudantes. Esses resultados são corroborados por outras investigações em que os universitários apresentaram o mesmo perfil (SANTANA, 2017; OLIVEIRA, 2020; MELO *et al.*, 2022). Esse aspecto está correlacionado de forma (in)direta com as demandas de estudos e atividades exigidas na rotina da vida estudantil universitária. Reafirma-se a expectativa de que o alunado possa se dedicar exclusivamente aos estudos, deixando para ingressar efetivamente no mercado de trabalho apenas após a formação profissional. Esse aspecto é condicionado, ainda, à necessidade de dedicação exclusiva exigida em muitas IESs, já que a grade horária dos cursos de graduação, na maioria das instituições públicas, é de tempo integral (BRASIL, 2018c; 2021).

Acrescenta-se que o fato de não trabalharem interfere diretamente no perfil de renda apresentado pelos estudantes e os condiciona a residir, de preferência, com os pais e/ou familiares, visto que ainda é exígua a capacidade de se sustentarem sem um apoio financeiro, mediante a conjuntura socioeconômica na qual estão inseridos como jovens universitários (BRASIL, 2021).

De modo indissociável, a classificação de renda, apresentada na Tabela 2, aponta três grupos predominantes: baixa classe alta (23,8%), alta classe média (19,9%) e alta classe alta (19,0%) respectivamente. Assim, pode-se observar que a maioria dos universitários participantes do estudo pertence aos estratos socioeconômicos mais altos, o que é corroborado por outras investigações (FONTE, 2016; GUTIERREZ *et al.*, 2019; SPINDOLA, 2021). Destarte, no contexto nacional, estima-se que a classe média é um estrato correspondente a 54% da população (BRASIL, 2022b), indicando, mais uma vez, que o acesso às IESs ocorre de modo predominante entre as classes sociais de maior poder aquisitivo, seja por meio de mais chances de aprovação em vestibulares, seja pelas condições em custear as altas mensalidades de se graduar em uma IES particular.

Cabe acrescentar que, em relação à classe social, os aspectos econômicos compõem uma das influências que regem os comportamentos humanos, seus padrões e práticas de expressão de (auto)cuidado, como assevera Leininger (1991), com destaque para as práticas sexuais e de prevenção de ISTs que os jovens adotam no exercício de sua sexualidade.

Entre as religiões predominantes dos jovens universitários, tem-se a católica com 43,3%, seguida da evangélica com 23,4% (Tabela 2). Esse resultado é superior ao encontrado no estudo de Gutierrez *et al.* (2019) com 821 jovens, que registrou 33,1% católicos, 19,3% evangélicos, e um menor índice de ateus entre os participantes da investigação. Nesse contexto, cabe mencionar que o Brasil é classificado como um estado laico, marcado por uma diversidade religiosa, na qual a maioria das pessoas são adeptas às diversas religiões e praticantes de modo sincrético. Assim, quando se avaliam os dados quantitativos, outras investigações têm corroborado com esses achados, sinalizando que o catolicismo, seguido da religião evangélica, é predominante no território nacional (COLTO *et al.*, 2018; ROMÃO, 2018; BARBOSA *et al.*, 2021).

O Brasil é um país com expressivo número de religiosos, sendo que apenas 8% da população afirma não ser praticante de nenhuma religião e 92% da população nacional tem uma religião ou aspectos de espiritualidade, sendo predominante os seguintes segmentos: católicos (64,6%), evangélicos (22,2%) e espíritas (2%) (DUARTE, 2017). Segundo estimativas, 91% dos brasileiros que residem na região Sudeste se autodeclaram adeptos a alguma religião, e as religiões com maior representação são: Católica Apostólica Romana (59,5%); Evangélica (24,6%); Espírita (3,1%); Umbanda e Candomblé (0,4%) e outras religiões (3,4%) (DUARTE; SILVA; BRITO, 2016; BARBOSA *et al.*, 2021). Essas estimativas estão bem próximas dos resultados apresentados nesta investigação na Tabela 2.

Por outro lado, ratifica-se que existe uma menor participação de jovens nas práticas religiosas em comparação às pessoas adultas e idosas, o que pode ser justificado pela falta de tempo no dia a dia; redução do interesse ou até mesmo de suas crenças pessoais, além de possíveis situações de discordâncias em relação a alguns posicionamentos da igreja (COLTO *et al.*, 2018; SOMEFUN, 2019; BRANDÃO, 2021). Nesse contexto, o posicionamento cristão contrário, na maioria das vezes, ao exercício das práticas sexuais antes do casamento, ao uso de preservativo e de anticoncepcionais, assuntos que, nas concepções religiosas cristãs mais conservadoras, ainda apresentam diversas barreiras (BUSIN, 2011; NOLETO, 2016, DUARTE, 2017; SÁEZ, 2017; COSTA; PINTO, 2021). Por fim, em relação à religiosidade dos participantes, reitera-se que os aspectos religiosos e filosóficos compõem uma das possíveis influências sobre os comportamentos humanos, bem como seus padrões e práticas

de expressão de (auto)cuidado, destacados por Leininger (1991), como, por exemplo, as práticas sexuais e de prevenção de ISTs que estes adotam no exercício de sua sexualidade.

Diante da caracterização sociodemográfica apresentada, emerge a seguinte reflexão: A universidade é mesmo para todos? Todos os que estão na universidade e que conhecem a configuração da mesma sabem que o indivíduo pertencente aos estratos sociais menos favorecidos, mesmo que consiga ingressar na universidade pública, dificilmente conseguirá permanecer na instituição até concluir o curso, se não for estimulado e receber algum incentivo. Acrescenta-se, nesse contexto, o fato de que algumas IESs oferecem bolsas de auxílio financeiro para alimentação, transporte etc. a alunos cotistas e/ou considerados pobres/vulneráveis, como iniciativas, ainda que exíguas, de se viabilizar a manutenção dos jovens menos favorecidos economicamente na universidade até sua formação (BUARQUE, 2020).

É muito difícil manter a vida estudantil com horário integral, como as IESs públicas requerem, e conciliar com a vida profissional. Heróicas são as pessoas que conseguem fazer isso até o final, mas, predominantemente, as pessoas que concluem o ensino superior no Brasil percentem às classes sociais com rendimentos mais altos pela disponibilidade financeira e de tempo para custear estudos em tempo integral em IES pública ou particular do país. Pessoas pertencentes às classificações de renda mais baixa, em decorrência das dificuldades de acesso às IESs, costumam frequentar cursos tecnológicos, ou concluir o ensino médio e ingressar logo no mercado de trabalho (BUARQUE, 2020).

Tendo em vista a discussão sobre o perfil de caracterização sociodemográfica dos jovens universitários e as reflexões motivadas pelos mesmos, na sequência, são apresentadas as discussões a respeito do perfil de conhecimentos dos jovens universitários sobre as ISTs, bem como sobre a prevenção das infecções de transmissão sexual.

## **5.2 Conhecimentos sobre as ISTs e a prevenção das infecções de transmissão sexual segundo os jovens universitários**

Ao avaliar, segundo os marcadores sociais dos jovens, o conhecimento dos universitários sobre as ISTs (Tabelas 3) e o grau de conhecimento sobre as práticas preventivas de ISTs (Tabela 4), não foram encontradas diferenças significativas entre as médias do conhecimento, ou seja, o *p-valor* é superior a 0,5. Resultados semelhantes foram

observados nos estudos de Fonte (2016) e Ramos (2017), revelando que, apesar de os jovens universitários estarem expostos a um maior número de informações, nos mais diversos campos do conhecimento e de formação presentes no contexto das IESs, esse saber não se converte em um saber útil capaz de exercer influência positiva sobre os seus comportamentos sexuais.

Assim, infere-se que os jovens universitários demonstram possuir informações a respeito das ISTs e das estratégias preventivas, adquiridas em diferentes estratégias comunicacionais do seu cotidiano conforme expressão dos resultados da análise lexical para o *corpus* de conhecimento. Nesse sentido, acredita-se que a aquisição de informações acerca da temática é oriunda do processo de formação individual, como pessoa humana, cujo escopo de conhecimento é resultante daquilo que a pessoa vivencia cotidianamente nos mais diferentes contextos em que está inserida (cultural, social, familiar, religioso, escolar, universitário, etc.) (HENSSSEN, 2003).

Dados de um inquérito nacional demonstram que 94% das pessoas sabem que o preservativo é a melhor forma de evitar a transmissão de uma IST (BRASIL, 2016). Contudo, a análise desta tese revela que as informações presentes no pensamento social de jovens universitários não se convertem em conhecimentos, como um saber útil, capaz de modificar suas práticas sexuais de modo a adotar comportamentos sexuais mais seguros com a prevenção de ISTs no exercício da sua sexualidade como jovens (MELO *et al.*, 2021).

Reitera-se, portanto, a importância de os jovens universitários terem mais acesso à informação e construam conhecimentos a respeito das ISTs, suas formas de prevenção e tratamento e/ou prognóstico para se tornarem mais conscientes e sensatos em suas condutas sexuais. Corroborando-se essa linha de raciocínio, um estudo de método misto, realizado com estudantes italianos, avaliou o conhecimento e as necessidades de informação e a percepção de risco de exposição ao HIV e as ISTs. Os autores concluíram que os discentes perceberam os riscos para a aquisição de algum tipo de ISTs, como HIV/aids, embora a gravidez figure como a consequência mais perigosa das práticas sexuais desprotegidas (ZIZZA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, as estratégias de prevenção geral da infecção por HIV/aids e as demais ISTs são incentivadas, tendo como principal base o uso de preservativos, como medida de promoção de contracepção de barreira eficaz, acesso a tecnologias atuais disponibilizadas como a Profilaxia Pré-exposição Sexual (PrEP) e a Profilaxia Pós-exposição Sexual (PEP); intervenção cirúrgica masculina de circuncisão peniana em caso de fimose, o que favorece a higienização; uso de lubrificante durante as práticas sexuais que envolvam a penetração anal ou vaginal; vacinação de crianças e adolescentes contra o HPV, previamente ao início das

atividades sexuais; acompanhamento do histórico sexual de forma apropriada pelos profissionais de saúde; triagem de grupos vulneráveis com o rastreamento e diagnóstico precoce, além do tratamento e da terapia de contatos de parceiros sexuais (BRASIL, 2018a; HAZRA; COLLISON; DAVIS, 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

Uma vez que as ISTs aumentam anualmente em vários grupos e afetam desproporcionalmente minoritárias raciais e étnicas, homossexuais e bissexuais, com destaque especial aos jovens, mediante seus marcadores sociais e de vulnerabilidade (HAZRA; COLLISON; DAVIS, 2022), ressalta-se a importância da abordagem de prevenção combinada, que leva em conta os marcos legais e outros aspectos estruturais no cuidado às populações-chave e prioritárias, como os jovens universitários, de modo a contemplar todos os estratos sociais.

São componentes da prevenção combinada: 1) Testagem regular para o HIV, Herpes Vírus (HV) e outras ISTs; 2) PrEP; 3) PEP; 4) Prevenção da transmissão vertical; 5) Imunização para HPV e para o Vírus da Hepatite A (HAV) e o Vírus da Hepatite B (HBV); 6) Uso de preservativo externo ou interno e gel lubrificante; 7) Tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV/aids; 8) Diagnóstico e tratamento de todas as pessoas com HV e ISTs (BRASIL, 2017a, MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; SILVA *et al.*, 2021). Corroborando as estratégias descritas na prevenção combinada, os testes de amplificação de ácidos nucleicos possuem alta sensibilidade (86,1%-100%) e especificidade (97,1%-100%) para o diagnóstico de gonorreia, clamídia, *M genitalium*, tricomoníase e infecções por Herpes Vírus Simples (HSV) tipos 1 e 2 sintomáticos. A sorologia continua sendo o método recomendado para diagnosticar a sífilis, geralmente usando testes sequenciais para detectar anticorpos treponêmicos e não treponêmicos (antifosfolipídios) (TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

O tratamento envolve em sua maioria o uso da ceftriaxona, doxiciclina, penicilina, moxifloxacina e nitroimidazóis, como metronidazol, são tratamentos eficazes para gonorreia, clamídia, sífilis, *Mycoplasma Genitalium* e tricomoníase, respectivamente, mas a resistência antimicrobiana limita as opções de tratamento oral para gonorreia e *Mycoplasma Genitalium*. Nenhuma cura está disponível para a herpes genital, sendo o tratamento apenas sintomático para redução da carga viral. O mesmo vale para HIV/aids, cuja Tarv apenas reduz a carga viral em nível indetectável de modo a manter a taxa de linfócitos TCD4 apropriada e garantir um estilo de vida normal e com qualidade para impedir que hajam novas transmissões (TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

Reitera-se ainda que o não tratamento e/ou o tratamento inadequado ou incompleto

de algum tipo de IST traz consequências, tais como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), gravidez ectópica, infertilidade, cânceres, prematuridade, natimortalidade, mortalidade neonatal e infecções congênitas, além de aumentar o risco de transmissão do HIV (PINTO *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2022). Assim, a disseminação de informações sobre as políticas públicas, bem como sobre as condutas sexuais seguras, deve ser viabilizada por métodos de ensinamentos inovadores e atraentes, sendo esta uma responsabilidade da universidade, como instituição promotora da saúde dentro e fora do *campus* universitário (POTTER *et al.*, 2016).

De forma incorporada, concomitante, a análise do *corpus* do conhecimento (Figuras 3 e 4) em relação à análise lexical foi utilizada de modo a ampliar os resultados da presente investigação e agregar mais recursos discursivos aos resultados estatísticos encontrados. Desse modo, o eixo 1 “Práticas educativas para a prevenção de ISTs no contexto da família e escola - o processo ensino-aprendizagem e os fatores influenciadores”, foi composto da classe 4 “Processo de construção do conhecimento como um saber útil, ancorado na educação familiar, escolar, nos aspectos culturais e grupos de pertença”, que, entre as palavras destacadas segundo o  $\chi^2$  figuram: escola, pai, estudar, filho e família.

A família foi retratada como o primeiro contato com informações e o início do processo de aprendizagem de uma pessoa, sendo essa etapa iniciada logo na primeira infância. Os participantes reconhecem a importância da família como responsável pela educação dos filhos e como fonte de apoio em suas decisões e condutas, tendo esta um caráter orientador. Porém evidencia-se em seus discursos que o suporte familiar dado é insuficiente e, muitas vezes, ausente, justificado por tabus, barreiras socioculturais e religiosas, de questões de gênero com forte distinção entre homens e mulheres no que diz respeito ao exercício da sexualidade.

É importante que se entenda ainda que os padrões e práticas de expressão de cuidados dos pais para com seus filhos em relação à sexualidade e suas práticas sexuais recebem influência direta dos aspectos religiosos (prática religiosa, bem como da matriz religiosa), filosóficos (ideologias e pontos de vista), valores culturais, crenças e modos de vida (contexto em que vivem e a forma como foram criados por seus pais), fatores políticos (influências e posturas políticas e partidárias a respeito do papel de gênero e da sexualidade humana), fatores econômicos e educacionais que incidem diretamente no acesso à informação e aos recursos tecnológicos (LEININGER, 1991).

Desse modo, ocorre um confronto de conceitos essenciais à compreensão das relações entre pais e filhos no que tange aos assuntos que envolvem a sexualidade e o exercício das práticas sexuais, como, por exemplo, sexo seguro, parcerias sexuais, prevenção de ISTs, uso

de preservativo, e outros. Tal confronto de realidades envolve diferenças culturais, a estrutura social, a visão de mundo e o contexto ambiental em que estão inseridos (LEININGER, 1984).

Outro importante aspecto a ser pontuado envolve o desconhecimento e/ou despreparo dos familiares em orientar sua prole quanto ao exercício da sexualidade. Como justificativas ao despreparo, destaca-se: 1) Constrangimento de pais e filhos; 2) Pouca liberdade de diálogo com adolescentes e jovens; 3) Poucos conhecimentos dos pais a respeito das ISTs; 4) Presença de uma cultura em que o sexo ainda é um *tabu* envolto em preconceitos sociais, familiares e religiosos; 5) Cultura de tratamento diferenciado segundo o gênero, em que homens são estimulados ao início precoce das práticas sexuais e as mulheres incentivadas à manutenção da virgindade até o casamento (BRASIL, 2011; BARBOSA *et al.*, 2019).

A partir da quebra das dificuldades apresentadas pela família no âmbito da educação sexual, a família poderá ser entendida como uma instituição promotora da singularização do indivíduo na sociedade, capaz de melhor preparar os seus filhos para vivenciar suas experiências afetivas e sexuais de forma segura na prevenção de ISTs, bem como de uma possível gravidez não planejada (RESSEL *et al.*, 2011). Espera-se que, assim, a sexualidade de adolescentes e jovens possa ser vista de modo a abarcar todos os seus marcadores sociais e a gestão de um cuidado congruente com os aspectos transculturais.

Diante das múltiplas limitações e justificativas encontradas para o fato de os pais realizarem pouca ou nenhuma ação educativa voltada aos seus filhos em relação a sexualidade, práticas sexuais, adoção de comportamentos sexuais mais seguros, conforme observado nas falas dos participantes, ratifica-se a iminente necessidade da realização de estratégias educativas pelas instituições de ensino sobre a saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre o exercício da sexualidade entre jovens na prevenção de ISTs e de uma gravidez não planejada serem. Tais ações devem incluir professores, alunos e seus pais e responsáveis de modo integrado, discursivo e dialogado, conforme evidências científicas de resultados favoráveis encontrados em investigações internacionais (VIG *et al.*, 2016; O'DONNERLL; FUXMAN, 2017; KATAHOIRE *et al.*, 2019).

Há, portanto, urgência no estabelecimento de uma ponte, um laço forte e relacional entre os pais e as instituições de ensino escolar nos níveis fundamental e médio, bem como no ensino superior, os quais são frequentados por crianças, adolescentes e jovens. Nessa interlocução, a escola foi retratada no discurso dos jovens universitários como a instituição que, em seu processo de formação estudantil nas etapas de criança, adolescente e, atualmente como jovens, é responsável por contribuir com o seu aprendizado, sendo destacado pelos participantes como um importante instrumento no processo de construção do conhecimento.

Essa experiência, contudo, foi considerada ineficaz na avaliação dos participantes, justificada pela ausência de uma disciplina específica sobre a sexualidade, saúde sexual e reprodutiva; inabilidade dos professores em falarem sobre a temática, superficialidade na abordagem e por não contemplar todas as dimensões que envolvem o assunto, citando, por exemplo, apenas algumas doenças, sem abordar os métodos contraceptivos, ou simplesmente tratando da temática das ISTs somente em trabalhos disciplinares, sem a devida importância.

Nesse sentido, observa-se que o processo de ensino escolar, segundo a avaliação dos jovens universitários, foi insuficiente. As informações adquiridas são consideradas mínimas e incapazes de gerar conhecimentos e formar um saber útil. Verifica-se, assim, um “fracasso” das instituições escolares, uma vez que a escola como instituição e os docentes que ali coabitam não conseguiram compreender que os educandos (crianças, adolescentes e jovens) são sujeitos socioculturais e que todo o processo de educação deve partir de sua realidade (FREIRE, 2005).

É preciso que haja uma comunicação efetiva, uma interação entre os saberes escolares e os saberes de experiência dos educandos, ou seja, considerar os aspectos individuais, coletivos, familiares, religiosos, crenças e valores numa abordagem problematizadora, discursiva e transcultural (LEINIGER, 1995; FREIRE, 2006).

São preocupantes as falas dos participantes P17, P18, P19, P44, em relação a pouca efetividade da escola no ensino sobre as medidas preventivas de ISTs. Nesse sentido, reafirma-se que o mais importante em uma sala de aula é que os alunos ampliem seus repertórios, que eles aprendam, que acessem o conhecimento e construam conhecimento, como acrescenta Suanno (2021). No entendimento dos participantes P29 e P34, as medidas socioeducativas na construção do conhecimento, como um saber útil, são de responsabilidade da escola. O aluno precisa aprender teorias em disciplinas específicas, bem como em medidas socioeducativas adotadas pela escola conforme mencionado pelos participantes P18, P19 e P34. Mas a relação com o professor é um adendo importante para essa aprendizagem, que não se encerra aí, pois dessa relação têm que ser produzidas aprendizagens e, claro, a construção de conhecimentos pelo aluno de forma dialógica e problematizadora (FREIRE, 2006).

A tarefa da escola é de socializar conhecimentos científicos, que os alunos aprendam a pensar criticamente, que todos saibam buscar informações em fontes fidedignas, verificando-as, bem como a veracidade daquilo que leem, que lhes chega e que pensam em compartilhar. Isso gera a seguinte reflexão: os trabalhos copiados do *Google*, ou de outras fontes, conforme menção do participante P18, foram capazes de gerar algum conhecimento aos estudantes? Somente a entrega de trabalhos ao professor, sem que haja uma apresentação

ou discussão coletiva dos saberes, seria capaz de gerar conhecimento ao aluno que fez o trabalho? Para responder a tais indagações, é preciso destacar que a escola, entre suas diversas funções sociais, precisa ampliar a capacidade de reflexão e compreensão do mundo que a cerca, desenvolvendo também o compromisso e o cuidado que se deve ter no meio social em que cada pessoa está inserida (SUANNO, 2021).

A criatividade se faz, aqui, presente quando são buscadas maneiras e estratégias de relacionar tantos conteúdos e elaborá-los de forma que os alunos possam acessá-los contextualmente em suas realidades, em níveis local e global, vividas por cada um e por todos conforme ressalta Freire (2006), construindo sentidos e significados aos conteúdos apresentados pelo professor e sentidos por cada aluno em sala de aula em cada etapa do seu processo de formação desde a pré-escola até a pós-graduação.

Os educandos trazem em sua bagagem, como sujeitos socioculturais, ricos conhecimentos, que muitas vezes são invisíveis para a escola, e estes precisam ser postos em discussão durante o processo de ensino-aprendizagem. A educação escolar precisa ser vislumbrada como um processo de formação humana, ou seja, o processo educativo é muito mais amplo que o processo de escolarização (FREIRE, 2000). Nesse sentido, é possível pensar um modo de se olhar para além dos muros da escola, chegando ao território em que este processo se localiza. Nesse território, é possível sentir a pulsação de saberes vividos, saberes das experiências de cada um, saberes de homens e mulheres simples, do povo, que carregam tradições passadas de geração em geração, muitas vezes, através da oralidade e à revelia da escola (FREIRE, 2005; LEITE; RAMALHO; CARVALHO, 2019).

Nas manifestações culturais populares, no trabalho feito, na conversa com a família, há uma educação, ainda que não exista um estudo propriamente dito. Ao reconhecer e legitimar esses sujeitos e seus saberes, abre-se espaço para uma prática dialógica (LEITE; RAMALHO; CARVALHO, 2019). O diálogo, assim, é a base da construção do conhecimento, conforme reiteram os discursos dos participantes ao reforçarem a importância de conversar na família, na escola, em seus grupos de convivência, entre amigos e, até mesmo na igreja, sobre ISTs, métodos preventivos e o exercício da sexualidade, uma vez que estes são ambientes favoráveis e responsáveis pela construção do conhecimento, com as informações circuladas e discutidas cotidianamente.

Por fim, elucida-se que é preciso que os jovens tenham acesso à informação e que conteúdos relacionados a sexualidade humana, práticas sexuais, prevenção de ISTs, comportamentos sexuais e outros precisam ser discutidos e analisados nos diferentes contextos em que estão inseridos. São assuntos como esses que trazem o sentido do

ensino, em que os alunos encontram o significado particular dos conteúdos ensinados, nas relações que conseguem fazer espelhando a sua vida e de seus pares, nos conteúdos ministrados em sala de aula pelo docente (SUANNO, 2021). Corrobora-se assim a perspectiva do cuidado transcultural congruente com saúde, bem-estar e práticas afetivo-sexuais, a qual também recebe influência direta dos fatores educacionais e tecnológicos (LEININGER, 1991).

Diante das reflexões apresentadas, reitera-se que as intervenções educacionais são eficazes na melhoria do conhecimento, além de proporcionarem descobertas sobre os principais tópicos do conhecimento a serem abordados, a necessidade de informação e a percepção de vulnerabilidade os quais fornecem recursos valiosos para o planejamento de intervenções educacionais futuras. Zizza *et al.* (2021) acrescentam que o acesso às informações sobre as ISTs, formas de transmissão e prevenção gerou consciência e segurança em mais de 85% dos alunos do ensino médio e 93% dos universitários participantes de seu estudo.

Isso porque essas intervenções educacionais devem ser contextualizadas, adequadas à idade dos educandos, ao contexto sociocultural e às demandas tecnológicas capazes de atingir o público-alvo, como, por exemplo, recursos informatizados, disponibilizados na internet, e *softwares* educativos. Esses recursos apresentaram resultados positivos em relação a mudanças nos comportamentos sexuais com melhor adesão ao uso do preservativo em diferentes realidades no contexto (inter)nacional como sinalizam estudos (PESKIN *et al.*, 2015; YBARRA *et al.*, 2015; BOLDOVA *et al.*, 2017; SCULL *et al.*, 2018a, 2018b). Assim, reitera-se que o planejamento e a realização de educação no âmbito da saúde sexual e reprodutiva com enfoque nos estudantes universitários e na mudança dos Comportamentos Sexuais de Risco (CSRs) e seus marcadores sociais requerem ações e intervenções de forma continuada, recursos tecnológicos, humanos e materiais, além de investimentos (MENNA; ALI; WORKU, 2015; YI *et al.*, 2018; ANGRIST *et al.*, 2019; ZHANG; DE-CHUAN; SCOTT, 2019).

Nessas ações educativas, devem ser enfocados os métodos de barreira e sua eficácia de modo a mobilizar e conscientizar os jovens em relação à importância do uso do preservativo com destaque para o conhecimento a respeito das formas de uso da camisinha (masculina e feminina) (DERHWA, 2018; SCHUYLER *et al.*, 2016). São apontadas também as necessidades de adequações nos currículos de graduação e em ementas disciplinares no que tange às ações educativas sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BORAWSKI *et al.*, 2015; ROHRBACH *et al.*, 2015). Investigação de Borawski *et al.* (2015)

concluiu que a integração entre os docentes da sala de aula e os enfermeiros atuantes na escola foi eficaz na transmissão de informações sobre a saúde sexual e reprodutiva de alunos do ensino médio. Os profissionais de enfermagem possuem habilidades e experiências sobre a abordagem de temáticas como sexualidade, gravidez não planejada e práticas preventivas de ISTs. A formação dos professores, de um modo geral, não contempla esse aspecto, tornando-se relevantes as ações educativas realizadas por enfermeiros nessas instituições de ensino.

De forma complementar, o eixo 2 “Conhecimento dos universitários sobre as ISTs frente aos determinantes históricos, sociais e culturais” gerou as classes 3, 2 e 1, conforme observado nas Figuras 3 e 4. Os discursos dos estudantes universitários denotam que os jovens possuem informações sobre os diferentes contextos de vulnerabilidade a que estão expostos, os marcadores sociais relacionados aos CSRs, o contexto de evolução histórica, social e de tratamento das ISTs.

Na classe 3 “Conhecimento dos estudantes sobre a transmissão das ISTs, práticas sexuais e o uso (ou não) de preservativos”, as palavras mais significantes foram preservativo, usar/utilizar, dizer, parceiro e conhecer, as quais estiveram intimamente ligadas à escolha das falas mais importantes na composição da categoria. Os conteúdos apresentados nessa classe retrataram informações sobre o baixo conhecimento a respeito da camisinha feminina no que tange à sua existência, à baixa distribuição desse recurso e a não saber como utilizá-la, o que difere da camisinha masculina, que é amplamente conhecida, de fácil utilização e tem uma maior distribuição.

A distribuição de preservativos no Brasil tem sido uma política de prevenção de doenças, realizada de forma consistente, em todas as esferas governamentais. Os preservativos estão disponíveis em unidades de saúde, como, por exemplo, as UBSs, e de assistência especializada, como hospitais, ambulatórios e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), entre outros. Nas UBSs, contudo, as barreiras de acesso mais óbvias são o horário de funcionamento das unidades (7h às 17h, de segunda a sexta-feira, apenas em dias úteis), apesar de evidências da necessidade de viabilizar mais pontos de distribuição, que funcionem por 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados; a limitação da quantidade de preservativos fornecidas por pessoa e, por vezes, a menor qualidade dos preservativos ofertados (BRASIL, 2016; GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, investigações ratificam que o uso da camisinha feminina apresenta baixa adesão entre estudantes universitários (DANTAS *et al.*, 2015; SALES *et al.*, 2016; FONTE *et al.*, 2018b; SPINDOLA *et al.*, 2019a; 2020c). Destarte, um ensaio clínico controlado e randomizado foi realizado na África do Sul, com o objetivo de explorar como o

treinamento de inserção do preservativo interno e a negociação com parceiros sexuais influenciavam o uso desse recurso por mulheres jovens. Identificou-se que o treinamento educacional de habilidades relacionadas ao uso do preservativo interno pode facilitar o uso, melhorar as atitudes em relação ao dispositivo e fornecer recurso adicional às mulheres para negociarem com sucesso o sexo seguro com seus parceiros sexuais. Os autores concluíram que estratégias inovadoras e intervenções personalizadas são necessárias para aumentar o uso desse tipo de preservativo (SCHUYLER *et al.*, 2016).

Acrescenta-se que, entre os preservativos disponíveis, o masculino é o mais conhecido e utilizado pelos jovens, principalmente entre os solteiros (SPINDOLA *et al.*, 2019b). A camisinha feminina, portanto, apresenta um baixo índice de uso e, entre as possíveis justificativas para isso, tem-se: é pouco disseminado e tem sua produção realizada em menor escala, devido à baixa demanda; é um recurso menos divulgado pelas mídias, pelos profissionais e serviços de saúde; é desconhecida das pessoas a forma de utilização correta e até mesmo dos profissionais de saúde em orientar os usuários; possui maior custo se comparado ao da camisinha masculina; causa sensação de menor conforto nas práticas sexuais, entre outras (BRASIL, 2016, 2018a, 2020b; CAMPOS *et al.*, 2016; FRANCISCO *et al.*, 2016; SCHUYLER *et al.*, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2020c).

Reitera-se que a camisinha feminina, também conhecida como preservativo interno, passou a ser distribuída gratuitamente pelo SUS, no ano 2000. Apesar de não ter se tornado popular entre as estratégias de prevenção de ISTs e de contracepção, o governo federal brasileiro é o que mais compra esse tipo de preservativo no mundo, isso porque, apenas no ano de 2019, foram adquiridos 35 milhões de unidades desse insumo (BRASIL, 2020b).

Sabe-se, contudo, que os preservativos (masculino e feminino) são uma importante estratégia de prevenção de doenças e que devem estar disponíveis e de fácil acesso para todos, visando às práticas sexuais seguras. Homens e mulheres podem e devem carregar consigo esse recurso, afinal quem tem em mãos um preservativo pode usá-lo ou não, mas quem não o tem certamente não o usará, e fica na dependência do(a) parceiro(a) sexual e vulnerável às possíveis negociações para uso do recurso.

O conhecimento é um importante instrumento na prevenção de ISTs. É necessário ressaltar, porém, que não basta ter informações sobre a importância do uso de preservativos para a prevenção dessas infecções. Faz-se necessário também que a pessoa possua conhecimentos sobre as ISTs, o que inclui tipos, formas de transmissão, sinais e sintomas, tipos de tratamento. Assim pode ter consciência dos riscos a que se expõe, das consequências para a saúde e de que seu comportamento pode afetar terceiros (CASTRO *et al.*, 2016).

Nesse sentido, no que tange às ações educativas em saúde sobre as práticas sexuais, acredita-se que as atividades de prevenção de doenças são indispensáveis e que o conhecimento dos universitários relacionado às ISTs é limitado. A maioria ainda desconhece os principais sinais e sintomas, formas de transmissão, medidas preventivas; com destaque para as infecções de grande incidência e de baixa abordagem pelas mídias sociais, como clamídia e tricomoníase (PANOBIANCO *et al.*, 2013; DANTAS *et al.*, 2015; KOÇ, 2015; CASTRO *et al.*, 2016; GRAVATA; CASTRO; BORGES-COSTA, 2016).

Outras informações apresentadas na classe 3 estão associadas com a finalidade da camisinha para a prevenção de ISTs e de uma gestação não planejada; além do fato de que os métodos contraceptivos farmacológicos hormonais (orais e injetáveis) e/ou comportamentais, como o coito interrompido, não são capazes de prevenir as ISTs. É importante esclarecer que a camisinha é um dos métodos contraceptivos mais eficientes, pois apresenta taxa de 90-95% de eficácia na prevenção da transmissão de ISTs e de 95-99,9% de uma possível gravidez não planejada (BRASIL, 2009, 2013a, 2016, 2020b; HAZRA *et al.*, 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022). Isso porque os anticoncepcionais hormonais, quando usados de maneira correta, apresentam uma diligência de cerca de 99,7% com estimativas de 93,3% para o Dispositivo Intrauterino (DIU), 98,9% para o anticoncepcionais orais e de até 99,7% para os injetáveis (BRASIL, 2009, 2018a).

Ratificam-se ainda os métodos comportamentais, como o coito interrompido – técnica não mais indicada para a prevenção de gravidez, pois depende ainda de outros fatores, como, por exemplo: o uso contínuo e regular da farmacoterapia prescrita; condicionantes hormonais e metabólicos; particularidades do período fértil habitual da mulher, regularidades dos ciclos menstruais –; uso de Substâncias Psicoativas (SPAs), como álcool, tabaco e outras drogas; interações farmacológicas, etc. (BRASIL, 2009; BRANT; OLIVEIRA; BURCI, 2018, SILVA *et al.*, 2021).

Cabe destacar que, em termos mundiais, estima-se que, cerca de 9% das mulheres tiveram uma gravidez não planejada com idade  $\leq 19$  anos, ou seja, no início de sua juventude, sendo este um sério problema social e de saúde, que evidencia *défectis* no planejamento sexual e reprodutivo (MIRANDA *et al.*, 2018). Alerta-se, ainda, no âmbito da saúde sexual, que os métodos contraceptivos hormonais e comportamentais não apresentam nenhuma proteção em relação as ISTs, sendo que as recomendações internacionais versam sobre o incentivo e a conscientização do uso da prevenção combinada (BRASIL, 2013a; HAZRA *et al.*, 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

Dando sequência à análise do *corpus* de conhecimento após nova subdivisão do eixo

2, foram obtidas duas classes. Na classe 2, intitulada “Concepção de jovens universitários acerca da vulnerabilidade às ISTs - perspectiva de gênero, cultura e atenção à saúde individual e coletiva”, as palavras que apresentaram maior significância foram: mulher, sociedade, idade e homem, as quais figuraram predominantemente entre os fragmentos de discursos dos participantes.

Os jovens universitários retrataram informações que versaram sobre as vulnerabilidades destes que se apresentam de forma relacionada a tabus, paradigmas socioculturais como o sexo, busca por identidade e aprovação social dos adolescentes e jovens, que, por vezes, apresentam-se como inconsequentes e sem limites; machismo com repressão familiar da mulher, aspectos religiosos, bem como pela ausência de diálogo sobre a prevenção de ISTs. Esses resultados são corroborados por outras investigações (COLTO *et al.*, 2018; MARINHO *et al.*, 2022).

Nessas investigações, os discursos dos participantes afirmam que as mulheres se cuidam mais e que este é um traço cultural e social. Elas costumam ser mais incentivadas pelos pais e pela sociedade a irem mais aos serviços de saúde em busca de assistência profissional, dado que é corroborado pelos resultados desta investigação que apontam 75,5% *versus* 47,5% ( $p$ -valor=0,000) quando se comparam mulheres e homens (Tabela 8). Acrescenta-se que, culturalmente, os homens são mais incentivados ao uso da camisinha e ao exercício de múltiplas práticas sexuais.

Esse processo pode ser compreendido a partir da perspectiva de que existe um controle sobre o corpo, o modo como cada um deve se comportar é controlado por família, igreja e sociedade em geral. Esse modelo é denominado de biopoder e objetiva moderar as práticas sexuais de homens e mulheres por meio de argumentos proibitivos e intercessões sociais, principalmente sobre o corpo feminino. Estabelecem-se, assim, diferenças de cunho social, religioso e cultural, pautadas em concepções conjunturais de uma sociedade historicamente machista e enraizada nas questões de gênero, as quais incidem severamente sobre as estratégias de autocuidado e as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde adotadas pelas pessoas (FOUCAULT, 1999; OLIVEIRA-JÚNIOR *et al.*, 2021).

Entretanto, essas normativas sociais e transculturais impostas às mulheres e aos homens tendem a colocar em risco a saúde (LEININGER, 2006). Os jovens acreditam na representação da masculinidade, sendo natural ter inúmeras práticas sexuais e não se preocupar com a proteção, além de esperar que prevenção da gravidez seja responsabilidade unicamente da mulher (LUSEY *et al.*, 2017). Historicamente, à mulher coube o papel materno e o cuidado do lar, sendo moldada a imagem da mulher comprometida com marido e filhos.

Por conseguinte, sua vida sexual ficaria restrita à procriação. O prazer sexual e as experimentações do sexo foram concedidos ao homem. A mulher mãe jamais deveria sentir prazer, já que o pensamento difundido era de que o instinto materno deveria abolir o desejo sexual (AUFRANC, 2018). Desse modo, novas formas de pensar a sexualidade, novos conhecimentos e comportamentos adotados pelas mulheres em suas práticas sexuais revelam um movimento lento, porém contínuo, de lutas por igualdade de gênero, conforme corroborado por outras obras (CAMPOS *et al.*, 2016; FRANCISCO *et al.*, 2016; FURLANI, 2017).

Na presente investigação, destaca-se a importância dos discursos das participantes P09 e P42, ao ressaltarem as demandas destas pela educação sexual, que deve ser iniciada desde a infância, reforçando-se assim os resultados apresentados na classe 4. As práticas educativas, devem ser realizadas cotidianamente, considerando uma relação dialógica e de respeito entre aquele que educa e aquele que é educado. A busca pela reflexão acerca da realidade vivida por esses jovens deve ser um processo contínuo, ativo, humanizador e contextualizado, de modo que as informações adquiridas e compartilhadas possa ser convertidas em um saber útil capaz de transformar a realidade (HENSSSEN, 2003), ou seja, devem contribuir para reduzir suas vulnerabilidades relacionadas à adoção de CSRs reacomodando e reestruturando assim as ações culturais de cuidado (MELO *et al.*, 2020, LEININGER, 1981). O processo de aprendizagem precisa, então, articular o conhecimento científico com o senso comum e as concepções próprias e individualizadas para que a informação tenha, de fato, algum significado e seja incorporada na vida das pessoas e expressa a partir de seus comportamentos sexuais (FREIRE, 2006; MELO *et al.*, 2022).

A educação sexual em saúde deve ter lugar antes do início da vida sexual e continuar durante a adolescência, juventude e entre adultos. O profissional de saúde é fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como no aconselhamento contraceptivo, contudo, é igualmente importante envolver os pais no diálogo sobre sexualidade, práticas sexuais e de prevenção de ISTs entre seus filhos e filhas (MIRANDA *et al.*, 2018), conforme mencionado pelo participante P38, ressaltando o quanto seria importante a existência de tal vínculo de confiança de caráter orientador estabelecido entre pais e filhos.

Ainda em relação às vulnerabilidades dos universitários contempladas nesta classe, sabe-se que, durante a formação universitária, os estudantes têm mais acesso às informações sobre a sexualidade humana e costumam vivenciar as experiências sexuais assumindo comportamentos que facilitam a aquisição de ISTs, devido à maior exposição individual aos CSRs, como uso incorreto, descontínuo ou não uso de preservativos, entre outros (TEIXEIRA

*et al.*, 2019). É possível reconhecer as vulnerabilidades dos jovens universitários, por questões naturais ou estruturais que os alicerçam de cunho social, cultural e econômico. No entanto, faz-se necessário que o universo acadêmico busque para si a responsabilidade de refletir sobre quais medidas são necessárias para minimizar e prevenir tal realidade. Além disso, é recomendado investir esforços para a criação de um plano de cuidados que supra essa necessidade, tendo em vista que o conhecimento é a base, o meio e o fim para a devida transformação da realidade.

O grupo jovem, portanto, corresponde à parcela da população mais vulnerável a agravos relacionados às ISTs, em decorrência da adoção de comportamentos desfavoráveis. O comportamento sexual dos jovens sofre influência do ambiente social e do grupo de pertença (SPINDOLA *et al.*, 2020c). Nesse sentido, a vulnerabilidade de universitários relacionada às ISTs envolve o início da vida sexual, a variabilidade de parceiros, as práticas sexuais casuais e o consumo de SPAs, como álcool e outros entorpecentes. Todos esses aspectos potencializam a probabilidade de vivenciar situações de risco, entre elas o sexo sem proteção ou o uso descontinuado ou desuso de preservativos, potencializando-se os riscos de adquirir ISTs (GÓMEZ-CAMARGO *et al.*, 2014; SHIFERAW *et al.*, 2014; SPINDOLA *et al.*, 2017; FONTE *et al.*, 2018b).

Ainda que os jovens tenham o conhecimento da importância (e necessidade) de usar preservativo nas relações sexuais para se prevenir das ISTs, este, por si só, não é garantia de que façam uso regular desse método. Assim, evidencia-se uma dicotomia entre o conhecimento e as práticas sexuais, já que, muitas vezes, o conhecimento não foi traduzido em um saber útil capaz de modificar seus comportamentos. Pesquisa com universitários da Universidade Estadual de Campinas sobre o conhecimento das formas de prevenção de ISTs demonstrou que 99% dos estudantes com vida sexual ativa referiram já ter usado o preservativo. O uso constante do preservativo foi apontado por 30,5% dos universitários, contudo menos de 20% faziam uso adequado do método de prevenção (CASTRO *et al.*, 2016). Esses dados são relevantes e ratificam que nem sempre ter informações a respeito dos métodos preventivos é suficiente para evitar um CSR. Outros fatores influenciam diretamente a decisão de adotar (ou não) o uso de preservativo e devem ser investigados, como a adoção de práticas educativas integrativas e em grupo. Essa demanda por ações educativas conjuntas em abordagens individualizadas e grupais é reforçada por Melo *et al.* (2022).

Como último destaque discursivo desta classe, ressalta-se a afirmativa da participante P42 em relação às consultas de enfermagem e médica de que nelas devem ser frisadas as questões relacionadas às ISTs e suas formas de prevenção. Nesse contexto, destaca-se que, na

década de 1980, o MS implantou os CTAs em todo o território nacional, com enfoque nas macrorregiões de saúde, objetivando-se o rastreamento e o diagnóstico precoce de ISTs, bem como a realização de ações de aconselhamento individual e coletivo, de maneira ética e coletiva (BRASIL, 2017a). Apenas em 1990 que essas ações foram compartilhadas e estendidas à AB e, nas duas últimas décadas, ocorreu uma ampliação da assistência dos profissionais enfermeiros de forma a inserir essa categoria no tratamento das ISTs (ANDRADE *et al.*, 2022).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem garante aos enfermeiros, na consulta de Enfermagem, fazer a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais (BRASIL, 1986). Nesse mesmo sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), estabelece entre as atribuições do enfermeiro, a realização da consulta de Enfermagem e seus desdobramentos, incluindo a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores nas três esferas de governo ou do Distrito Federal (DF), desde que observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se assim que é necessário que o profissional enfermeiro, assim como o médico, realize ações de aconselhamento durante as consultas clínicas, objetivando-se, entre outros cuidados, a detecção precoce das ISTs, o tratamento do indivíduo portador e de suas parcerias para prevenir complicações advindas das infecções quando não tratadas ou inadequadamente tratadas (FERREIRA *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022). Assim, o enfermeiro, ao interagir com as pessoas de quem cuida, em diferentes situações de atenção à saúde, assistenciais e/ou de cuidados; nas quais seja possível, deve empregar ações profissionais e da sua criatividade, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando uma congruência cultural adaptável à realidade daqueles sob seus cuidados (LEININGER, 2006), que, na perspectiva desta investigação, são os jovens universitários sexualmente ativos.

Por fim, a segunda classe do eixo 2 foi a classe 1, intitulada “Entre o conhecimento acerca da evolução histórico-social do HIV/Aids, a terapia antirretroviral e a banalização no uso de preservativos - prevenção de ISTs ou contracepção?”, na qual as palavras mais salientes na análise lexográfica e que apresentaram ligação direta com os conteúdos discursivos dos participantes foram Morrer (22,99%) e Doença (21,26%), conforme pode ser observado na Tabela 16, sendo estas capazes de retratar a imagética social da aids construída ao longo dos anos.

Os conteúdos discursivos dos jovens universitários retratavam um reconhecimento da

percepção da gravidade das infecções pelo HIV/aids no passado, de sua mortalidade, diferenças entre a infecção pelo HIV, sendo portador do vírus e aqueles que desenvolvem a doença, ou seja a aids, expressando o impacto social da mesma na década de 80. Destaca-se a amplitude discursiva estimulada pelos meios de comunicação e pela representatividade dos danos causados pela síndrome em personalidades famosas, como, por exemplo, o cantor e compositor Cazuza na realidade brasileira, conforme lembrado pelo participante P13, reafirmando a memória social da aids.

Sabe-se que a aids marcou a década de 1980 como a maior epidemia dos tempos modernos e ela revelou diversos pontos de tensão social, política, religiosa e até econômica. Por ter sua transmissibilidade através do sexo e do sangue, o HIV desenvolveu sua história por meio do moralismo e dos simbolismos atrelados às suas vias de transmissão, que geraram o estigma e o preconceito encontrados até hoje, entre muitas pessoas e grupos sociais, quando o tema é abordado (BERNARDES *et al.*, 2015; VALLE, 2018).

Os discursos retrataram ainda conhecimentos a respeito da existência do tratamento para a aids, como a Tarv, que não proporciona a cura, mas é capaz de garantir uma sobrevivência e qualidade de vida, o que, de certo modo, gera uma zona de conforto e motiva algumas pessoas à adoção de comportamentos desfavoráveis no que tange ao desuso do preservativo.

Essa investigação evidenciou que isso se dá porque os jovens já não temem morrer de aids, pensam sempre que não irá acontecer com eles e poucos buscam fazer exames como o teste para detecção do HIV/aids, pois o maior medo deles é a gravidez não planejada e não o de adquirir algum tipo de IST.

Evidências científicas apontam que as ISTs sempre foram tratadas de forma generalizada e abrangente, com exceção do HIV, que, ao longo dos anos, obteve maior destaque nas políticas públicas de prevenção em nível (inter)nacional (WHO, 2013; 2015; 2016; 2017; BRASIL, 2018a, 2020a, 2020b). Nesse sentido, ressalta-se que, atualmente, no Brasil, segundo os dados do departamento de DSTs/aids do MS, aproximadamente 181 mil pacientes HIV positivos recebem medicações gratuitas no Brasil, sendo que, dos 19 tipos de antirretrovirais (ARVs) distribuídos, oito são de produção nacional. São eles: efavirenz, estavudina, indinavir, lamivudina, nevirapina, saquinavir, zidovudina, zidovudina/lamivudina (BRASIL, 2020b).

É importante que toda a equipe interdisciplinar de saúde trabalhe no intuito de fazer com que as pessoas compreendam a forma de tratamento e, principalmente, sejam adeptas a ele para que seja eficaz, com a ingestão de pelo menos 95% das doses prescritas de forma contínua e ininterrupta. Desse modo, conceituam-se como supressão máxima da replicação

viral pacientes com HIV que possuem uma carga viral inferior a 50 cópias/mL. A supressão máxima da replicação viral é um dos objetivos da Tarv (BRASIL, 2020b; HAZRA; COLLISON; DAVIS. 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

Os principais objetivos da Tarv são: reduzir a morbimortalidade associada ao HIV; melhorar a qualidade de vida da pessoa infectada; preservar o sistema imunológico e suprir a replicação viral (reduzir a carga viral da pessoa) (BRASIL, 2020b; HAZRA; COLLISON; DAVIS. 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022). Segundo as recomendações de uso da Tarv em pessoas infectadas pelo HIV, aconselha-se o início do tratamento em pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos TCD4+ entre 200 e 350 mm<sup>3</sup>. Quanto mais próxima de 200 mm<sup>3</sup> estiver a contagem de TCD4+, maior é o risco de progressão para a aids, principalmente quando associada à carga viral elevada (maior que 100.000 cópias/mm<sup>3</sup>). Em pessoas assintomáticas com contagem de TCD4+ maior que 350 mm<sup>3</sup>, não se indica iniciar o tratamento devido aos potenciais riscos da terapia. Independentemente dos parâmetros imunológicos, a presença de sinais e sintomas de imunodeficiência relacionada ao HIV, mesmo não sendo diagnosticada a aids, é um indicativo para a iniciação da Tarv (BRASIL, 2020b; HAZRA; COLLISON; DAVIS. 2022; TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022).

Diante dos resultados e discussões apresentadas, considera-se superficial o conhecimento dos jovens universitários em relação às ISTs e suas formas de prevenção. Contudo, ressalta-se que as informações presentes nos conteúdos discursivos oriundos dos GFs, que fazem parte do processo de construção do conhecimento sobre as ISTs e suas formas de prevenção, não apresentam eficácia isoladamente. Ainda assim, é preciso retomar a busca de conhecimentos sobre quais são os motivos, as práticas ou crenças que dificultam (ou favorecem) a adesão desse grupo na operacionalização do conhecimento acerca da prevenção de ISTs, como um saber útil, capaz de influir de forma positiva sobre suas práticas sexuais no exercício da sexualidade com seus pares.

Nesse contexto, uma investigação realizada com 255 estudantes universitários que teve o objetivo de avaliar as práticas, o conhecimento e o comportamento dos estudantes universitários de uma universidade pública carioca em relação às ISTs verificou que 61,57% deles consideram não possuir todo o conhecimento sobre as ISTs; 31,7% acreditam que a infecção por gonorreia pode ocorrer ao utilizar banheiros públicos e que existe cura para hepatite (40%). Os achados evidenciam que os estudantes assumem CSRs e demonstram fragilidades no conhecimento sobre prevenção e transmissão das ISTs, apresentam práticas que podem acarretar agravos para a sua saúde sexual e reprodutiva, não adotam o preservativo de modo contínuo em todos os intercursos sexuais e desconhecem as formas de exposição às

ISTs, o que os tornam vulneráveis (SPINDOLA *et al.*, 2019b).

Os estudos têm demonstrado que a falta de conhecimento é sinônimo de vulnerabilidade para o grupo jovem (FONTE, 2016; RAMOS, 2017, MELO *et al.*, 2021). Compreende-se, então, que o ambiente universitário tem todas as oportunidades de modificar a realidade encontrada, o que pode ser construído em conjunto com os próprios jovens, que passam a ser os protagonistas de busca, apreensão e demonstração do conhecimento a ser compartilhado por meio de melhoria de comportamentos e adesão às práticas sexuais seguras. No que concerne às vulnerabilidades dos jovens às ISTs, salienta-se que estas envolvem três eixos, a saber: individual – abrange questões próprias ao modo de vida das pessoas e contribuem para a exposição ao vírus; social – refere-se aos aspectos capazes de afetar comportamentos e práticas individuais; programática – associa-se ao papel institucional relacionado a educação, bem-estar social, cultura e saúde, na transformação de relações, valores e interesses nas esferas individuais e sociais, favorecendo ou não as estruturas sociais prejudicadas (AYRES *et al.*, 2006; BRIGNOL *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, os comportamentos de jovens universitários estão circunscritos nas vertentes de vulnerabilidade: individual (saberes e comportamentos sexuais de proteção ou de risco); social (determinantes socioculturais e familiares) e programática (instituições de ensino e de saúde, com diferentes níveis de influência durante o processo de formação profissional dos jovens). O comportamento sexual é associado a fatores de risco à saúde, como a não utilização de preservativo, a multiplicidade de parceiros e o uso de drogas (i)lícitas (BRIGNOL *et al.*, 2015; GRÄF; MESENBURG; FASSA, 2020; GUERRA *et al.*, 2020; YOSEF; NIGUSSIE, 2020).

O conhecimento individual preexistente é considerado modificável e construído ao longo da vida e processo de aprendizagem, sendo capaz de influenciar a prática de prevenção, proteção ou aquisição de ISTs. Nesse sentido, um estudo realizado com 429 estudantes de uma universidade pública brasileira evidenciou que os estudantes mais velhos e do sexo feminino apresentaram um conhecimento significativamente maior que o de seus colegas. Além disso, observou-se uma diferença considerável do conhecimento dos estudantes entre os vários cursos e que os discentes de Biologia e Geografia demonstraram maior conhecimento acerca das ISTs. Os autores destacaram que um número expressivo de universitários necessita de mais informações a respeito das ISTs (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Contudo, é oportuno atentar para a estratégia de multiplicação do conhecimento capaz de influenciar práticas e comportamentos em espaços diversos, não se restringindo ao ambiente acadêmico. Além disso, a concentração de conhecimentos em determinadas áreas

e/ou grupos pode acarretar mais desigualdades, o que deve ser prevenido com ações que ultrapassem barreiras estruturais e entraves sociais. Avaliando o conhecimento de jovens universitários em relação às ISTs, observou-se que o HIV e a aids se destacavam no nível de informação do grupo, em comparação às outras ISTs. Os achados demonstraram que os estudantes carecem de conhecimento sobre as ISTs, não adotavam condutas sexuais seguras e possuíam baixa percepção de risco em suas práticas sexuais (SPINDOLA *et al.*, 2019b). A disseminação de conhecimento acerca das ISTs por profissionais da área da saúde no contexto universitário é oportuna, considerando que estudos têm sinalizado a presença de dúvidas sobre a temática nesse meio, inclusive entre graduandos (DANTAS *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2019b; 2020c).

Refletindo sobre o *déficit* de conhecimento dos jovens em relação às ISTs e os modos de transmissão, questiona-se sobre quais fatores interferem na prevenção desses agravos. A resposta a esse questionamento, entre outros aspectos, converge para a realização de atividades de educação em saúde nas instituições de ensino, em especial nas universidades, que poderiam contribuir com informações para os jovens universitários e levá-los a refletir sobre suas condutas sexuais, dirimindo dúvidas e reduzindo os agravos à saúde sexual, como a exposição às ISTs, sendo a universidade vista como uma instituição promotora de saúde (CASTRO *et al.*, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2019b). Cabe ressaltar, ainda, que a promoção da saúde deve ser estimulada em vários espaços, desde que haja condições suficientes para a sua concretude.

O processo de transformação do conhecimento sobre as ISTs e o HIV/aids na adoção de práticas protetoras está associado à compreensão e à capacidade de absorver as informações, assimilando-as e sendo influenciadas por questões sociais, de gênero e raça, que devem ser consideradas e avaliadas de forma correlacionada (WHO, 2017). Por outro lado, salienta-se que o HIV e a aids são acompanhados por uma série de estigmas sociais que podem acarretar pensamentos particulares em comparação às demais ISTs, que não apresentam as mesmas características conforme evidenciado nos conteúdos discursivos apresentados na classe 1.

Assim, presume-se que, para a construção do conhecimento, torna-se imprescindível que o ser humano adote uma postura crítico-reflexiva, capaz de norteá-lo no processo de racionalização da realidade em que vive. Isso porque a formação de opinião, a sua construção ideológica e, por conseguinte, o seu comportamento dependem de uma leitura fidedigna do estado de tangibilidade existencial dos fenômenos, objetos e acontecimentos, podendo, também, ser expressa de várias formas e em contextos socioculturais diversos (FREIRE,

2006; MELO *et al.*, 2021).

Percebe-se, assim, a responsabilidade que os profissionais da saúde e da educação têm por serem as referências de conhecimento capazes de prover as informações necessárias à correção dos CSRs, suprir lacunas de saber geradas pelas desigualdades sociais, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, e agregar mais conhecimento por meio de pesquisas e devolutivas à sociedade (MELO *et al.*, 2021).

Destarte, na prática da cognição humana, o conhecimento manifesta-se na mente, como um saber agir, de modo adequado às diferentes circunstâncias, e nas atitudes pessoais, como uma ação considerada adequada (HENSSEN, 2012). A utilidade dos conhecimentos adquiridos, portanto, parte da compreensão do mundo de modo a possibilitar que a pessoa seja capaz de aperfeiçoar suas experiências e desfrutar de seu percurso existencial de forma saudável e segura.

Logo, depreende-se disso que a utilidade dos conhecimentos é prática, ou seja, serve para intervir de maneira positiva nas relações cotidianas, no enfrentamento das questões existenciais, num viver mais harmonioso, prazeroso e sábio. No que tange aos jovens universitários e a sua vulnerabilidade, o conhecimento pode permitir-lhes rejeitar esse estado de vulnerabilidade, prevenindo-se para que não seja *ad aeternum*, ao promover mudanças significativas de condutas nas mais variadas situações vividas (MELO *et al.*, 2021).

Após ampla explanação sobre os conhecimentos de estudantes universitários a respeito das ISTs e de suas formas de prevenção, faz-se necessária uma discussão a respeito de suas práticas sexuais na adoção de comportamentos sexuais mais seguros ou não, conforme apresentado a seguir.

### **5.3 Práticas sexuais de estudantes universitários: entre a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e a assunção dos comportamentos de risco**

Ao se avaliarem as práticas sexuais de jovens uninversitários em relação aos marcadores sociais, observou-se que foi encontrada diferença estatística significativa (*p-valor* = 0,000) para a renda, prática religiosa e matriz religiosa (Tabela 5).

O risco envolvido nas práticas sexuais é maior entre os pobres/vulneráveis e aqueles da alta classe alta, demonstrando assim que os dois extremos de renda possuem maior risco (Tabela 5). Pode-se inferir que os pobres/vulneráveis geralmente se arriscam mais em suas

práticas sexuais devido ao menor acesso à informação, possuindo possivelmente baixo nível de conhecimento, o que está diretamente relacionado à dificuldade de acesso a recursos como o preservativo e a informação. Em contrapartida, os jovens pertencentes à alta classe alta estão mais expostos aos CSRs devido à falsa sensação de invulnerabilidade destes, permeada por seus determinantes sociais e culturais, além do fato de possuírem maior poder aquisitivo.

Contrapondo-se a esses resultados uma investigação realizada com 682 estudantes concluiu que a maioria apresentava bom conhecimento em relação à transmissão de HIV/aids, com destaque aos extremos de renda, sendo observado um maior conhecimento entre estudantes de menor renda e uma proporção relativamente menor entre os estudantes de renda familiar elevada. Contudo, ambos os grupos não utilizavam o preservativo em todas as relações sexuais, tendo, portanto, o predomínio de comportamentos desfavoráveis em suas práticas sexuais, podendo sugerir assim uma relação inversa entre a renda e a percepção de risco nas condutas sexuais desses jovens (SANTOS; COELHO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2022).

É mister salientar que a classificação de renda compõe a rede de influências dos padrões e práticas de expressão de cuidados exercidos por um indivíduo ou grupo de pessoas, uma vez que os fatores econômicos influem sobre as decisões e ações transculturais do cuidado em relação às suas práticas afetivas e sexuais (LEININGER, 1991). Sendo assim, ao se avaliarem as práticas sexuais dos jovens universitários e o marcador social de classificação da renda, percebe-se que estes devem ser considerados no planejamento das ações de cuidado profissional e no estímulo às práticas preventivas de ISTs.

Ao se avaliarem as práticas sexuais entre os religiosos e não religiosos, observou-se que o grau de risco nas práticas sexuais de não religiosos foi maior que entre os religiosos (Tabela 5). Isso pode estar relacionado diretamente à iniciação da atividade sexual, bem como a todos os fatores que atravessam essa decisão e permanecem durante a vida sexual ativa do ser religioso, atentando ou não ao CSR, haja vista a maior relevância conferida por esse público aos enfrentamentos morais e orientados objetivamente pela religião, além das suas condições de vida e de cuidado em saúde.

Sendo assim, entende-se que a inserção dos jovens no seguimento de uma matriz religiosa de modo a estarem inseridos em suas diferentes práticas e ritos, com vista a engendrar outros significados e sentidos para suas vidas, a exemplo do exercício da sexualidade e das práticas sexuais adotadas com o decorrer do tempo, devendo estar atentos às peculiaridades observadas em cada religião (FRANKI, 2021). Pode-se compreender que ser praticante religioso e fazer parte de uma matriz religiosa é considerado fator de proteção

na adoção de comportamentos sexuais mais seguros. Outrossim, é preciso lembrar que no Brasil existe grande diversidade religiosa, o que remete a pensar em como a sexualidade dos brasileiros pode ser atravessada por diferentes modalidades do pensamento religioso (DUARTE, 2017).

A religião desempenha um papel importante nos comportamentos dos jovens, tornando-se um fator significativo no discurso sobre a sexualidade juvenil. Estudo realizado com 2.399 jovens do sexo masculino e feminino, com idades entre 16 e 24 anos, de quatro regiões da Nigéria também constatou que a religião e a religiosidade desempenham um papel importante nos comportamentos sexuais dos jovens. Isso por que, a religiosidade foi um fator de proteção para o comportamento sexual dos jovens. Os jovens que eram altamente religiosos (*Odds Ratio* - OR - 1,81, IC- 1,13-2,88) tiveram chances significativamente maiores de se abster em comparação com seus colegas que não eram religiosos. Desse modo, a religiosidade é um fator protetor para a abstinência sexual entre os jovens, sendo um fator corroborante a menores índices de ISTs entre eles (SOMEFUN, 2020).

Nesse sentido, Santos *et al.* (2015) contribuem, ao apontar, entre outros fatores socioculturais, a religião e as crenças religiosas como preditores de protelação da sexarca em adolescentes, provavelmente, em função da condenação moral e religiosa do sexo antes do casamento, ao passo que quem não pratica nenhuma religião, geralmente, inicia a sua vida sexual mais cedo, o que ainda pode se agravar somado a outros fatores, como uso de álcool e outras drogas, falta de estrutura familiar, diferenças de gênero, idade, escolaridade, etc.

Outrossim, Alves e Pagan (2019), estudando adolescentes, tiveram resultado similar a respeito da abstinência sexual sob o olhar de alunos no contexto das vulnerabilidades, riscos de ISTs e uso de preservativo. Os respondentes declararam que se abster sexualmente antes do casamento é uma das formas mais eficazes contra as ISTs, parecendo haver um *viés* religioso e sociocultural acerca de tal escolha, que se soma à possibilidade de interpretar o sexo antes do casamento como algo inaceitável. De fato, a monogamia e/ou a abstinência sexual são orientações e práticas difundidas pelas religiões, contudo, não se vê com igual importância o incentivo à adoção de preservativos nas relações sexuais, conforme ressaltam Gráaf, Mesenburg e Fassa (2020), e isso, de qualquer forma, traduz-se em risco, caso os comportamentos sexuais não sejam sadios, situações que fogem às rédeas das religiões.

Acrescenta-se ainda que, quando avaliado o risco de prática entre as diferentes religiões, o mesmo foi significativo para os evangélicos, que apresentaram menor risco em suas práticas sexuais quando comparados aos jovens das demais matrizes religiosas (Tabela 5). Decerto, muitos fatores podem estar envolvidos nesse quadro, contudo a crença na relação

inseparável do tripé casamento-confiança-fidelidade fundamenta-se, religiosamente, na moral cristã, assegurando um sentimento de invulnerabilidade quanto ao risco de se contaminar com uma IST, justamente, por não achar cabível a possibilidade da traição. Infere-se, portanto, que tais resultados estão associados a convicções e dogmas normativos que regem a doutrina evangélica. De alguma forma, esses religiosos parecem acreditar que o relacionamento estável, sustentado pela religião, funciona como fator protetivo frente às ISTs (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

A religião em seu caráter institucional estabelece regras de conduta, práticas próprias que não foram estabelecidas nem criadas por seus praticantes, e sim por seus representantes e, sobretudo, por seus precursores ou ancestrais que ocuparam posição de liderança religiosa. Nela integram-se práticas preestabelecidas, fundamentais ou não para a participação, práticas e regras de conduta dirigidas ao grupo de forma impessoal. A espiritualidade, por sua vez, refere-se a questões profundamente pessoais e particularmente subjetivas de cada indivíduo no exercício da sua fé. Nesse sentido, a religião tem sido, no decorrer da história, um fator determinante sobre a sexualidade humana, ora impondo regras rígidas, em outros momentos procurando orientar o ser humano e nortear seus comportamentos sexuais (DUARTE, 2017).

Entre os evangélicos, nota-se a existência de uma fé convicta de que as vivências e experiências de fé os mobilizam em *prol* de uma consciência espiritual que define seus comportamentos que são marcados por regras, medos de punição divina e do sentimento de culpa. Sendo assim, regras do tipo: a pessoa não pode namorar se não tiver a intenção de se casar com aquela pessoa; o sexo é proibido antes do casamento; o ato sexual é visto como um ato de procriação, cujo número de filhos obedece à vontade divina; não sendo recomendada a adoção de métodos contraceptivos dentro da ideologia de uma constituição marital/familiar (ROSAS *et al.*, 2021). Tais dogmas e normativas comportamentais regem a filosofia de vida dos evangélicos e é guiada pela bíblia.

Meneses e Cerqueira-Santos (2013), em seus estudos com jovens evangélicos, buscaram compreender as relações entre o pertencimento religioso e todas as suas interferências, como a abstinência sexual anterior ao casamento e o seguimento das práticas sexuais desses jovens, levando em consideração a repressão e as possibilidades de punições pela religião. Nota-se que, independentemente dos fatores que margeiam o comportamento sexual dos jovens, enfaticamente, as religiões protestantes históricas e/ou pentecostais/neopentecostais, ou seja, de matriz evangélica, exercem grande influência sobre suas escolhas.

Nesse íterim, Meneses e Cerqueira-Santos (2013, p. 83) identificaram que essas

Igrejas, apesar de se valerem do trânsito religioso comum às demais, funcionam como agentes disciplinadores, possuindo uma forma própria de orientação de condutas morais e controle social por meio de “[...] mecanismos ‘legais’ de coerção junto a seus membros [...]”, como, por exemplo, acerca do tema sexualidade, dividindo o comportamento entre correto (sexo após o casamento) ou errado, sendo que, no segundo caso, há punições, seguidas de novo acolhimento aos fiéis, ou desistência destes perante à religião por quererem viver a vida com maior liberdade ou, ainda, escolherem outra religião mais permissiva.

Verifica-se, portanto, que o fato de a Igreja orientar a conduta sexual da abstinência antes do casamento tem como consequência um entendimento de proteção contra as ISTs, pois, uma vez que não há sexo, não há risco de contaminação. No entanto, isso deixa de observar fatores pregressos à escolha religiosa deste jovem e que podem colocar em risco sua parceria sexual, caso a abstinência tenha sido comprometida de alguma forma ou, até mesmo, caso a individualidade do jovem seja mantida, independentemente de coerção religiosa.

Outro fato de relativa importância é que não há, pelo menos na literatura sobre a temática, ênfase nas orientações sobre prevenção de ISTs e comportamento sexual seguro para além das orientações de condutas morais e religiosas relativas à abstinência sexual precoce/antes do casamento. Logo, as Igrejas parecem partir do princípio de que seus fiéis aderem às regras incondicionalmente, a ponto de não necessitarem receber informações e conhecimentos, de cunho religioso ou não, para se protegerem. Isso também pode acarretar preocupações àqueles que, por exemplo, vivem com HIV/aids, sobre a sua aceitação nessa comunidade e/ou seu julgamento pecaminoso perante a Igreja, com consequente exclusão social e impactos psicológicos por falta de rede de apoio.

Contudo, uma investigação sobre a iniciação sexual dos jovens universitários e o diálogo acerca da sexualidade evidenciou a influência da religião, principalmente entre pentecostais e protestantes, nas práticas sexuais. O sexo foi entendido como uma manifestação do desejo físico, o qual é influenciado pelos dogmas religiosos. A sociedade, a cultura, vivências com os grupos de pertença e a própria religião podem influenciar suas práticas sexuais (SPINDOLA *et al.*, 2020d).

Por outro lado, as religiões de matriz africana, em especial Umbanda e Candomblé, possuem formas e características diferentes de conduzir suas práticas, apontadas ao longo do tempo e que conduzem a conhecimentos e impactos na sociedade que, historicamente, persistem até os dias atuais. Alguns autores do passado chamaram os terreiros de candomblé de homófilos, cuja tese é de que estes, por exemplo, possuem dentro de seu corpo de membros pessoas homoafetivas, como aponta Rios (2013), com as categorias nativas

sociossexuais, ao citar o termo *adé* para referenciar homens femininos, além da afirmativa de que a cultura sexual presente no candomblé não é diferente da cultura sexual no Brasil, apenas uma de suas inclinações.

Vale (2018) afirma que, ao frequentar terreiros de Umbanda em João Pessoa, Paraíba, deparou-se com muitos travestis e transexuais, inclusive desempenhando funções ditas femininas dentro da religião, algo que chamou a atenção. Logo, levando-se em consideração a ideia de grupos de risco que ficou marcada na memória social dos brasileiros com a epidemia da aids na década de 80, conforme destacam Costa e Almeida (2021), subentende-se que, nesses espaços, os fiéis têm maiores riscos de contrair ISTs ou, até mesmo, convivem de alguma forma, como o próprio HIV/aids além de outras ISTs.

Costa e Almeida (2021) também deduzem que as pessoas pertencentes a esses grupos de risco, como os gays e Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), o que culturalmente ficou taxado de promiscuidade, ficam à mercê das ações de preconceito e estigma social, postergando a procura pelos serviços de saúde e agravando ainda mais a sua condição. Percebe-se, então, que, antes mesmo de pensar as estratégias de ação direta a esse público, é preciso desconstruir o apelo social e cultural que os atravessa, contando com todas as questões morais e, possivelmente, religiosas de base.

Relembra-se ainda que, no início da epidemia da aids, diversos religiosos, incluindo os de matriz africana, buscaram auxílio no Programa Estadual de DSTs/aids, requerendo informações para compartilhar com suas comunidades e garantir medidas de prevenção. Àquela altura, os terreiros já tinham visibilidade suficiente para serem considerados pela coordenação do programa como espaços reconhecidos pelo acolhimento, sem distinção, dos gays e profissionais do sexo, pessoas socialmente excluídas (SOUSA, 2014).

As especificidades desse grupo de matriz africana, de fato, abriram oportunidades de difusão das informações, incluindo a elaboração de cartilha sobre biossegurança, mediante suas práticas, como o compartilhamento de navalhas e outros instrumentos perfurocortantes em seus rituais, para utilização de forma segura. Parker, Garcia e Muñoz-Laboy (2014, p.76) reconhecem essas populações como grupos de risco pela vulnerabilidade apontada e acrescentam que tais estratégias visavam, paradoxalmente, “[...] mudar ‘tradição africana’ para preservar ‘tradição africana’ [...]”, em função de o HIV ser um risco à continuidade de sua cultura.

Com isso, apesar de todos os aspectos (sociais, culturais e religiosos) que envolvem essa parcela da população brasileira, verifica-se que as informações e os conhecimentos compartilhados pelos serviços de saúde, em conjunto com seus saberes próprios, caminham

lado a lado em direção à prevenção das ISTs por diferentes vias, independentemente de orientações em que a abstinência sexual funcione como conduta moral, como para os evangélicos. Há liberdade sexual e acolhimento indistinto de seus fiéis, não cabendo aqui julgamento sobre o certo e o errado, o melhor e o pior contexto, apenas características diversas entre as matrizes religiosas.

Diante da discursividade apresentada a respeito da religiosidade, ratifica-se que os fatores religiosos e filosóficos, entre os quais incluem a expressão da fé, prática religiosa e matriz seguida, estes emergem como determinantes do cuidado culturalmente congruente para a saúde e o bem-estar com vistas às práticas de (auto)cuidado genérico, ou seja, populares (LEININGER, 2006). Essas práticas são adotadas por indivíduos e grupos de pertença, entre as quais as práticas sexuais circunscrevem-se no contexto vivido pelos jovens universitários.

Para além dos marcadores sociais de renda, classificação social e prática religiosa, um estudo da África Subsaariana mostra que, dentro e fora do contexto acadêmico e escolar, adolescentes e jovens estão envolvidos em CSRs para a exposição a algum tipo de IST (MENNA; ALI; WORKU, 2015). Nessa perspectiva, quanto às práticas sexuais dos estudantes universitários, foi avaliado o uso da camisinha em três contextos distintos: em todas as relações sexuais, com parcerias sexuais fixas e com parcerias sexuais casuais (Tabelas 6, 7 e 8).

Nesse sentido, ao avaliar o uso de preservativo em todas as relações sexuais (que abarcam as práticas sexuais com parcerias fixas e casuais), conforme os determinantes sociais, evidenciou-se que o uso de preservativo em todas as relações sexuais depende do sexo. Os homens informam usar mais camisinha em comparação às mulheres (Tabela 6), inferindo-se assim a possibilidade de que as mulheres possam ter sido mais honestas ao preencherem o questionário quando comparadas aos homens.

Isso porque, entre os brasileiros, 22,8% das pessoas com idade  $\geq 18$  anos de idade não usaram preservativo nas relações no último ano, conforme aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nesse levantamento, 34,2% das pessoas de 18 a 29 anos não usaram camisinha em nenhuma das relações sexuais que tiveram nos últimos 12 meses. Do total de brasileiros sexualmente ativos, 73,4% afirmaram que não o fizeram por confiarem no parceiro. Entre aqueles que não usaram preservativo nos intercursos sexuais no último ano, as justificativas segundo o gênero foram: Homens - 78,64% por confiarem na parceira, 9,8% por não gostarem e 8% por terem usado outro método para se evitar a gravidez. Entre as Mulheres - 68% por confiarem no parceiro, 16,8% terem usado outro método para evitar a gravidez, 7% por não gostarem, 2,3% por quererem ter filhos e 1,2% porque o parceiro não quis utilizar

(BRASIL, 2020d). Constatando-se, assim, múltiplas causas para o desuso do preservativo, as quais foram corroboradas pelos discursos dos participantes presentes na análise lexical a respeito dos comportamentos sexuais dos jovens universitários.

Em relação ao marcador classe social, verificou-se que o uso de camisinha em todas as relações sexuais depende da classe social. A média classe média tem maior frequência de uso de preservativos em todos os intercursos sexuais, já a alta classe média apresenta alta frequência de não uso desse recurso (Tabela 6). Esse resultado foi corroborado pelo estudo de Santos; Coelho; Rodrigues-Júnior (2022), que, entre as justificativas do menor uso do preservativo nas relações sexuais entre os jovens que tendem a reduzir o uso da camisinha quanto maior for a sua classificação de renda, visto a adoção de CSRs associados ao pensamento de invulnerabilidade.

Isso porque o maior acesso à informação e o fato de ter condições de realizar testagens diagnósticas oportunamente, bem como o núcleo de convivência destes é mais seletivo em relação à condição econômica dos(as) parceiros(as), o que lhes proporciona uma falsa sensação de segurança, visto a identificação com seus pares. Desse modo, observa-se novamente a influência dos fatores econômicos sobre os padrões e práticas de expressão de cuidados (LEININGER, 1991), como o uso da camisinha nas diferentes práticas sexuais adotadas pelos jovens universitários.

A avaliação do uso de preservativo com parceiros fixos, conforme os indicadores sociais dos estudantes evidenciou correlação entre o uso desse recurso com parceria fixa, o qual depende do sexo. Os homens, mais frequentemente, informam usar preservativo com parcerias fixas em comparação com as mulheres (Tabela 7). Corroborando, assim, com os resultados apresentados na Tabela 6, bem como com a discursividade dos estudantes investigados.

Em relação à idade, o uso de preservativo com parcerias fixas por jovens na faixa etária de 18-24 anos é mais frequentemente informado, demonstrando que, com o passar dos anos, os jovens tendem a negligenciar mais o uso do preservativo (Tabela 7). Os mais jovens apresentaram um índice maior de uso de preservativos nos intercursos sexuais, sendo este resultado corroborado por Gutierrez *et al.* (2019). Nesse sentido, cabe destacar que, no Brasil, o uso da camisinha em todas as relações entre jovens de 18 a 29 anos relatados é de 36,5% que se protegeram em todas as ocasiões, e, quando comparado às demais idades, tem-se 21,7% entre aqueles de 30 a 39 anos, 17,9% entre 40 e 59 anos e 11,6% entre idosos com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2020d).

Cabe destaque o fato de que, cotidianamente, as pessoas tendem a ir abolindo o uso

do preservativo conforme as relações afetivas vão se tornando mais duradouras, assumem-se compromissos fixos e marcados por sentimentos de amor e confiança. Os resultados da classe 3 do *corpus* relativos às práticas sexuais corroboram com essa conotação, considerando que a confiança e a parceria sexual fixa justificaram o desuso do preservativo, na perspectiva dos participantes. No entanto, o número de jovens que não utilizam o método contraceptivo de barreira nas relações subsequentes e a elevada porcentagem que o considera um ato desnecessário são preocupantes e requerem intervenções educativas mais eficazes (MIRANDA *et al.*, 2018; SPINDOLA *et al.*, 2021; MELO *et al.*, 2022, OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Compreende-se, assim, que fatores como as mudanças ocorridas nos modos de vida dos jovens universitários, típicas das experiências adquiridas com o decorrer do tempo, como a manutenção de relacionamentos mais duradouros, podem influenciar nos padrões e práticas de expressão do cuidado culturalmente congruente (LEININGER, 1991), como a adoção de condutas de uso ou desuso do preservativo.

Quanto à orientação sexual, verificou-se que o uso de preservativo com parceiro fixo depende da orientação sexual, sendo mais frequente entre os heterossexuais (Tabela 7). Estudo de Paiva, Segurado e Felipe (2011) identificou entre heterossexuais e bissexuais que: 83,1% reportaram sempre usar preservativos com parceiros fixos e casuais no sexo vaginal e 42% sempre usar preservativos com parceiros(as) no sexo anal. Para os referidos autores, o menor índice de uso de camisinha nas práticas de sexo anal é justificado pelo pensamento social coletivo de que a maior função do uso da camisinha é para a prevenção da gravidez, sendo o risco de aquisição de ISTs uma preocupação secundária. Esses resultados corroboram com os achados desta investigação.

O uso de preservativo com parceiro fixo depende da matriz religiosa, sendo mais frequente entre os jovens que se declaram católicos (Tabela 7). Paiva *et al.* (2008) encontraram achados semelhantes em seus estudos ao investigar a idade e o uso da camisinha na iniciação sexual por adolescentes no Brasil, em 1998 e 2005. Os autores perceberam que, frente à vulnerabilidade ao HIV, os católicos demonstraram um crescente e importante uso do preservativo ao iniciarem sua vida sexual em relacionamento estável, em comparação às demais religiões pesquisadas. Isso não significa, todavia, que o relacionamento afetivo em que a vida sexual teve início se baseou no matrimônio. Assim, pode-se presumir que as orientações anteriormente discutidas acerca da abstinência sexual antes do casamento nem sempre não são sustentadas e observadas na prática. Este é um importante fato que alerta os profissionais de saúde com relação às vulnerabilidades às ISTs, associadas à demanda

religiosa.

Quando se refere à sexualidade, o catolicismo é categórico e influenciou significativamente o pensamento de outras religiões que surgiram depois de seu advento. Ao longo dos séculos, muitos conceitos foram repensados e reformulados, no entanto, ainda se conserva o aspecto essencial, a noção de pecado original, idealização de preservação da virgindade feminina até após o casamento, entre outros (DUARTE, 2017; ROMÃO, 2018).

A linha tênue das relações entre o pensamento modernizado no posicionamento da Igreja Católica *versus* as raízes do tradicionalismo, entretanto, ainda refuta algumas problemáticas, como no caso do uso de preservativos e contraceptivos. A Igreja insiste em conservar o aspecto reprodutivo do sexo. Nessa ótica, contraceptivos e preservativos são uma ameaça à reprodução, favorecendo, por sua vez, a luxúria e o sexo unicamente pelo prazer (DUARTE, 2017; SAÉZ, 2017). A Igreja confronta a proposta do uso da camisinha através da prescrição de abstinência e fidelidade como o único recurso contra a disseminação das ISTs, apesar de inúmeras evidências de que parte significativa dos fiéis católicos se mostram contrários a muitos dos “atuais posicionamentos da Igreja”, como, por exemplo, o uso dos métodos contraceptivos e dos preservativos (SAÉZ, 2017; ROMÃO, 2018).

A avaliação do uso de preservativo com parceiros casuais demonstrou que a aplicação desse método de barreira depende do sexo. Os homens, mais frequentemente, informam usar preservativo com parcerias casuais em comparação com as mulheres (Tabela 8). Desse modo, ressalta-se que, segundo os jovens universitários investigados, independentemente do tipo de parceria sexual estabelecida (todos os intercursos sexuais, parcerias sexuais fíxas ou casuais), os homens alegam usar mais camisinha em relação às mulheres (Tabelas 6, 7 e 8).

Diante disso, um inquérito de base populacional, ao avaliar o uso do preservativo na última relação sexual de jovens, concluiu que: na avaliação dos homens, apresentaram associação positiva (análise bivariada) com as variáveis: nunca ter sido casado ou estar separado; ter usado preservativo na primeira relação sexual; ter tido parceria casual no último ano; ter tido relação sexual com pessoa do mesmo sexo; ter obtido preservativo gratuito; uso de álcool atual ou pregresso; e ter feito teste anti-HIV no último ano. A análise múltipla mostrou associação das seguintes características: ser solteiro; ter usado preservativo na primeira relação sexual; ter tido parceria casual no último ano; ter tido relação sexual com pessoa do mesmo sexo; e ter obtido preservativo gratuitamente (GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Em contrapartida, na avaliação das mulheres, Gutierrez *et al.* (2019) evidenciaram, na análise bivariada, como associações positivas ao uso de preservativo na última relação sexual: nunca ter sido casada; ter usado preservativo na primeira relação sexual e ter tido parceria

sexual casual no último ano. A análise múltipla mostrou associação com as variáveis: nunca ter sido casada; ter usado preservativo na primeira relação sexual; primeira relação sexual após os 15 anos de idade e obter preservativo gratuitamente. Entretanto, é mister salientar ainda que o maior uso de preservativo entre jovens solteiros sugere que a percepção de risco pode estar relacionada ao tipo de parceria, sendo observado mais constantemente entre as parcerias sexuais casuais quando comparadas às parcerias sexuais fixas (GUTIERREZ *et al.*, 2019), corroborando-se com os resultados da presente investigação.

Quando analisada a classificação de renda, observa-se que os jovens pertencentes à baixa classe alta, mais frequentemente, referem usar camisinha com parceiros casuais em comparação às demais classes sociais (Tabela 8). No contexto do país, contudo, não foram observadas diferenças quanto ao uso do preservativo com parcerias casuais segundo a classificação de renda (BRASIL, 2020d). Nesta investigação, foi constatada que esta prática está abaixo do esperado no contexto nacional para as diferentes classificações de renda. Entende-se, desse modo, que a classificação de renda é um fator que influencia os comportamentos sexuais de jovens universitários, considerando estarem presentes na sociedade aspectos da economia que, de modo direto, modificam/reestruturam os comportamentos sexuais das pessoas (LEININGER, 1991).

Em relação à prática religiosa, nota-se que o uso desse método de barreira com parceria casual depende da prática religiosa. Os religiosos, mais frequentemente, alegam usar camisinha com parceiros casuais em comparação aos não religiosos (Tabela 8). Os relatos dos participantes corroboram esses resultados, sendo perceptível que a religião se entrelaça com os aspectos culturais arraigados na sociedade. Apesar de diversos estudos referirem a interferência religiosa na saúde sexual dos fiéis, de modo implícito pela abstinência sexual antes do casamento e monogamia, outros refutam essas informações ou conferem o protagonismo do cuidado à própria pessoa e não à religião (DUARTE, 2017; ROMÃO, 2018; ROSAS *et al.*, 2021).

Garcia e Souza (2010) identificaram nas falas de alguns entrevistados evidências de que nem todos os religiosos seguem com afinco as orientações de suas lideranças nesse contexto. Alguns desconhecem a negação do catolicismo para o uso da camisinha; outros afirmam que a Igreja não cuida de sua saúde, mas sim de suas próprias escolhas; alguns evangélicos veem no preservativo sua salvação; e outros relatam contato com pastores que possuem a mente mais aberta, são mais liberais e compartilham conhecimentos sobre prevenção de ISTs com jovens, mesmo com a relativização do ato sexual, podendo ocorrer somente após o casamento pelos seus dogmas religiosos.

Esses resultados reforçam a compreensão de que os jovens e neste caso os universitários, apesar de terem suas crenças religiosas incidindo diretamente em suas escolhas de vida, não as colocam à frente das orientações estabelecidas, provavelmente, por órgãos de saúde, pela educação e pela ciência. Nessa perspectiva, fica evidente a efetividade dessas medidas e a capacidade de o jovem separar o que a religião realmente agrega de positivo em sua vida e o que compete à ciência, tomando para sua responsabilidade os cuidados com a saúde sexual.

No entanto, a religião ainda é entendida por muitos como parâmetro para os comportamentos sociais, relacionamentos interpessoais e para estabelecer a identidade cultural e a socialização dentro ou fora das instituições religiosas. Desse modo, as normas religiosas tendem a formatar o comportamento sexual das pessoas (LASSITER *et al.*, 2017). A prática religiosa mobiliza os adeptos das diferentes matrizes religiosas a cuidarem do corpo, mediante a crença de que, ao cuidarem do corpo, estão cuidando do espírito, porque o corpo é o santuário do espírito santo (DOURADO *et al.*, 2018; AMSTEL; QUITZAU; SILVA, 2021). A religiosidade, portanto, pode ser descrita como um fator de prevenção no controle das ISTs.

A prática religiosa é permeada por fatores religiosos e filosóficos que compõem uma rede de influências sobre os comportamentos humanos (LEININGER, 1991). Para Foucault (2014), o discurso cristão a respeito da sexualidade exerce fortes influências sobre as práticas e representações de cristãos ocidentais; nesta perspectiva, a religião funcionaria como um dispositivo de vigilância e regulação do corpo e da sexualidade.

Por fim, elucida-se que, apesar de se observarem melhorias nos comportamentos sexuais de jovens nos últimos anos, a contracepção não é uma prioridade no exercício das práticas sexuais com a adoção do uso do preservativo. Muitos não utilizam qualquer método contraceptivo, ou usam o preservativo de forma incorreta e inconsistente, o que aumenta o risco de gravidez indesejada e das ISTs (MIRANDA *et al.*, 2018). Nesse cenário, questiona-se o quão importante são as ações de desenvolvimento e de planejamento de políticas públicas que envolvam o acesso gratuito aos preservativos por livre demanda dos usuários do SUS (GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Ao se avaliar o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual, observa-se que o mesmo depende do sexo, sendo mais frequente entre os homens (Tabela 9). Nesse sentido, uma investigação com 2.368 adolescentes e jovens, ao avaliar o uso de álcool e outras drogas, segundo o sexo, corroborou os resultados da presente investigação ao identificar que 46,45% dos homens e 53,6% das mulheres consumiram álcool antes da última relação sexual ( $p < 0,001$ ), sendo o consumo de outras drogas de 47,2% para homens e 52,8% entre as

mulheres ( $p=0,003$ ) demonstrando-se assim significância estatística para ambas as variáveis, isso porque mundialmente o álcool é a SPA mais consumida, seguida da *Cannabis* (MIRANDA *et al.*, 2018).

O uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da cor da pele autodeclarada, sendo mais frequente entre pessoas amarelas e pretas (Tabela 9). Nota-se, também, que a maioria dos usuários que transitam pelo serviço de assistência à saúde mental, bem como no âmbito do SUS, são não brancos (MASCARENHAS; NUNES, 2019). Essa demanda, além de iminente, deve ser legitimada, o que significa dizer que é necessário olhá-la para além da cor e compreender as dinâmicas históricas e sociológicas inseridas em ser negro. Soma-se ainda o fato de que a inserção no contexto de uso abusivo de SPA deve duplicar a lente sócio-histórica daquele que percebe esse quadro (DAVID, 2018).

Esses resultados, além de revalidar evidências científicas, indicam que a maioria da população usuária do SUS é de origem afro-americana e, ainda, que o adoecimento, mental e físico, está inbuído de diversas questões sócio-históricas como os marcadores sociais e transculturais. Assim, esses sujeitos de raça/cor da pele autodeclarada amarelos e negros são mais vulneráveis a certos agravos como as ISTs, o que pode ser justificado pelos esforços dessas pessoas para se inserir socialmente nos seus grupos de pertença. O consumo de SPA e o exercício da sexualidade são uma importante porta de entrada no grupo.

O uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da orientação sexual, havendo um maior consumo entre os bissexuais (Tabela 9). Jovens gays e bissexuais utilizam mais álcool e drogas que seus pares heterossexuais. Tal percepção pode estar correlacionada com condicionantes de discriminação e estresse a que esses jovens são submetidos diariamente no enfrentamento de sua orientação sexual, por ser parte de uma minoria social nos diferentes contextos (BRASIL, 2013c; MENDES; SILVA, 2020).

O uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual esteve associado ainda à classificação de renda, sendo observado que a alta classe alta possui maior frequência de consumo (Tabela 9). Esse achado corrobora outras investigações ao evidenciar que quanto maior a renda dos universitários, maior tendência ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas como a maconha, cocaína, entre outras (SILVA *et al.*, 2006; BIANCA; ALESSANDRA; SÁ-JÚNIOR, 2018).

O uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da prática religiosa, os jovens não religiosos têm maior frequência de uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual (Tabela 9). Ser religioso, então, é considerado um fator de proteção quanto ao uso de álcool ou outras drogas, antes da última relação sexual.

De fato, a religiosidade realmente parece funcionar como um fator protetivo ao uso de álcool e outras drogas, conforme apontam Martinez *et al.* (2019), Santos *et al.* (2021) e Tomkins, Neighbors e Steers (2019). Os autores mencionados declararam que, ao comparar pessoas que consomem bebidas alcoólicas e as que não consomem, ou consomem em menor quantidade, estas últimas geralmente são religiosas e/ou possuem alguma afiliação e crenças provavelmente devido às orientações que algumas religiões disseminam sobre abstinência de bebida alcoólica e outras drogas. Assim, percebe-se que abster-se de álcool e outras drogas diminui os fatores de risco em geral, seja com relação às ISTs ou com relação à sua segurança, como o sexo desprotegido tendo feito uso de álcool ou outras substâncias; e do estado de embriaguez na direção e os acidentes automobilísticos, respectivamente. Isto é, situações que impactam a criticidade sobre suas ações.

Convergente a esses dados, nota-se nos achados que o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual depende da matriz religiosa dos estudantes (Tabela 9). Os jovens universitários evangélicos e católicos apresentaram menor frequência de consumo de álcool e outras drogas antes da última relação sexual, sendo este considerado um fator de proteção. Acreditam que quanto maior a religiosidade menor o uso de SPA como o álcool, o tabaco e outras drogas, além de reduzir as taxas de ações agressivas entre as pessoas, como as práticas sexuais não consentidas – abuso sexual ou estupros (FRANCIS *et al.*, 2019; MARINHO *et al.*, 2022).

Silveira *et al.* (2021) estudaram o consumo de álcool por estudantes universitários e constataram que ser católico ou evangélico funcionava como fator protetivo para o consumo de álcool, nos últimos 12 meses. Ponce, Picciano e Vargas (2021) referem que o uso de bebidas alcólicas pode variar segundo a intensidade de crenças religiosas, religiões de matrizes diferentes e a rigorosidade dos fiéis em cumprir os códigos de conduta ditados, razão pela qual os protestantes inclinam-se às práticas de abstinência ou consumo mínimo dessas substâncias.

Para Silva *et al.* (2021), o catolicismo condena a embriaguez, mas permite o consumo, já os pentecostais e não pentecostais incorporam as orientações religiosas como obrigações. A maioria desses religiosos justifica, em grande parte, tal conduta por acreditarem que o álcool transforma negativamente o comportamento das pessoas, levando-as às agressões e irresponsabilidades, mas também não há consenso, pois alguns pastores ingerem bebidas alcoólicas (OLIVEIRA, 2021). No entanto, por mais que o consumo seja mínimo ou que nem haja devido às orientações religiosas, conforme abordado na literatura aqui apresentada, o intuito final não é diretamente a proteção com relação aos riscos das ISTs, mas sim o

equilíbrio da saúde em contexto amplo, e, para isso, as práticas de repressão religiosas, de uma forma ou de outra, funcionam.

Algumas drogas atuam como estimulantes sexuais, reduzindo a inibição e aumentando o desejo sexual. Aqueles que consomem álcool e outras drogas têm relações sexuais com maior frequência, são mais precoces no que toca à iniciação da vida sexual, têm mais parceiros sexuais e mais relações sexuais desprotegidas. Para além das relações sexuais desprotegidas, as relações não planejadas e sob efeito de álcool ou drogas, sobretudo entre os jovens, reforçam a necessidade de intervenção no âmbito da educação sexual, contemplando, também, as questões relacionadas à dependência das SPAs (MIRANDA *et al.*, 2018).

Ao se avaliar a busca por atendimento de saúde, evidenciou-se que está diretamente relacionada ao sexo, sendo mais frequente entre as mulheres (Tabela 10). É sabido que, nacional e internacionalmente, as mulheres buscam mais pelos serviços de saúde, tendo como justificativa o maior número de políticas voltadas para as mulheres nos diferentes ciclos de vida, linhas de cuidados específicas como o planejamento familiar, direitos sexuais e reprodutivos, a rotina de preventivo e mamografia na prevenção do câncer de colo de útero e mama, o acompanhamento no ciclo gravídico puerperal, entre outras, e este é um marco percebido nas mais diversas culturas (BRASIL, 2004, 2009, 2017b).

Em uma realidade portuguesa, foi observado um resultado similar. Os jovens recorrem às unidades de saúde em busca de aconselhamento sobre a contracepção e ISTs, principalmente o sexo feminino e os de maior nível de instrução acadêmica. Os autores destacam que a escolaridade influencia a conscientização da necessidade de participação, busca e inserção das mulheres nas diferentes atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde (MIRANDA *et al.*, 2018).

A busca por atendimento de saúde depende da cor da pele autodeclarada, sendo mais frequente entre os amarelos (Tabela 10). É oportuno destacar que existe pouca literatura a respeito da cor de pele autodeclarada amarela no Brasil, que envolve pessoas de origem oriental, sendo um percentual baixo, em todo o país. Contudo, o contexto universitário brasileiro é permeado por diferentes políticas e incentivos ao acesso facilitado à todas as pessoas o que de certo modo abarcam as questões étnicas e raciais.

A busca por atendimento de saúde depende da orientação sexual, ou seja, os bissexuais frequentemente utilizam mais os serviços de saúde em relação às outras orientações sexuais (Tabela 10). Acredita-se que a maior busca de atendimento por este grupo possa ser atribuída ao fato de as pessoas incluídas nele se sentirem duplamente vulneráveis. As práticas sexuais tendem a ser marcadas, em sua maioria, por comportamentos desfavoráveis com desuso do

preservativo. As relações homoafetivas, muitas vezes, acontecem em segredo e em encontros casuais, com grande variabilidade de parceiros, o que aumenta de maneira expressiva os riscos devido às pressões sociofamiliares pela imposição de questões relacionadas ao gênero e a heteronormativa (SILVA, 2021).

Não obstante, estudo realizado com mulheres lésbicas e bissexuais identificou que estas buscam com menor frequência os serviços de saúde e enfrentam barreiras como a discriminação e um ambiente de heteronormatividade. Por um lado, os ginecologistas raramente questionam a orientação sexual das utentes e os profissionais de saúde revelam-se pouco preparados nos cuidados em saúde específicos para esta população, apontando assim para demandas de cuidados especializados, os quais ainda são superficiais e descontextualizadas da realidade dessas mulheres (OLIVEIRA, 2021).

A busca por atendimento de saúde depende da prática religiosa dos indivíduos. Jovens religiosos têm maior frequência na busca pelos serviços de saúde (Tabela 10). Esse dado corrobora com as afirmativas de Soares, Sabião e Teixeira (2019) ao expressarem que o *coping* religioso é importante para a busca e manutenção da saúde, inclusive, em nível existencial. Outros estudos revelam o caminho contrário do *coping* religioso, quando uma pessoa sai de uma consulta em que foi para tratar problemas de saúde e busca as instituições religiosas, como as igrejas, os terreiros e outras, na tentativa de melhor enfrentar o adoecimento (SOUSA; DINIZ, 2021).

Entende-se que, como a religião fornece subsídios para o enfrentamento da doença e de todo um conjunto de situações que vêm junto com ela, os jovens ficam mais alertas aos cuidados de saúde, não preterindo nenhum tipo de tratamento, mas aliando os resultantes de práticas religiosas com os hegemônicos, orientados, principalmente, pela ciência.

Salienta-se, ainda, que a busca por atendimento de saúde depende da matriz religiosa. Os jovens espíritas apresentaram menor frequência quando comparados aos estudantes de demais religiões (Tabela 10). Nesse sentido, as doenças podem estar relacionadas às dimensões físicas ou espirituais, e essa última dimensão tem sua origem no espírito ou na alma. Facure (2015), abordando as doenças espirituais, sustentado na doutrina espírita, menciona que estas se localizam no corpo espiritual ou no perispírito da pessoa (o que intermedia a matéria e o espírito). Dessa forma, o tratamento de uma pessoa com doença espiritual requer que a mesma promova uma reforma íntima genuína, para ser melhor e, desse modo, transformar hábitos de vida nocivos em condutas protetivas e benéficas, o que a conduzirá à evolução espiritual, refletindo em seu corpo de maneira permanente.

O que ocorre com os religiosos praticantes da doutrina espírita, preconizada por Allan

Kardec, em relação à saúde e à busca pelos serviços oficiais/hegemônicas no ocidente, está diretamente fundamentado em suas crenças e nos comportamentos balizados por elas ao longo dos anos de prática e estudo da doutrina. Não que esses fiéis sejam totalmente contrários à ciência que orienta as práticas hegemônicas ou ao modelo cartesiano de cuidado, mas provavelmente, por suas convicções nas relações corpo e espírito, suas condutas convergem para tratamentos de manutenção ou de recuperação, de cunho filosófico-religioso, pautados nos cuidados do espírito, acreditando que, assim, refletem em igualdade no próprio corpo físico e/ou mental.

Na avaliação do histórico de ISTs, observou-se que depende da idade, ou seja, jovens na faixa etária de 25-29 anos são mais frequentemente informados que os estudantes de 18-24 anos (Tabela 11). Baixos índices relatados de histórico de ISTs pode ser decorrente de infecções ainda não diagnosticadas em função da não procura pelos serviços de testagem e aconselhamento, ou pelo fato de que o período assintomático e de incubação varia de uma infecção para outra. E, ainda, a cultura biomédica que recomenda a busca pelos serviços de saúde apenas mediante a observância de algum sinal ou sintoma de comorbidade (MIRANDA *et al.*, 2018; SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019).

De modo consonante, ao avaliar a realização de testagem para HIV/aids, observou-se que esta depende da idade. Assim, a realização de testagem para HIV/aids entre jovens na faixa etária de 25-29 anos é mais frequente quando comparados aos demais jovens (Tabela 12), fato que corrobora com os achados de os jovens na faixa etária de 25-29 anos relatarem histórico de ISTs (Tabela 11). Nas Tabelas 11 e 12, cujos dados informam a presença de alguma IST ou ter realizado o teste para detectar o HIV/aids, houve significância entre os jovens-adultos. Esse resultado pode estar associado ao fato de esses universitários, por serem mais velhos, terem vivido mais ou terem tido mais oportunidade para se expor aos riscos e, conseqüentemente, terem percebido o surgimento de algum sinal ou sintoma relacionado às ISTs. Por isso, eles buscaram por atendimento em saúde para a realização de testagem, diagnóstico e/ou tratamento clínico e farmacológico.

Um levantamento, realizado em 2019, demonstrou que 0,6% da população com idade  $\geq 18$  anos do país teve diagnóstico de IST no último ano, o que corresponde a aproximadamente 1 milhão de pessoas (BRASIL, 2020d). Infere-se assim que, entre os participantes desta investigação, boa parte afirmou não fazer testagem para HIV/aids e tem baixa procura por atendimento em saúde. Assim, são necessários esforços e incentivos para que o alunado procure os serviços de saúde com maior frequência e participe mais assiduamente das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com destaque para a

prevenção de ISTs.

A realização de testagem para HIV/aids depende da orientação sexual. Os jovens homossexuais participantes desta investigação realizam mais testagem em comparação aos jovens das demais orientações sexuais (Tabela 12). Esses resultados apontam uma possível maior adesão às estratégias de diagnóstico precoce, demonstrando a conscientização destes e, ao mesmo tempo, transmite uma ideia que eles adotam mais CSRs e, por isso, procuram realizar testagens com maior frequência. Outrossim, destaca-se que, durante a adolescência, surgem diversas experiências sexuais, nas quais se incluem os contatos homossexuais. Os adolescentes e jovens homossexuais são um grupo prioritário de intervenção em saúde, já que estão em maior risco de isolamento social, insucesso escolar, disfunção familiar, consumo de álcool ou drogas, depressão, suicídio e estigmatização (BRASIL, 2013c; MENDES; SILVA, 2020; SILVA, 2021).

Cabe acrescentar que, no estudo de Gutierrez *et al.* (2019), foi observada associação negativa entre as mulheres quanto ao uso do preservativo na última relação sexual e a realização do teste de HIV. Infere-se que os testes para HIV entre as mulheres são realizados com base na percepção de risco destas em relações sexuais desprotegidas. Nessa perspectiva, investigação realizada com mulheres latinas constatou que os fatores associados à testagem para HIV foram a baixa qualidade dos relacionamentos românticos e a consciência do *status* sorológico do HIV do parceiro, enquanto a percepção de baixo risco foi um fator associado a não fazer o teste (LOPEZ-QUINTERO *et al.*, 2016). Essa associação indica que a testagem para o HIV/aids vem sendo usada como uma estratégia de gestão de risco na ausência de preservativos, de acordo com estudos realizados no Canadá e na Ruanda, África (ENGLER *et al.*, 2016; STALTER *et al.*, 2016).

Para os jovens, a esfera da sexualidade se apresenta em um campo de experiências, comunicações, sentimentos, vivências e descobertas, na construção da capacidade de tomar decisões, de suas preferências e da certificação de uma identidade e individualidade. No âmbito da busca pela autonomia das práticas sexuais, a sexualidade vem sendo desempenhada de maneira peculiar e individualizada por cada jovem (FERRARI; PERES; NASCIMENTO, 2018; MARINHO *et al.*, 2022). Sendo portanto, necessária a realização de uma análise reflexiva do comportamentos sexuais desses universitários na perspectiva dos mesmos, conforme apresentado na sequência.

A análise lexical do *corpus* relativo às práticas sexuais, apresentado nas Figuras 5 e 6, foi estruturada em dois eixos. O eixo 1 “Práticas sexuais de estudantes universitários - prevenção de ISTs ou enfoque na contracepção?” gerou a classe 4 “Roteiros sexuais de jovens

- entre o receio de uma gestação não planejada e o risco da exposição às ISTs”. Entre as palavras de maior associação identificadas nessa classe figuram: jovens, medo, tesão, preocupar e contrair. Tais palavras compõem predominantemente os fragmentos de discursos dos participantes selecionados, os quais retratam comportamentos sexuais inconsequentes dos jovens com a adoção de CSRs, uma vez que eles se sentem atraídos pela sensação do perigo, conforme ressalta a participante P14. Em relação a essa fala, percebe-se o quão imaturo é esse pensamento, presente na adolescência, sendo uma etapa caracterizada pela adoção de comportamentos desfavoráveis. Embora as habilidades básicas necessárias para perceber os riscos estejam ativas, a capacidade de regular o comportamento de forma consistente com essas percepções não está totalmente madura (BRASIL, 2011, 2013a).

Acrescenta-se que é na adolescência que os indivíduos dão mais atenção para as recompensas em potencial vindas de uma escolha arriscada que para os custos dessa decisão. A fala da participante P14 é um exemplo da vulnerabilidade a que ficam expostos os jovens, por vigorar o pensamento de que o sexo desprotegido gera maior prazer, ou de que a sensação de risco os excita, aumentando a quantidade de adrenalina pela possibilidade de exposição ao risco, podendo sobressair sem se contaminar, com a falsa sensação de poder e invulnerabilidade. Destarte, cabe mencionar que são ignorados pelos jovens os altos riscos a que ficam expostos, frequentemente, em suas práticas sexuais e os determinantes de uma contaminação por IST, como: resistência imunológica, período de janela imunológica até a detecção por sorologias, o período de incubação de soroconversão, além da fase assintomática (TUDDENHAM; HAMILL; GHANEM, 2022)

A sexualidade é um comportamento socialmente aprendido, no qual existem diversos roteiros que orientam as pessoas em suas experiências sexuais, tendo em vista que nem tudo é praticável a todo momento. Assim, os indivíduos elaboram as suas ações conforme a capacidade de se relacionar, das fantasias, da linguagem cultural e dos papéis sociais (MARINHO *et al.*, 2022). Esses roteiros são estruturados em três níveis que se apresentam no plano subjetivo, na intenção das convivências sociais e no nível cultural, a saber: intrapsíquicos a exemplo das informações sobre a prevenção de ISTs; interpessoais que envolvem as práticas sexuais com ou sem o uso de estratégias preventivas de IST e; os de cenários culturais retratados pelo ambiente universitário e os diferentes ambientes de interações entre os estudantes (GAGNON, 2006; FONTANELLA; GOMES, 2012; MARINHO *et al.*, 2022).

Os roteiros sexuais dos jovens são guiados ainda pelo medo de uma gestação não planejada, conforme explicitam os participantes P07, P12, P33 e P42, que, por vezes,

recorrem a métodos emergenciais como a pílula do dia seguinte, caso tenham o risco de uma gravidez não planejada. A maior exposição social da mulher no caso de uma gestação e a crença de que a contraceção e as consequências de uma gravidez são responsabilidade do sexo feminino justificam o maior recurso à contraceção de emergência, como a pílula do dia seguinte, pelas mulheres, além da maior responsabilidade contraceptiva (MIRANDA *et al.*, 2018).

Nesta classe, chama a atenção a fala do participante P48, ao ressaltar que o cuidado em saúde deve ser compartilhado entre as pessoas pelas informações que possuem sobre a temática e experiências vividas. Essa afirmação é essencial aos jovens no exercício de suas práticas sexuais, porque a sexualidade é compreendida como um aspecto fundamental do ciclo de vida humano, envolvendo desejos e práticas relacionados ao prazer, aos sentimentos, à saúde e ao desempenho de liberdade, na qual o corpo físico é somente um alicerce para a construção histórica e de identidade que envolve outras construções como individualidade, satisfação sexual e apetite erótico (ZERBINATI; BRUNS, 2017).

Para os jovens, a esfera da sexualidade se apresenta em um campo de experiências, comunicações, sentimentos, vivências e descobertas, na construção da capacidade de tomar decisão, de preferências e da certificação de identidade. Desse modo, a sexualidade se salienta no âmbito da busca pela autonomia de práticas e projetos, sendo desempenhada de maneira única e com ansiedade pela juventude, emergindo assim a necessidade de compartilhamento de suas vivências e experiências de forma coletiva para como seus pares (FERRARI; PERES; NASCIMENTO, 2018). Nesse sentido, os autores Marinho *et al.* (2022) corroboram os resultados da presente investigação ao concluírem que os comportamentos sexuais são influenciados por aspectos culturais, sociais, religiosos, relacionamentos interpessoais e afetivos, sendo modulados pelo grupo de pertença dos jovens.

O eixo 2, intitulado “CSRs de jovens: (des)uso do preservativo e baixa percepção de risco às ISTs”, gerou a classe 3 “Relacionamentos afetivos - a confiança em parcerias sexuais fixas, a aparente sensação de segurança e o desuso dos preservativos”. Aqui, as palavras de maior significância foram: confiança, caso/casado, parceiro, relacionamento, amor; as quais são representadas nos discursos dos participantes. Esses discursos apontaram que, nas relações fixas, existe um vínculo afetivo-amoroso e expectativa de um vínculo de confiança na seguridade do casamento, como mostram os relatos dos participantes P09, 015, P41 e P44. Esses achados estão consoantes ao encontrado na Tabela 6 em relação ao uso da camisinha com parcerias sexuais fixas, de apenas 59,7% para os homens e 47,3% para as mulheres.

A prevenção de ISTs ainda possui aspectos complexos e multifacetados. Fatores

culturais, afetivos e comportamentais, como, por exemplo, a excessiva confiança no parceiro, exercem fortes influências sobre as condutas de desuso do preservativo (FONTES *et al.*, 2017; NASCIMENTO; CAVALCANTI; ARCHIERI, 2017; CASTRO *et al.*, 2018). O uso do preservativo está relacionado a disponibilidade e acessibilidade deste recurso, ao fato de não requerer prescrição médica, proporcionar uma proteção de baixo custo e alta efetividade contra as ISTs e a gestação não planejada. A redução da utilização desse recurso nas relações com parcerias sexuais fixas pode ser justificada pela imaturidade e impulsividade dos jovens e/ou pela maior idade que corroboram com a sensação de segurança, por utilização de outro método contraceptivo pela parceira (no caso dos heterossexuais), ou por existência de uma relação mais sólida entre o casal (MIRANDA *et al.*, 2018).

O envolvimento dos jovens em relacionamentos mais prolongados pode constituir barreira à promoção de comportamentos sexuais saudáveis e seguros. Essa condição pode justificar o fato de a contracepção ser menos usada pelos jovens-adultos, como observado neste estudo, corroborado pelos achados de Miranda *et al.* (2018). Efetivamente, os jovens tendem a descontinuar o uso do preservativo à medida que assumem um parceiro fixo, com quem têm uma atividade sexual regular e afetiva, especialmente se utilizam outro método com o intuito de prevenir uma gravidez como os anticoncepcionais hormonais (MARINHO *et al.*, 2022). A dupla proteção é uma estratégia eficaz e incentivada mundialmente, que associa o uso do preservativo a outro método de elevada eficácia, sendo a contracepção de eleição, uma vez que, além de prevenir uma possível gravidez, também se previnem a contaminação e a transmissão das ISTs de forma combinada (BRASIL, 2017a; SILVA *et al.*, 2021).

Emergem ainda comportamentos que descrevem a camisinha como um recurso acessório necessário apenas em situações em que se deseja prevenir uma gestação não planejada, conforme ressaltam os participantes P12, P41, P42 e P44. Estudo de Gutierrez *et al.* (2019) concluiu que o preservativo é um instrumento amplamente reconhecido de prevenção primária às ISTs. Os jovens tendem a usá-lo como estratégia de gestão de risco, de acordo com a situação vivenciada, como, por exemplo, o risco de uma gestação não planejada. Entre os homens, o preservativo tem sido mais frequentemente usado no sexo casual e homoafetivo. Já entre as mulheres, o teste do HIV tem sido mais utilizado, provavelmente, como forma compensatória para relações desprotegidas.

A nova subdivisão do *corpus* deu origem a duas novas classes (2 e 1). A primeira delas é a classe 2 “Práticas sexuais, gênero e determinantes culturais - distinção nos papéis de homens e mulheres”. Nesta classe, o gênero emergiu de forma dupla e oposta quanto aos papéis de homens e mulheres no exercício das práticas sexuais. O primeiro retratou uma

dominação dos corpos e das condutas sexuais das mulheres, conforme discursos dos participantes P03, P46 e P53. Percebe-se, então, que existe uma forte influência do contexto histórico e os papéis sociais nos relacionamentos afetivo-sexuais (NOGUEIRA; MUZZETI, 2017). Papéis de gênero são ensinados desde a infância e estabelecem as diferenças entre meninas e meninos. As condutas femininas e masculinas são incentivadas e reforçadas pelos pais, pelas instituições sociais e pessoas mais próximas em um processo de dominação dos corpos e da sexualidade humana (BOLLE *et al.*, 2015). Essa dominação é atribuída a comportamentos socioculturais e condicionantes do homem sobre a mesma, como, por exemplo, que carregar a camisinha é responsabilidade do homem, bem como o poder decisório em querer usar ou não esse recurso, conforme explicitam os participantes P12 e P53. Os homens se sentem mais vulneráveis em relação às mulheres, conforme relatado pelos participantes P32 e P44, considerando as múltiplas justificativas e o maior número de parcerias sexuais.

Na concepção dos participantes, existem comportamentos sexuais diferenciados entre homens e mulheres. Espera-se que o homem tenha mais experiências sexuais, sendo essa prática valorizada. No que concerne às mulheres, é esperado um comportamento mais discreto, menor exposição das condutas sexuais, não sendo uma prática “aprovada” quando a menina demonstra uma conduta sexual semelhante à dos homens. Percebe-se ainda que as mulheres são mais pressionadas que os homens para não manter relações sexuais antes do casamento.

A religião tem influenciado o comportamento humano desde os primórdios da humanidade e induz os hábitos e costumes em todas as culturas. A sexualidade e o comportamento sexual da humanidade, no passado, foram determinados pela religião e muitas dessas determinações estão presentes na moralidade dos dias atuais. A sexualidade, hoje, ainda é estruturada em valores e crenças que determinam o que é proibido e o que deve ser resguardado (DUARTE, 2017).

Nesse sentido, destaca-se que adolescentes e jovens no contexto mundial iniciam sua vida sexual mais tarde, estando entre as justificativas o maior controle de seus corpos exercido pelos pais e sociedade em geral de modo a se resguardar a virgindade o máximo possível, preferivelmente até o período pós-marital (BUSIN, 2011; MIRANDA *et al.*, 2018). No entanto, ressalta-se que, nos discursos dos participante sobre suas práticas sexuais, percebe-se uma insuficiência (ou inexistência) de comunicação entre pais e filhos acerca da sexualidade. A falta de diálogo sobre essa temática denota a existência de *tabus* e inibições entre pais e filhos. Os pais são as pessoas mais próximas dos jovens e esperava-se que fossem

os primeiros a conversar com os filhos a respeito do sexo e sexualidade, contudo essa não é uma prática habitual nas famílias, sendo esta condicionada, na maioria das vezes, a atos proibitivos ou punitivos (MARINHO *et al.*, 2022).

Muitos pais ainda acreditam que conversar sobre temáticas como sexo, sexualidade, prevenção de ISTs e outras estimula a ocorrência de práticas sexuais por parte de seus filhos (MARINHO *et al.*, 2022). Assim, Silva e Castro (2018) acrescentam que, em relação ao diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos os adolescentes, carecem de informações sobre esse tema. Essa deficiência é oriunda de gerações anteriores, sendo repassada de pais para filhos e contribui para que os pais sigam não conversando com seus filhos e filhas a respeito dessas temáticas. Já os filhos, em sua maioria, sentem e eternizam a falta desse diálogo com seus pais, conforme discursos apresentados na classe 3 do *corpus* de conhecimento.

Em contraposição a esse pensamento, ultrapassado e de cunho histórico, observam-se condutas que retratam um movimento emancipatório e de liberdade sexual feminina presente nos discursos dos participantes P10, P25 e P42. Tais liberdades, entretanto, estão associadas, muitas vezes, ao aumento de suas vulnerabilidades mediante a adoção de CSRs, como as práticas sexuais casuais e as múltiplas parcerias sexuais. Soma-se a essa problemática o fato de as mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos não identificarem corretamente seu nível de risco, considerando-o como muito baixo para se contaminar por alguma IST (SANTOS; COELHO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2022).

Resgata-se, então, a importância da família que, embora seja influenciada por meios de controle como a religião, a economia, a mídia e a cultura, possui grande valor para a estruturação sócio-histórica dos papéis de homens e mulheres na sociedade. O contexto familiar ocupa o papel de influenciado e influenciador para o aspecto cultural; assim, o núcleo familiar atua como uma instituição controladora que impõe aos membros determinado comportamento. As informações sobre certo e errado, aceitável ou não são iniciadas e moldadas nesse ambiente, o que majoritariamente deve incluir as práticas sexuais e as estratégias preventivas de ISTs (LANDIM; BORSA, 2019).

A última classe de subdivisão do processo de clivagem do *corpus* de práticas sexuais foi a classe 1, intitulada “Parcerias sexuais, negociação do uso do preservativo e a vulnerabilidade às ISTs”. Aqui, entre as palavras que figuraram com maior significância na análise semântica dos conteúdos discursivos, encontram-se bêbado, negociar, tesão e transar, as quais constam das falas dos jovens universitários que retratam vulnerabilidades às ISTs, a exemplo das múltiplas parcerias sexuais, por vezes, associadas ao uso de álcool e outras drogas antes das relações sexuais, conforme retratam os participantes P10 e P35.

O uso de álcool e outras drogas também é um fator importante que influencia o comportamento sexual dos jovens. Mesmo entre os jovens com maior acesso à informação, como os estudantes universitários, não é incomum a adoção de um comportamento de risco frente à exposição às ISTs, como praticar sexo desprotegido, sem a adoção de métodos de prevenção de doenças e de gravidez indesejada (SPINDOLA *et al.*, 2020c). Nesse sentido, um estudo realizado com 819 estudantes universitários evidenciou que 52% dos participantes apresentavam CSRs, entre eles estavam o uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas antes de suas práticas sexuais (SALES *et al.*, 2016).

Outros fatores incidem diretamente sobre a recorrência de práticas sexuais sem o uso da camisinha, conforme ressaltam os participantes P24 e P42. Entre as justificativas foi ressaltado por P42 o medo de julgamento da mulher se esta for quem estiver portando a camisinha e sugerir o seu uso nas práticas sexuais, sendo este ato ainda visto como um condicionante de promiscuidade. Contudo o dever de ambos, homens e mulheres, portarem camisinha para aumentar o poder de negociação e/ou imposição do uso desta nas práticas sexuais foi ressaltado pelos participantes P02, P10 e P54.

Esses resultados corroboram conteúdos já discutidos anteriormente referentes às relações de poder exercidas entre homens e mulheres, as quais demonstram forte controle por parte dos homens, fazendo com que as mulheres ainda apresentem baixo poder de negociação e adotem a posição de submissão, deixando a decisão de usar ou não o preservativo a encargo dos homens. Esses achados são corroborados por Spindola *et al.* (2020c), que identificaram que a negociação do uso da camisinha era realizado por apenas 31,65% dos participantes, sendo evidenciada uma baixa adesão para o uso contínuo de preservativo, o que, juntamente com as situações que apontavam fragilidades nas negociações de seu uso, favoreceu a exposição às ISTs. Isso porque, nas relações afetivas e sexuais, as mulheres, muitas vezes, são silenciadas culturalmente e não apresentam ou possuem pouco poder de negociação. Esse mesmo comportamento pode ser percebido em relação ao uso de preservativo em seus intercursos sexuais.

O conhecimento das questões relacionadas às práticas sexuais de jovens universitários, bem como as condutas sexuais adotadas, ainda é insatisfatório. É traduzido como CSR, com relações sexuais desprotegidas, consumo concomitante de álcool/ drogas, não procura pela utilização dos serviços de saúde e desconhecimento do histórico de ISTs, considerando a baixa rotina de testagem para HIV/aids e demais ISTs. Desse modo, percebe-se que não existe um comportamento sexual padrão sem a compreensão do contexto em que ele foi gerado. Para se compreender as condutas sexuais dos jovens universitários, é necessário entender o

contexto social e cultural onde elas emergiram, ou seja, perceber, analisar e refletir todos os marcadores sociais e os aspectos transculturais dos comportamentos adotados pelos estudantes em suas práticas sexuais, como jovens universitários.

A aposta na educação sexual é premente e envolve não só os cuidados de saúde, mas também as universidades e a sociedade em geral, de forma a travar as consequências que podem ser decorrentes de condutas sexuais inseguras. Desse modo, destacam-se as atividades de educação em saúde como indispensáveis, as quais devem ser alvo das políticas públicas e das ações dos profissionais de saúde. Em relação às práticas sexuais, faz-se necessário o reconhecimento e a compreensão dos conhecimentos, valores, da cultura, das atitudes e crenças que subsidiam as práticas sexuais individuais e em grupo. Isso decorre da necessidade de contextualizar os saberes e comportamentos sociais, de forma alinhada às práticas preventivas relacionadas às ISTs exercidas por universitários, abarcando as questões envolvidas no contexto sociocultural (MARINHO, 2020). E assim com a realização de práticas educativas onde os jovens possam analisar seus roteiros sexuais e perceber que são estilos de vida que os deixam vulneráveis, poderão gerar reflexões e formas de mudanças de condutas visando a adoção de comportamentos sexuais mais seguros.

#### **5.4 Repensando o cuidado de Enfermagem e as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva transcultural**

A estratégia metodológica do tipo incorporada, concomitante, adotada na presente tese, possibilitou conhecer, aprofundar e conectar as ideias dos jovens universitários, bem como compreender as informações e os conhecimentos que estes possuem a respeito das ISTs e de suas formas de prevenção e estabelecer as possíveis relações destas com os comportamentos e práticas sexuais desses estudantes. Esses conhecimentos, como também as práticas sexuais a respeito da prevenção de ISTs, foram refletidos à luz do processo de construção do conhecimento e seus marcadores sociais, numa perspectiva transcultural, conforme esquema- síntese apresentado na Figura 8.

Destaca-se a gravidade que os resultados da presente tese evidenciaram, a superficialidade do grau de conhecimento dos jovens universitários em relação às ISTs e suas estratégias preventivas, visto que não houve significância observada no cruzamento com nenhum dos marcadores sociais (Tabelas 3 e 4). Somados ainda às múltiplas evidências de

vulnerabilidades e à adoção de CSRs constatados na análise das práticas sexuais que foram influenciadas pelos marcadores sociais (renda- maior risco para pobres/vulneráveis e alta classe alta, prática religiosa- maior risco para não religiosos e matriz religiosa- menor risco para evangélicos) (Tabela 5), justificam-se as demandas emergenciais por práticas educativas.

Figura 8 - Organograma explicativo do delineamento de método misto do tipo incorporado concomitante. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Fonte: O autor, 2022.

Foram observadas ainda práticas sexuais relacionadas ao uso do preservativo (Tabelas 6, 7 e 8), sendo as significâncias estatísticas encontradas para: 1) Todas as práticas sexuais sendo o maior uso de preservativo relacionado a(o): sexo- homens e; classe social - média classe média usa mais e a alta classe média usa menos esse método de barreira; 2) Parcerias sexuais fixas sendo o maior uso de preservativo observado entre: sexo- homens; idade- jovens de 18-24 anos; orientação sexual- heterossexuais e matriz religiosa- católicos; 3) Parcerias sexuais casuais com maior uso da camisinha conforme: sexo- homens; renda- baixa classe alta e prática religiosa- religiosos.

O uso de álcool e outras drogas, como SPAs, que são fatores corroborantes à ocorrência de práticas sexuais e capazes de influir sobre a adoção de CSRs, apresentou correlação com os indicadores sociais, sendo mais frequentes: sexo- homens; cor da pele autodeclarada- amarela e preta; orientação sexual- bissexuais; classificação da renda- alta

classe alta; prática religiosa- não religiosos e matriz religiosa- evangélicos e católicos que relataram consumirem menos álcool e outras drogas em relação às demais religiões (Tabela 9).

A busca por atendimento em saúde apresentou correlação com os seguintes marcadores sociais, sendo a maior utilização desses serviços associada a(o): sexo- mulheres; cor da pele autodeclarada- amarela; orientação sexual- bissexuais; prática religiosa- religiosos e matriz religiosa- espíritas (Tabela 10). Em relação ao histórico de ISTs, foi observada uma relação com a idade, sendo mais frequente entre jovens com idade de 25 a 29 anos (Tabela 11). Por fim, a testagem para HIV/aids relatada pelos jovens universitários apresentou correlação com a orientação sexual, sendo mais frequente entre os homossexuais (Tabela 12).

Diante da síntese dos resultados estatísticos apresentados, os quais foram corroborados pelos conteúdos discursivos da análise lexográfica, elucida-se a importância dos marcadores sociais e sua influência sobre as práticas sexuais adotadas pelos jovens universitários. Tendo em vista as múltiplas informações presentes nos discursos dos participantes, nota-se que o conhecimento não foi convertido em um saber útil capaz de nortear as práticas sexuais adotadas pelos estudantes, sendo necessário, portanto, repensar as práticas educativas e as estratégias de estímulo as ações de (auto)cuidado numa perspectiva teórica de enfermagem e do processo de construção do conhecimento.

Acrescenta-se, outrossim, que o cuidado de enfermagem e as práticas educativas devem ser viabilizadas no contexto universitário e direcionadas as ações de prevenção de ISTs, como importante vertente da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, as práticas educativas devem abordar, a sexualidade, o prazer, o desejo, o orgasmo, ou seja, questões do plano mais subjetivo para além da informação sobre as ISTs, das práticas sexuais e dos CSR (BRASIL, 2007c; 2010c; 2010d).

Ter conhecimento não se traduz em mudança de comportamento, a menos que este seja considerado útil, ou seja, valorado pelo indivíduo como necessário e capaz de modificar suas condutas. Constata-se na discursividade da maioria dos jovens, uma contradição entre as informações que possuem contrapostos a autopercepções de situações vinculadas ao prazer sexual, demonstrando uma preferência pela adoção de CSR justificados pelo julgamento individual de que assim terá maior prazer. Aqui, destacam-se, importantes fatores de vulnerabilidades individuais e grupais dos jovens universitários vinculadas ao exercício de suas práticas sexuais, sendo estas percepções ancoradas por outros autores (BRASIL, 2008c; 2010c; 2017c; PAIVA, 2012).

Reitera-se a importância em se abordar nas práticas educativas de forma contínua

como forma de se promover e garantir os direitos sexuais e reprodutivos destes jovens, reconhecendo-os como direitos humanos que devem ser garantidos a toda a população, a qual incluem os jovens (BRASIL, 2007c; 2008c; 2010c; 2010d; 2017c; PAIVA, 2012).

Neste sentido, evidencia-se que a realização de encontros com abordagens educativas no ambiente de ensino possibilitam a conscientização de jovens sobre a prevenção de HIV/IST, tornando-os multiplicadores de informações e conhecimento dentre seus pares (SANTOS *et al.*, 2021). Acrescenta-se ainda evidência de que, a construção de um guia norteador dos encontros educativos, constitui-se em um dispositivo útil para a reflexão e diálogo entre os jovens capaz de fortalecer a educação entre pares no espaço de ensino de modo a abarcar as questões de sexualidade e da prevenção de ISTs (KOPTCKE *et al.*, 2017).

Diante das reflexões apresentadas, faz-se necessária uma releitura dos resultados da presente investigação de forma reflexiva sobre a perspectiva teórica de Madeleine Leininger para se considerar o *Sunrise Model*, os marcadores sociais do conhecimento e as práticas sexuais dos estudantes universitários.

A escolha do referencial de Leininger deveu-se ao fato de as estruturas sociais e a acomodação cultural de como lidar com o processo saúde/doença influenciarem os padrões de cuidado, suas expressões, decisões e ações profissionais (preservação, manutenção, acomodação e negociação) por meio da repadronização e da reestruturação de cuidados, agregando coerência do cuidado cultural (LEININGER, 2006).

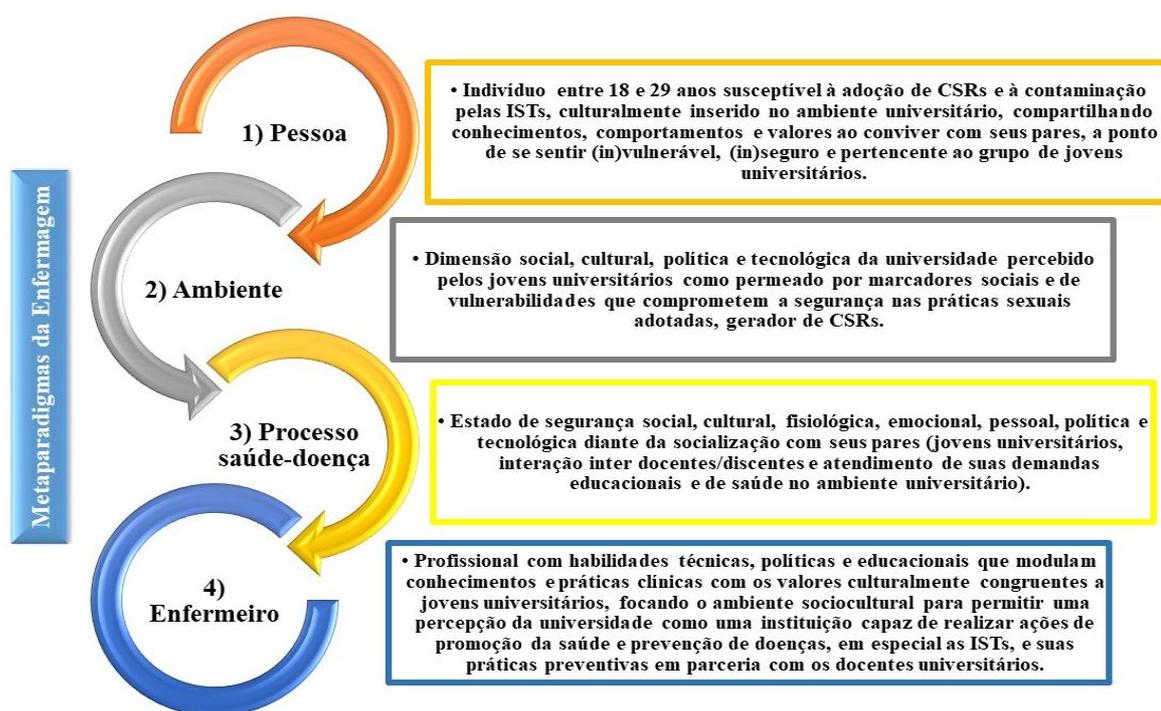
Diante da perspectiva transcultural apresentada por Leininger, destaca-se que a sexualidade precisa ser compreendida como uma produção cultural e social, na qual as formas de viver os prazeres e desejos ligados ao sexo não são proporcionadas pela natureza, mas existe uma complexa combinação de sentidos, representações e atribuições que efetivamente vão constituí-las. A individualidade sexual é, portanto, um conjunto resultante do desenvolvimento humano, composto de fatores históricos, culturais e sociais, e é exercida através dos mitos, tabus e relações de poder. Salienta-se que as práticas sexuais são conduzidas segundo as relações interpessoais e individuais, vivenciadas em cada etapa da vida de uma pessoa (TEIXEIRA, 2015; MARINHO *et al.*, 2022).

Outrossim, foi possível ainda a, a transposição de alguns conceitos da teoria de Leininger (1977) para a presente investigação abarcou: a) Cultura: envolve os valores, crenças, normas e práticas de vida de jovens universitários, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam seus conhecimentos, formas de pensar, suas decisões e práticas sexuais de forma padronizada; b) Visão de mundo: maneira pela qual os estudantes universitários olham para os grupos sociais e as composições de mundo; c) Estrutura social:

envolve a dinâmica dos fatores estruturais/organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura ou sociedade, como, por exemplo, o contexto universitário, que influem na maneira como funcionam esses fatores (familiares, culturais, religiosos, políticos, econômicos, educacionais e tecnológicos) de modo a darem ordem e sentido culturalmente aceito e congruente; d) Contexto ambiental: é a totalidade de um acontecimento, uma situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, que incluem as interações sociais com as dimensões (físicas, emocionais, ecológicas e culturais), como, por exemplo, as particularidades envolvidas na fase universitária vivida pelos jovens; e) Imposição cultural: são os esforços mobilizados na imposição de valores, crenças e comportamentos culturais a pessoa, família ou grupo, como, por exemplo pontos de vistas culturais, sociais, religiosos, políticos e de estrutura familiar.

A transposição do metaparadigma de Leininger (1978) para a presente investigação possibilitou deduzir os conceitos essenciais conforme apresentado na Figura 9.

Figura 9 - Transposição dos metaparadigmas da enfermagem segundo Leininger. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022



Nota: Esquema elaborado com base em Leininger (1978).  
Fonte: O autor, 2022.

Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem poderão ser culturalmente satisfatórios, contribuir para o bem-estar dos indivíduos, familiares, grupos e comunidades dentro do contexto ambiental. Se as pessoas recebem cuidados incongruentes com suas crenças, valores

e modo de vida, poderão apresentar sinais de conflitos culturais, estresses e preocupações éticas e morais, resultando em não adesão às práticas de autocuidado e/ou cuidado profissional (LEININGER, 1978, 1991).

Assim são propostas três formas para realização do cuidado transcultural, a saber: a preservação/manutenção cultural do cuidado; a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado, que são modos de implementação do cuidado de enfermagem (LEININGER, 1978, 1995). A realização deste cuidado transcultural e congruente leva em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas, fato que implica tomada de decisões e planejamento de ações de como o cuidado deverá ser provido e reavaliado continuamente (GEORGE, 2000; MELO, 2015, BRANDÃO, 2021).

Desse modo, a preservação/manutenção se constitui nos cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, que são benéficos ou mesmo inócuos para a sua saúde (LEININGER, 1978, 1995). Aqui cabe uma aproximação com os jovens universitários de modo a identificar e estimular a manutenção de comportamentos sexuais mais seguros e de estratégias de prevenção de ISTs adotadas pelos mesmos, os quais são justificados pelo conhecimento de múltiplas informações oportunas que foram adquiridos via contatos sociais (familiares, religiosos, escolares e com seus pares).

A acomodação/negociação são as ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais (LEININGER, 1978, 1995). Espera-se que, com o acesso a novas informações, o conhecimento possa ser construído como um saber útil capaz de modificar os comportamentos dos jovens universitários a partir da compreensão do contexto transcultural e seus marcadores sociais, de modo a se reconhecerem como sexualmente vulneráveis, aprenderem a acomodar suas práticas sexuais para negociarem os CSRs a fim de controlá-los e reduzi-los.

E a repadronização/reestruturação são as ações e decisões que visam facilitar, dar suporte aos indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou modificar seus modos de vida em busca de uma nova proposta ou em direção ao diferente de forma a se beneficiar com os padrões de cuidado à saúde disponíveis (LEININGER, 1978, 1995). Nesse sentido, os jovens universitários recebem intervenções e cuidados profissionais (enfermeiros e/ou discentes atuantes na IES) de modo a estimular a autonomia dos estudantes com a troca/substituição de CSRs a fim de adotarem comportamentos sexuais mais seguros e gerenciarem suas vulnerabilidades mediante o processo de construção do conhecimento, como um saber útil, a respeito das ISTs e das formas de prevenção das infecções de transmissão sexual. Dessa

forma, estarão sensibilizados e mobilizados a modificar seus comportamentos, direcionando suas condutas sexuais para que sejam mais seguras para si e para seus parceiros sexuais.

Outrossim, na perspectiva de um cuidado culturalmente congruente com as dimensões educacionais; políticas e legais; tecnológicas e econômicas, necessita ser considerada na estrutura cultural e social (LEININGER, 2006) e contextualizada a realidade do universo das IESs. O ambiente universitário foi reconhecido pelos estudantes como favorável à adoção de CSRs. Essa percepção individual e coletiva pode ser justificada pelas dimensões tecnológica; religiosa; social; cultural e de modos de vida; além de educacionais, cuja acomodação requer a remodelação de modo de vida; a inserção de tecnologias assistenciais para os jovens universitários; políticas públicas que tornem o ambiente universitário seguro; além da adequação da universidade e de seus docentes para a construção e viabilização efetiva da perspectiva de que a universidade seja vista e reconhecida como uma instituição promotora da saúde.

Para Leininger (1981), os pressupostos que desafiam a Enfermagem a descobrir em profundidade o cuidado como um fenômeno transcultural são: a) o cuidado humano é um fenômeno universal, mas a sua expressão, o processo e o modelo a ser executado variam entre as culturas, possuindo particularidades envolvidas em cada contexto inserido, como o dos estudantes na fase universitária; b) cada situação de cuidado de enfermagem tem, no cuidado transcultural, um padrão de comportamento, de necessidades e de implicações; desse modo os jovens universitários possuem um padrão de comportamento sexual padronizado; c) o ato e o processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sua sobrevivência, ressaltando-se a importância das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por enfermeiros no contexto universitário; d) o cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem, definindo-se o papel e o significado de os profissionais de enfermagem se inserirem na execução das práticas educativas nos ambientes escolares e universitários; e) o cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, que podem ser estudadas, praticadas no sentido de prover um cuidado holístico para as pessoas, demonstrando assim a multidimensionalidade do cuidado profissional, que possui múltiplos marcadores, determinantes e fatores intervenientes; f) o comportamento de cuidado transcultural, as formas e processos têm ainda que ser verificados em diversas culturas, quando este corpo de conhecimentos que é obtido tem potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem, ou seja, não se pode generalizar a prescrição do cuidado que deve ser testado e readaptado a cada realidade, a exemplo das abordagens distintas entre adolescentes escolares e jovens

universitários, atendendo-se as suas particularidades; g) o oferecimento de cuidados terapêuticos pelo enfermeiro embasado em conhecimentos a respeito dos valores culturais, crenças e práticas das pessoas cuidadas, a exemplo das múltiplas linhas-guias de cuidado, como a abordagem dos jovens; h) os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura; desse modo, os comportamentos sexuais mais seguros e/ou CSRs são determinados pelos marcadores sociais e aspectos transculturais; i) a identificação de comportamentos universais e não universais, cuidados populares e cuidados profissionais, crenças e práticas é importante para o avanço do corpo de conhecimentos de enfermagem; desse modo, ao se avaliar cada subjetividade, a exemplo das demandas de cuidados na saúde sexual e reprodutiva de jovens universitários, estes se traduzem em contributos ao conhecimento científico; j) a existência de diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e os processos envolvidos, ou seja, cada pessoa é única e reage de forma particular às intervenções e cuidados recebidos e; k) a inexistência de cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura, ou seja, numa transposição, a maioria das ISTs possuem cura, mas todas possuem um bom prognóstico desde que garantida a adesão a todas as estratégias de cuidados e tratamentos acessíveis.

Constatou-se que o grau de conhecimento dos jovens universitários investigados foi superficial, ou seja, o conhecimento não se converte em um saber útil, capaz de modificar suas condutas sexuais em prol da adoção de comportamentos sexuais mais seguros, apesar de os estudantes explanarem possuir múltiplas informações sobre as ISTs e até mesmo sobre as práticas de prevenção destas. Em razão desses resultados, faz-se necessário prenunciar que as IESs pecam em relação ao papel desta e de seus discentes no processo de construção do conhecimento científico sobre as mais variadas temáticas, com destaque para as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a exemplo da abordagem das práticas sexuais e da prevenção de ISTs.

Destarte, a função de um professor é formar sujeitos, para que estes sujeitos possam formar conhecimentos e estes novos saberes formados possam transformar o mundo em que eles habitam. Desse modo, busca-se modificar a sua realidade a partir de adequações dos modos de ver e viver o mundo, mediante a assunção de novos comportamentos modulados frequentemente segundo a ampliação do seu constructo de conhecimentos (FREIRE, 2006). Isso porque as elaborações mentais são construídas socialmente através da dinâmica entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto de conhecimento para favorecer a compreensão de comportamentos, valores e conhecimentos dos sujeitos (MOSCOVICI, 2017). Os jovens

universitários só irão adquirir maturidade intelectual para associar as informações que possuem, seus conhecimentos sobre as ISTs e formas de prevenção, à medida que forem refletindo sobre seus CSRs e experienciando suas práticas sexuais, para compartilhar esses conhecimentos socialmente (POTTER *et al.*, 2016; YI *et al.*, 2018). Essa necessidade de partilha pode ser aproveitada nas práticas educativas, de modo a torná-las mais interativas, participativas e problematizadoras (FREIRE, 2006).

Compreende-se assim que quem aprende é um sujeito que precisa ser respeitado em sua posição de sujeito e que todas as pessoas que aprendem trazem consigo jornadas, vivências, crenças e valores e que, a partir daí, é que o docente irá trabalhar. Ninguém é uma página em branco, desse modo, devem-se respeitar os saberes e entender realidades, compreendendo que a troca de experiências é a melhor forma de se construir conhecimentos e identificar o caminho certo a ser seguido. É preciso compreender que todo sistema de conhecimentos é inacabado e precisa estar em constante processo de aprimoramento e construção (FREIRE, 2006).

Reitera-se a iminente necessidade de repensar as práticas educativas sobre as ISTs e suas formas de prevenção voltadas aos jovens universitários, a fim de que adotem comportamentos sexuais mais seguros. É preciso que esse planejamento considere as influências transculturais e os marcadores sociais (LEININGER, 1981) desses jovens para a viabilização de ações educativas congruentes com as suas demandas de (auto)cuidado no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e que integrem os jovens, seus parceiros sexuais, pais e familiares (BRASIL, 2006a, 2007b, 2010a, 2020b).

A realidade atual de jovens universitários no que tange às práticas sexuais e vulnerabilidade às ISTs pode ser entendida como um processo social em formação (SANTANA, 2017). O futuro é problemático, mas não é inexorável (FREIRE, 2000). O futuro é o que se constrói dele no presente, logo o processo de ensino-educação deve ser repensado. Não existe pesquisar sem ensinar, ensinar sem pesquisar, tampouco educando que não seja educador e educador que não seja educando, pois esses papéis estão em constante diálogo. Quem ensina aprende ensinando. É ensinando que se aprende e quem está aprendendo também pode ensinar algo (FREIRE, 2005).

As IESs precisam reconhecer que educar não é transferir conhecimentos, mas criar espaços em que o conhecimento possa ser produzido e circulado, em que todos tenham a autoria do conhecimento que foi construído pelo coletivo (FREIRE, 2006). No campo da educação, não deve existir falar “para” alguém. Quem fala “para” alguém não educa, só educa quem fala “com” alguém. Apesar de parecer apenas uma posição, fica muito distanciado de

uma ideia de educação horizontal. Uma educação que não é autoritária e acredita não ser necessário alguém deter uma autoridade para que haja educação. Falar “com” é se colocar numa posição que respeita o outro na sua jornada de aprendizagem (FREIRE, 2000; 2006).

Compreende-se, então, que os jovens precisam ser mais ouvidos e, principalmente, estimulados a pensar sobre suas condutas, refletir sobre as mesmas e chegar à conclusão de quais são as prováveis e reais consequências de seus atos. É oportuno que eles aprendam a se autocuidar para dirimir suas vulnerabilidades e remodelar comportamentos, transformando-os em comportamentos sexuais mais seguros pela adoção de práticas preventivas de ISTs, para se tornarem disseminadores do conhecimento dentro e fora do ambiente universitário.

Tal compreensão só é possível mediante os seguintes fatores: 1) Leitura do mundo: deve-se entender que os educandos já detêm algum conhecimento e buscar saber como podem conhecer mais e melhorar seus objetos de indagações; 2) Partilha de mundo: deve-se partilhar as leituras e entender por que uma pessoa é diferente de mim ou de outra pessoa. Isso traz uma bagagem diferente de mim que possibilita ver o mundo com outra perspectiva. Discute-se o significado das informações e das condutas adotadas; 3) Reconstrução do mundo partilhado: depois de ler o mundo e partilhar a leitura, a pessoa propõe de que forma o conhecimento pode transformar a realidade (FREIRE, 2006). Somente assim, os jovens universitários poderão se tornar protagonistas de suas ações de autocuidado no âmbito da saúde sexual e reprodutiva para que seja congruente com seu contexto sociocultural.

A universidade, como instituição promotora da saúde, deve ter o papel de formar pessoas melhores. Cabe lembrar que a educação não muda o mundo, a educação forma novas pessoas que comporão um novo mundo nos seus processos e sujeitos constituintes, de uma outra história e direção. O processo educativo não modela e nem padroniza condutas, mas é um processo de construção, reflexão e valorização da vida.

Por fim, reitera-se que a opção pelo uso da teoria do conhecimento de Johannes Henssen como referencial temático norteador explicita alicerces conceituais que permitiram distinguir o conhecimento (concebido como saber útil e modulador de condutas), das informações (conteúdo que os universitários podem ter tido acesso intencionalmente ou não), e as três etapas do ciclo de aprendizado alicerçaram a compreensão deste processo.

A utilização de um referencial teórico filosófico de Enfermagem, a Teoria transcultural de Leininger, enriqueceu a investigação na medida em que possibilitou utilizar todos os elementos, conceitos e metaparadigmas necessários à compreensão do referencial adotado demonstrando sua aplicabilidade à temática investigada. Este referencial trouxe luz para se compreender o que sabem e como agem os jovens universitários em suas relações

afetivas e sexuais, sinalizando para possíveis comportamentos de vulnerabilidades para aquisição das ISTs decorrentes de seus CSR.

## CONCLUSÃO

Ao analisar os conhecimentos e as práticas sexuais de universitários sobre a prevenção das infecções de transmissão sexual na perspectiva transcultural e de saúde, foi possível identificar os conhecimentos e comportamentos sexuais de universitários e as práticas de prevenção de ISTs adotadas pelos estudantes. Percebeu-se nos achados que os jovens universitários são possuidores de informações sobre a temática, contudo, estas não se convertem em um saber útil capaz de modificar as suas práticas sexuais, permeadas por múltiplos contextos de vulnerabilidades, além da adoção de CSRs.

Ao correlacionar os conhecimentos e as práticas sexuais dos estudantes universitários, segundo os marcadores sociais, observou-se que estes apresentam significância que permeia os comportamentos sexuais adotados pelos jovens quando se avaliam: 1) Práticas sexuais (maior risco para pobres/vulneráveis e alta classe alta e não praticantes religiosos e menor risco entre evangélicos; 2) Uso do preservativo - todas as práticas sexuais, maior uso entre homens, média classe média e menor uso na alta classe média; com parcerias sexuais fixas, maior uso entre homens, jovens de 18-24 anos, heterossexuais e católicos; com parcerias sexuais casuais, maior uso entre homens, de baixa classe alta e praticantes religiosos; 3) Uso de álcool e outras drogas, como fator corroborante para a ocorrência de CSRs, apresentou correlação entre: homens, amarelos e pretos, bissexuais, da alta classe alta, não praticantes religiosos e evangélicos e católicos; 4) Busca por atendimento foi maior entre: mulheres, amarelas, bissexuais, praticantes religiosos e espíritas; 5) Histórico de ISTs foi mais frequente entre jovens com idade de 25 a 29 anos e 6) Testagem para HIV/aids foi mais frequente entre os homossexuais.

Ao discutir as práticas sexuais e de prevenção de ISTs dos universitários na perspectiva do processo de construção do conhecimento, como saber útil para adoção de comportamentos sexuais mais seguros, nota-se que os seus saberes não são capazes de conscientizá-los e mobilizá-los para que possam repadronizar as ações de autocuidado no âmbito da saúde sexual e adotar práticas sexuais mais seguras com uso do preservativo de forma correta, regular e consistente.

Ao identificar as estratégias educativas para prevenção de ISTs dos estudantes universitários, na perspectiva transcultural de Madeleine Leininger, destaca-se que essas propostas devem ser problematizadas, contextualizadas e congruentes às demandas de saúde sexual e reprodutiva do grupo. As ações devem ser viabilizadas por meio de uma parceria entre as IESs, com seu corpo docente e os enfermeiros da Atenção Primária, para que as ações

educativas possam ser inclusivas, discutidas na perspectiva dos próprios estudantes, valorizando seus conhecimentos, as experiências e indicadores sociais que mostram sua vulnerabilidade às ISTs do grupo. Além disso, as ações devem, sempre que possível, procurar incluir pais, familiares e parceiros(as) sexuais. Desse modo, todos os envolvidos irão atuar como verdadeiros impulsionadores da universidade como uma instituição promotora da saúde, no que tange às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito das ISTs.

É perceptível nos achados que, na perspectiva transcultural e de saúde, o conhecimento dos estudantes universitários sobre a prevenção de ISTs não apresenta significância estatística. Emergiram informações a respeito das ISTs e das formas de prevenção no discurso dos jovens investigados, entretanto, não se observou transformação dessas informações em um saber útil, capaz de nortear a adoção de práticas sexuais mais seguras.

As práticas sexuais foram associadas aos marcadores sociais de renda, prática religiosa e matriz religiosa (*p-valor* <0,05). Foram analisadas ainda associações entre o uso de camisinha - em todas as práticas sexuais (sexo e classificação da renda) - com parcerias sexuais fixas (sexo, idade, orientação sexual e matriz religiosa) e casuais (sexo, renda e prática religiosa). O uso de álcool e outras drogas antes das relações sexuais, como fator de risco, foi associado aos marcadores: sexo, cor da pele autodeclarada, orientação sexual, renda, prática e matriz religiosa. A busca por atendimento à saúde apresentou associação com: sexo, cor da pele autodeclarada, orientação sexual, prática e matriz religiosa. O histórico de ISTs teve associação com a idade e a testagem para HIV/aids associou-se à orientação sexual. Os conhecimentos e as práticas sexuais dos universitários remetem a uma predominância de vulnerabilidades relacionadas ao fato de os participantes serem jovens e graduandos do ensino superior e a maioria costuma adotar CSRs associados a marcadores sociais e transculturais.

As ações culturais do cuidado requerem intervenções sobre os fatores determinantes dos comportamentos sexuais para viabilizar padrões e práticas de expressão de autocuidado. Desse modo, é possível preservar/manter condutas sexuais seguras, acomodar e negociar os CSRs na repadronização/reestruturação de práticas sexuais mais seguras para a prevenção de ISTs entre os jovens universitários. Neste sentido, a investigação colabora com a prática profissional da enfermagem, ao apresentar uma lacuna existente no atendimento deste segmento populacional e, identificar componentes de vulnerabilidade no perfil de universitários passíveis de serem preservados/mantidos, acomodados/negociados e repadronizados/estruturados, no planejamento de um cuidado com congruência cultural.

Diante dos resultados apontados, as respectivas correspondentes de nulidade de H1 e H2, ou seja, ambas as H0 foram rejeitadas, considerando que os jovens das IESs investigadas possuem informação sobre as ISTs e práticas preventivas, mas estas não se convertem em um saber útil capaz de subsidiar a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e evitar a ocorrência de ISTs. Os comportamentos sexuais não seguros adotados pelos jovens universitários foram associados aos marcadores sociais do grupo, sendo evidenciado que estes influenciam as condutas sexuais adotadas pelos estudantes de forma interseccional e transcultural.

Consideram-se como contributos da presente tese: 1) O emprego da metodologia mista que proporcionou o alcance de resultados diversificados sobre a mesma temática. Estes foram discutidos na perspectiva de um referencial teórico-filosófico próprio da enfermagem (Teoria Transcultural) além dos marcadores sociais de jovens universitários de modo a abarcar aspectos gerais de interseccionalidade - este referencial trouxe luz para se compreender o que sabem e como agem os jovens universitários em suas relações afetivas e sexuais, sinalizando para possíveis comportamentos de vulnerabilidades para aquisição das ISTs daí decorrentes. Neste sentido, a investigação colabora com a prática profissional da enfermagem, ao apresentar uma lacuna existente no atendimento deste segmento populacional e, identificar componentes de vulnerabilidade no perfil de universitários passíveis de serem preservados/mantidos, acomodado/negociado e repadronizado/estruturado o cuidado com congruência cultural. Tais referenciais/concepções agregaram profundidade às discussões dos resultados; 2) Releitura dos conhecimentos e das práticas sexuais adotadas pelos estudantes, numa perspectiva culturalmente congruente e compreensiva do processo de construção do conhecimento, como um saber útil, capaz de modular as práticas sexuais adotadas de modo alusivo às práticas preventivas de ISTs mediante a adoção de comportamentos sexuais mais seguros; 3) O fato de a investigação ter sido realizada em duas IESs, com 1.256 jovens universitários sexualmente ativos do município do RJ, pode ser considerado capaz de representar um diagnóstico situacional, favorecendo a replicação da investigação em outras IESs de outras regiões do território nacional, em busca de novas evidências quanto a possíveis particularidades de jovens segundo a região e/ou IES investigada. A escolha do ambiente universitário, enquanto cenário da investigação, mostra-se relevante e apropriada à apreensão do objeto da pesquisa na medida em que é um contexto propício à permuta de experiências acadêmicas, sociais e nas relações afetivas e sexuais. Esses contributos podem ser concebidos não apenas na perspectiva do campo de conhecimento da enfermagem, mas também em sua amplitude de resultados e contemplar, ainda, as grandes áreas do saber para profissionais de

saúde da equipe interdisciplinar, saúde coletiva e da educação superior, uma vez que, os jovens em processo de formação superior, serão futuros profissionais nos diferentes campos de atuação com o objetivo social de transformarem a sociedade; 4) Para o grupo de pesquisa, esta tese configura-se em um contributo a ampliação dos conhecimentos sobre a temática investigada trazendo avanços no conhecimento científico a respeito do processo de construção do conhecimento e suas relações com as práticas sexuais de jovens universitários na perspectiva da prevenção de ISTs que é permeado por determinantes transculturais e por marcadores sociais; 5) Capacidade dos resultados e reflexões aqui apresentadas em motivarem o planejamento e a execução de estratégias educativas voltadas ao ambiente universitário via atividades extensionistas, e/ou como parte da grade curricular das diferentes áreas do conhecimento presentes nas duas IES.

A possível limitação desta investigação pode estar associada ao fato de não ter voltado a atenção para a área de conhecimento da formação dos estudantes. Assim, outras investigações poderiam analisar os conhecimentos e comportamentos sexuais de jovens universitários na perspectiva da área do conhecimento de cada subgrupo de estudantes, para verificar se existem distinções. Acrescenta-se, contudo, que os achados desta investigação estão alinhados aos estudos que destacam a importância dos aspectos subjetivos como norteadores da conduta humana, além da influência de fatores culturais e dos determinantes sociais.

Defende-se a seguinte tese: 1) Os jovens universitários possuem informação sobre as ISTs e práticas preventivas, mas estas não se convertem em um saber útil capaz de subsidiar a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e evitar a ocorrência de ISTs; 2) Os comportamentos sexuais não seguros, adotados pelos jovens universitários, são associados aos marcadores sociais que determinam as condutas sexuais de forma interseccional e transcultural e 3) Essa problemática epidemiológica, educacional e de saúde relacionada a ocorrência de ISTs, resultante das múltiplas vulnerabilidades envolvidas nas práticas sexuais dos jovens universitários, poderia ser reduzida se as IESs, na qualidade de instituições promotoras da saúde, desenvolvessem ações educativas problematizadas, atraentes e envolventes aos jovens, seus familiares e parceiros(as) sexuais para a construção de um conhecimento sobre as ISTs e práticas preventivas, para que se pudessem converter as informações, vivências e experiências em um saber útil capaz de remodelar os comportamentos dos jovens universitários.

É oportuno, portanto, que sejam realizadas novas investigações sobre a temática, voltadas aos jovens universitários, as quais poderiam investir em diferentes delineamentos

metodológicos, com destaque para o método misto com triangulação dos resultados, para contribuir com o conhecimento científico e retratar outras subjetividades relacionadas aos conhecimentos e comportamentos sexuais dos estudantes. Considera-se, assim, que os conhecimentos e comportamentos recebem influência direta de sentimentos e emoções associados à afetividade, não sendo um ato mecânico, mas permeado por diversos marcadores sociais, transculturais e permeados por múltiplos contextos de vulnerabilidades.

## REFERÊNCIAS

- ABEBE, K. Z.; JONES, K. A.; ROFEY, D.; MCCAULEY, H. L.; CLARK, D. B.; DICK, R.; et al. A cluster-randomized trial of a college health center-based alcohol and sexual violence intervention (GIFTSS): Design, rationale, and baseline sample. **Contemp. Clin. Trials**, v. 1, n. 65, p. 130-43, Fev, 2018.
- ABIODUN, O.; SOTUNSA, J.; ANI, F.; JAIYESIMI, E. Knowledge of HIV/Aids and predictors of uptake of HIV counseling and testing among university student students of a privately owned university in Nigéria. **BMC Res. Notes.**, v. 7, n. 1, p. 639-46, Set, 2014.
- ALMEIDA, L.; CASTRO, R. V. **Ser estudante no ensino superior: As respostas institucionais à diversidade de públicos.** Centro de Investigação em Educação (CIED). Instituto de Educação. Universidade do Minho. 2017.
- ALVES, M. M. S.; PAGAN, A. A. Correlation between emotional balance and vulnerability to STI/aids in a study on school performance with adolescents. **R. Educ. Públ.**, Cuiabá, v. 28, n. 69, p. 793-819, Jun, 2019.
- AMSTEL, N. A. V.; QUITZAU, E. A.; SILVA, M. M. E. The body as the residence of the holy spirit: education of the body in the work of Benjamin Franklin (1732-1790). **Rev. Bras. Hist. Educ.**, Maringá, v. 21, p. e146, 2021.
- ANDRADE, B.; PEDEBOS, L. A.; SILVA, A. C. S.; AMANTE, L. N.; PAES, L. G.; PAESE, F. Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Diseases performed by nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. e2755, Jan/Dez, 2022.
- ANGRIST, N.; MAATSHABA, M.; GABAITIRI, L.; ANABWANI, G. Revealing a safer sex option to reduce HIV risk: a cluster-randomized trial in Botswana. **BMC Public. Health**. v. 19, n. 1, p. 610, Mai, 2019.
- ARREGUY-SENA, C.; DUTRA, H. S.; MELO, L. D.; PINTO, P. F.; SOUZA, L. C.; SPINDOLA, T. Double-blind clinical trial in the teaching-learning process of toracic compressions. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 10, n. 30, p. 12-23, Jun., 2020.
- ASANTE, K. O. HIV/Aids knowledge and uptake of HIV counselling and testing among undergraduate private university students in Accra, Ghana. **Reprod. Health**, Gana, v. 10, n. 1, p. 17-28, 2013.
- AUFRANC, A. B. Expressões da sexualidade: um olhar junguiano. **Junguiana**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 37-48, 2018.
- AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA, I.J.R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; DELLA NEGRA, M.; et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/aids. **Am J Public. Health**, v. 66, n. 6, p. 1001-6, Jun, 2006.
- BELARMINO, V. H.; DIMENSTEIN, M. D. B. Urban gay city experience: an integrative review. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 3, p. e11461, 2021.

BARBOSA, D. J.; TOSOLI, A. M. G.; PEREIRA, M. G.; MELO, L. D.; PAES, L. S.; SOARES, G. O. Social representations of drug users for the catholic church: the implications for their care. **Rev. Enferm. UFPE**, Santa Maria, v. 15, p. e244507, 2021.

BARBOSA, L. U.; LOPES, C. S. C. L.; DE SOUSA, B. S. A.; FOLMER, V. The silence of family and school at the challenge of sexuality in adolescence. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 12, n. 2, p. 31-49, Ago, 2019.

BERGER, P. L.; LUCKMAN, T. **Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana**. In: BAUMAN, Z. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes, 2006.

BERNARDES, M. M. R.; PORTO, F. R.; SANTOS, É. I.; GOMES, A. M. T. Imagetic analysis method: Cazuza as an iconic image for Aids in the 1980's in Brazil. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 183-194, 2015.

BIANCA, P. A. T.; ALESSANDRA, V. D.; SÁ-JÚNIOR, A. R. Drug use among undergraduate students: a national perspective. **Rev. Med. Saúde Brasília**, v. 7, n. 1, p. 52-60, Jan-Abr, 2018.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. Policies in health assistance for students in federal institutes and universities. **Psicol. Esc. Educ**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 543-49, Set/Dez, 2016.

BOLLE, M.; FRUYT, F. D.; MCCRAE, R. R.; LOCKERNHOFF, C. E.; COSTA-JÚNIOR, P. T.; AGUILAR-VAFAIE, M. E.; et al. The emergence of sex differences in personality traits in early adolescence: a cross-sectional, cross-cultural study. **J Pers. Soc. Psychol.**, v. 108, n. 1, p. 171-85, Jan, 2015.

BORAWSKI, E. A.; TUFTS, K. A.; TRAPL, E. S.; HAYMAN, L. L.; YODER, L. D.; LOVEGREEN, L. D. Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. **J Sch. Health.**, v. 85, n. 3, p. 189-96, Mar, 2015.

BORGES, M. R.; SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; LIPPI, U. G. Sexual behaviour among initial academic students. **J. Res. Fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2505-15, Abr/Jun, 2015.

BOUDOVA, S. V.; MARTINEZ-VEGA, I. P. M.; INFANTE-CASTAÑEDA, C.; PÉREZ-CUEVAS, R. Effects of an internet-based educational intervention to prevent high-risk sexual behavior in Mexican adolescents. **Health Educ. Res.**, v. 32, n. 6, p. 487-498, Dez, 2017.

BRAGA, R. M. O.; LIMA, T. P.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SPINDOLA, T.; MARQUES, S. C. Social representations of HIV/Aids for people living with the syndrome. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e15123, 2016.

BRANDÃO, Juliana de Lima. **A representação social das cirurgias espirituais na Umbanda para médiuns umbandistas do ritual bantu-ameríndio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. **Índice geral das grandes áreas e subáreas do conhecimento.** Tabela das Áreas de Conhecimento (CAPES)- 2022a. Disponível em:  
[http://fisio.icb.usp.br:4882/posgraduacao/bolsas/capesproex\\_bolsas/tabela\\_areas.html](http://fisio.icb.usp.br:4882/posgraduacao/bolsas/capesproex_bolsas/tabela_areas.html)

\_\_\_\_\_. **Federação dos Trabalhadores das Indústrias da Construção e do Mobiliário do Estado do Paraná - Fetraconspar.** - 2022b. Disponível em:  
[http://www.fetraconspar.org.br/01backup/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28483:veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil&catid=169:brasil&Itemid=82](http://www.fetraconspar.org.br/01backup/index.php?option=com_content&view=article&id=28483:veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil&catid=169:brasil&Itemid=82)

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Relatório de atividades Inep 2020** [recurso eletrônico]. – Brasília : Inep, 2021. 124 p. :il. Disponível em:  
[https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/gestao\\_e\\_governanca/relatorio\\_de\\_atividades\\_2020.pdf](https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/gestao_e_governanca/relatorio_de_atividades_2020.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI SRTVN. **Boletim Epidemiológico 2020.** Brasília; 2020a. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv\\_aids-2020-internet.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis- PCDT-IST 2020 - Versão Revisada.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): MS, 2020b. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt\\_ist\\_final\\_revisado\\_020420.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária a Saúde - Versão 9.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): MS, 2020c. Disponível em:  
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde : 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020d. 85p. Disponível em:

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019.** IBGE, 2019. Disponível em:  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: MS, 2018b. 26p.: il. ISBN 978-85-334-2680-1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Censo de Educação Superior 2017. Divulgação dos Principais Resultados** [recurso eletrônico]. Diretoria de Estatísticas Educacionais – Brasília: MS, 2018c. 58p.: il. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=97041-apresentac-a-o-censo-superior-u-ltimo&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=97041-apresentac-a-o-censo-superior-u-ltimo&Itemid=30192)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: MS, 2017a. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/biosseguranca/item/816-diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao-a-saude>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html9](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html9)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. – Brasília: MS, 2017c. 234 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) na população brasileira 2013**. [Internet] Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da Juventude**. 2. Ed. [Internet] Brasília: 2015. Disponível em: <http://adolescencia.org.br/site-pt-br/estatuto-da-juventude>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília (DF); 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: MS, 2013a, 120p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_atencao\\_integral\\_hiv.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf)

BRASIL. **Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE, 2013b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-DF 2013c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva**. Brasília: MS; 2011. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unesco/saude\\_prevencao\\_nas\\_escolas\\_2011.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unesco/saude_prevencao_nas_escolas_2011.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: MS; 2010a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico da População Brasileira**. 2010b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9754&t=sobre>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Gêneros: adolescentes e jovens para a educação entre pares: saúde e prevenção nas escolas**. - Brasília: MS, 2010c. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia\\_generos.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_generos.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Metodologia de educação entre pares: adolescentes e jovens para a educação entre pares - saúde e prevenção nas escolas**. - Brasília: MS, 2010d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. - Brasília: MS, 2009. 52p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípio e diretrizes**. Brasília (DF): MS; 2008a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília (DF): MS; 2008b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares. Brasília (DF): MS; 2008c. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_prevencao\\_hiv\\_aids\\_comunidades.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf)

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Brasília, DF; 2007a. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília (DF): MS; 2007b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Centro de Referência e Treinamento DST/aids.

**Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: bochuras de referência para os profissionais de saúde**. Série: Prevenção às DST/aids. Brasília (DF): MS; 2007c. Disponível

em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage///cartilhas\\_para\\_prevencao\\_de\\_dstaids\\_em\\_jovens\\_.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage///cartilhas_para_prevencao_de_dstaids_em_jovens_.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco Teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: MS; 2006a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco\\_teorico\\_saude\\_reprodutiva\\_jovens.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_teorico_saude_reprodutiva_jovens.pdf)

BRASIL. Conselho Nacional de Juventude (CNJ). **Política Nacional de Juventude:**

**diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, Fundação Friedrich Ebert, 2006b. Disponível em: <https://atlasdasjuventudes.com.br/biblioteca/politica-nacional-de-juventude-diretrizes-e-perspectivas/>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípio e diretrizes**. Brasília (DF): MS; 2004. Disponível em:

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Lei n. 9.394 de 20 de dezembro, 1996**. Dispõe sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF; 1996. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm)

BRASIL **Lei nº 7.498/86, de 25/06/1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da

enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)

BRANDT, G. P.; OLIVEIRA, A. P. R.; BURCI, L. M. Hormonal contraceptives today, a new paradigm for family planning. **Revista Gestão & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I.; AMORIM, L.D.; KERR, L.R.F.S. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-14, Mai, 2015.

- BUARQUE, Cristovam. **A universidade na encruzilhada**. Editora Unesp, 2020.
- BUSIN, V. M. Religião, sexualidades e gênero. **Rever - Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 105-124, Jan-Jun, 2011.
- CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G. Uma abordagem histórica e conceitual da Aids: novas perspectivas, velhos desafios. **Psicopedagogia Online**, v. 1, p. 1-6, 2009.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: a free software for analysis of textual data. **Temas Psicol.**, v. 21, n. 2, p. 3-18, 2013.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, 2017.
- CAMPOS, H. M.; NOGUEIRA, M. J.; FONSECA, M. C.; SCHALL, V. T. Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. **Rev. Adolesc. Saúde.**, v. 13, supl. 2, p. 26-32, 2016.
- CARDOSO, E. M. S.; SAPALO, A. T.; SANTOS, J. R. C. The extension at the Katyavala Bwila University as a space for expanding the teaching-learning process: experiences in the period of 2015-2018. **Revista Angolana de Extensão Universitária.**, v. 1, n. 1, p. 02-12, 2019.
- CARVALHAES, F.; RIBEIRO, C. A. C. Horizontal opportunities in access to higher education in Brazil: socioeconomic status, gender and race in a context of educational expansion. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 31, p. 195-233, Jan-Abr, 2019.
- CARVALHO, A. P. N.; CARMO, G. M. O instituto do casamento revisitado sob os moldes da constitucionalização do direito civil brasileiro. **Revista Jurídica Cesumar**, Maringá, v. 18, n. 6, p. 479-96, Mai-Ago, 2019.
- CASTRO, E. L.; CALDAS, T. A.; MORCILLO, A. M.; PEREIRA, E. M. A.; VELHO, P. E. N. F. Awareness and education regarding sexually transmitted diseases among undergraduate students. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 1975-84, Jun, 2016.
- CASTRO, S. S.; SCATENA, L. M.; MIRANZI, A.; MIRANZI, A. N.; CAMARGO, F. C.; NUNES, A. A. HIV/aids case definition criteria and association between sociodemographic and clinical aspects of the disease reported in the State of Minas Gerais from 2007 to 2016. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 51, n.1, P.427-35, Jul-Ago, 2018.
- CHAGAS, D. N. P.; CASTRO, E. A. B.; ROSA, A. S.; OLIVEIRA, P. M.; TAVARES, T. O. P.; MELO, L. D. Reflecting on assistance in the Street Clinic. **Enferm. Bras.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 163-6, Out-Dez, 2020.
- CHAVES, J. C. Juvenile Affective-Sexual Practices: Between Superficiality and Romantic Deepening. **Psicol. Soc.**, Pernambuco, v. 28, n. 2, p. 320-30, Mai-Jun, 2016.

COLOMÉ, J. S. et al. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** In: COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. Grupo focal como técnica de coleta de dados: questões teóricas e práticas. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 433-450.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Care process in the health field: ontology, hermeneutics and teleology. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 553-63, Jul-Set, 2017.

COSTA, A. S.; ALMEIDA, P. F. Vulnerabilidades y descentralización de acciones de atención al VIH/sida para la atención primaria de salud. Noreste, Brasil, 2019. **Rev. Gerenc. Polit. Salud.**, Bogotá, v. 20, p.1-15, Dez, 2021.

COSTA, F. V.; PINTO, A. A. Liberdade religiosa e direito fundamental à não discriminação em razão da orientação sexual. **Revista Jurídica da FA7**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 93-115, Jan-Abr, 2021.

COUTO, P. L. S.; PAIVA, M, S.; OLIVEIRA, J. F.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, A.; TEIXEIRA, B. S. Sexuality and HIV prevention: consensus and dissent of Catholic youths. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 36, n. 2, p. e06, Jun, 2018.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos: Série Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Penso Editora. 2015.

DANTAS, K. T. B.; SPINDOLA, T.; TEIXEIRA, S. V. B.; LEMOS, A. C. M.; FERREIRA, L. E. M. Young academics and the knowledge about sexually transmitted diseases - contribution to care in nursing. **J. Res. Fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 3020-36, Jul-Set, 2015.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde Mental e Racismo: A atuação de um Centro Psicossocial em um CAPS II Infantojuvenil.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

DEUS, A. P. V.; VILA, V. S. C. The HIV Diagnostic Process in the Context of Stable Relationships: Interpretive Description. **New Trends in Qualitative Research**, v. 9, n. 1, p. 327-35, 2021.

DIAS, Julia Santos Rodrigues. **Entre princesas, príncipes e armas: os estereótipos de gênero na infância, da publicidade ao governo Bolsonaro.** Airton Carlos Batistela, p. 191, 2020.

DÍAZ-CÁRDENAS, S.; ARRIETA-VERGARA, K.; GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, F. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados em salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios em Cartagena, Colombia, 2012. **Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.**, v. 65, n. 1, p. 22-31, 2014.

DOURADO, C. S.; FUSTINONI, S. M.; SCHIRMER, J.; SOUZA, C. B. Body, culture and meaning. **J Hum. Growth Dev.**, v. 28, n. 2, p.2016-12, 2018.

DUARTE, A. J. Religion and Sexual Behavior: Christian Conceptions about Sexuality. **Rev. Relegens Thréskeia**, v. 6, n. 1, p. 74-98, 2017.

- DUARTE, L. T.; SILVA, D. B. N.; BRITO, J. S. A. Paradata analysis of the 2010 Population Census: investigation of factors associated with nonsampling errors in the data collection stage. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 679-701, Dez, 2016.
- ENGLER, K.; ROLLET, K.; LESSARD, D.; THOMAS, R.; LÉBOUCHÉ, B. Explaining the presence of “heterosexual” female clients of a rapid HIV testing site located in the gay village of Montreal, Quebec. **J Prim. Care Community Health.**, v. 7, n. 2, p. 122-9, 2016.
- FACURE, O. N. **O Cérebro e a Mente: uma conexão espiritual**. 4 ed. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda, 2015.
- FANTINO, Marcelo. **Métodos de pesquisa**. PPGSI - EACH - USP 2015. São Paulo: USP, 2015.
- FARIAS, A. G. S.; JOAQUIM, D. C.; BENEDITO, F. C. S.; BRITO, E. H. S.; COSTA, E. C.; LEITE, A. C. R. M. Sexual behavior, sociodemographic and economic profile of both first-year brazilian and international students at a public university. **J. Res. Fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 12; p. 779-85, Jan-Dez, 2020.
- FAWCETT, J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. **Nursing Science Quarterly**. v. 28, n. 2, p. 167-8, Mar, 2015.
- FERNANDEZ, B. P. M. Teto de vidro, piso pegajoso e desigualdade de gênero no mercado de trabalho brasileiro à luz da economia feminista: por que as iniquidades persistem? **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara, n. 26, p. 79-104, Jan-Jun, 2019.
- FERRARI, W.; PERES, S.; NASCIMENTO, M. Experiment and learning in the affective and sexual life of young women from a favela in Rio de Janeiro, Brazil, with experience of clandestine abortion. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2937-50, 2018.
- FERREIRA, I. T.; NEVES, K. T. Q.; OLIVEIRA, A. W. N.; GALVÃO, T. R. A. F.; MANGANE, E. M.; SOUSA, L. B. Assessment of the quality of nursing consultation in sexually transmitted infect. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 42-7, 2018.
- FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs - principles and practices. **Health Serv. Res.**, v. 48, n. 6, p. 2134-56, Dez, 2013.
- FONSECA, R. S.; ESCOLA, J.; CARVALHO, A.; LOUREIRO, A. The socio-demographic profile of university students: a descriptive correlational study between a portuguese and brazilian university. **Educ. Foco**, Juiz de Fora, v. 24, n. 1, p. 341-66, Jan-Abr, 2019.
- FONTANELLA, B. J. B.; GOMES, R. Novos roteiros intrapsíquicos versus permanências culturais: possíveis limites de uma sexualidade informada. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1139-58, 2012.
- FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes. **Condutas Sexuais de Jovens Universitários e o Conhecimento em Relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2016.

FONTE, V. R. F.; SPINDOLA, T.; FRANCISCO, M. T. R.; SODRÉ, C. P.; ANDRÉ, N. L. N. D. O.; PINHEIRO, C. D. Young university students and the knowledge about sexually transmitted infections. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. e20170318, 2018a.

FONTE, V. R. F.; SPINDOLA, T.; LEMOS, A.; FRANCISCO, M. T. R.; OLIVEIRA, C. S. R. Knowledge and perception of risks related to sexually transmissible infections among young university students. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 23, n. 3, p. e55903, 2018b.

FONTES, M. B.; CRIVELARO, R. C.; SCARTEZINI, A. M.; LIMA, D. D.; GARCIA, A. A., FUJIOKA, R. T. Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/aids and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1343-52, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2014.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1999.

FRANCISCO, M. T. R.; FONTE, V. R. F.; PINHEIRO, C. D. P.; SILVA, M. E. S.; SPINDOLA, T.; LIMA, D. V. M. Condom use among participants of the Carnival - gender perspective. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 106-113, 2016.

FRANKI, Victor E. **Em busca de sentido**. São Paulo: Editora Vozes, 35° ed. 140p.

FRANCIS, J. M.; MYERS, S.; NKOSI, S.; WILLIANMS, P. P.; CARNEY, T.; LOMBARD, C.; et al. The prevalence of religiosity and association between religiosity and alcohol use, other drug use, and risky sexual behaviours among grade 8-10 learners in Western Cape, South Africa. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0211322, 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FREITAS, A. M. C.; BÁRBARA, F. F. R. S.; VALE, P. R. L. F.; CARVALHO, L. F.; NERY, G. S. Undergraduate nursing students perceptions in relation to quality of life in academic trajectory. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 152-66, Abr-Jun, 2017.

FURLANI, Jimena. **Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças**. Autêntica, 2017, 192p.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Tradução de: Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilities to HIV/Aids in the Brazilian Context: gender, race and generation inequities. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, suppl. 2, p. 9-20, 2010.

GAUDENCIO, M.; ALBUQUERQUE, M. E. B. C.; CÔRTEZ, G. R. Expanding the cosmos of the social representation of knowledge through categorization markers of social difference. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 295-317, Nov, 2018.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOMES, V. L. O.; AMARIJO, C. L.; BAUMGARTEN, L. Z.; AREJANO, C.B.; FONSECA, A. D.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. Vulnerability of nursing and medicine students by ingestion of alcoholic drinks. **Journal of Nursing UFPE Online**, Recife, v. 7, n. 1, p. 128-34, Jan, 2013.

GÓMEZ-CAMARGO, D. E.; OCHOA-DIAZ, M. M.; CANCHILA-BARRIOS, C. A.; CLASON, E. C. R.; SALGUEDO-MADRID, G. I.; MALAMBO-GARCÍA, D. I. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. **Revista de Salud Pública**, Colômbia, v. 16, n. 5, p. 660-72, Set-Out, 2014.

GRÄF, D. D.; MESENBURG, M. A.; FASSA, A. G. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. **Revista Salud Pública**, v. 54, n. 41, p. 1-13, 2020.

GRAVATA, A.; CASTRO, R.; BORGES-COSTA, J. Study of the Sociodemographic Factors and Risky Behaviours Associated with the Acquisition of Sexual Transmitted Infections by Foreign Exchange Students in Portugal. **Acta Med. Port.**, v. 29, n. 6, p. 360-6, 2016.

GUERRA, F.M.R.M.; OTAVIANO, R.G.; RAMOS, R.N.; DAMIÃO, M.V.; ZANINI, E.O. Sexual behavior of university students: a review study. **FAG Journal of Health**, v. 2, n. 2, p. 300-6, 2020.

GUIMARAES, D. A.; OLIVEIRA, V. C. P.; SILVA, L. C.; OLIVEIRA, A. M.; LIMA, R. A.; GAMA, C. A. P. Difficulties associated with condom use among men and women: a talking circle experience. **Estud. Psicol.**, v. 24, n. 1, p. 21-31, 2019.

HABEL, M. A.; COOR, A., BELTRAN, O.; BECASNEN, J.; PEARSON, W. P.; DITTUS, P. The state of sexual health services at U.S. Colleges and Universities. **Journal of American College Health**, v. 66, n. 4, p. 259-68, 2018.

HAZRA, A.; COLLISON, M. W.; DAVIS, A. M. Diretrizes de Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis do CDC, 2021. **JAMA**, v. 327, n. 9, p. 870-71, 2022.

HENSSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento**. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Conhecimento**. Trad. António Correia. 7. Ed. Coimbra: Arménio Amado, 1980.

- HONG, Q. N.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M.; DAGENAIS, P.; ROUSSEAU, M. C. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**; v. 34, n. 4, p. 285-91, 2018.
- HUGHES, G.; FIELD, N. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior, services and interventions. **Future Microbiol.**, v. 10, n. 1, p. 35-51, 2015.
- KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; LOWEN, I. M. V.; SOUZA, V. M. P.; GOTO, D. Y. N. Working in the street clinic: use of Iramuteq software on the support of qualitative research. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, p.e20160069, 2016.
- KATAHOIRE, A. R.; BANURA, C.; MUHWEZI, W. W.; BASTIEN, S.; WUBS, A.; KLEPP, K. I.; AARO, L. E. Effects of a School-Based Intervention on Frequency and Quality of Adolescent-Parent/Caregiver Sexuality Communication: Results from a Randomized-Controlled Trial in Uganda. **Aids Behav.**, v. 23, n. 1, p. 91-104, 2019.
- KOÇ, Z. University student's knowledge and attitudes regarding cervical cancer, human papillomavirus, and human papillomavirus vaccines in Turkey. **J Am Coll Health**, v. 63, n. 1, p. 13-22, 2015.
- KOPTCKE, L. S.; PADRÃO, M. R. A. V.; ROCHA, F. G.; CAIXETA, I. A.; DALBOSCO, C. Thinking about uses of a peer education resource at the federal Health in School Program. **Com. Ciências Saúde**, v. 28, n. 2, p. 178-87, 2017.
- LADEIRA, M. R. A.; SILVA, H. M. G. (Des)caminhos do sistema brasileiro de cotas universitárias. **Temporalis**, v. 18, n. 35, p. 220-243, 2018.
- LANDIM, I.; BORSA, J. C. Conceptions of Families: A study on the graphic representations of children from Rio de Janeiro. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 19, n. 2, p. 503-521, 2019.
- LASSITER, J. M.; STARKS, T.; VENTUNEAC, A.; SALEH, L.; GROV, C.; PARSONS, J. T. Race, ethnicity, religious affiliation, and education are associated with gay and bisexual men's religious and spiritual participation and beliefs: results from the One Thousand Strong cohort. **Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.**, v. 23, n. 4, p. 468-476, 2017.
- LEININGER, Madeleine M. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York (NY): McGraw-Hill, 2006.
- LEININGER. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices**. Madrid: McGraw-Hill, 1995.
- LEININGER. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEININGER. **Care: The essence of nursing and health**. Thorofare: Slack, 1984.
- LEININGER. **Caring: an essential human need**. New Jersey: Thorofare, Slack, 1981.

LEININGER. **Transcultural nursing: concepts, theories, and practices.** New York: John Wiley & Sons, 1978.

LEININGER. **Cultural diversities of health and nursing care.** In: SEXTON, D. The nursing clinics of North America: cultural and biological diversity and health care. Philadelphia: WB Saunders, 1977.

LEININGER. **Nursing and anthropology: two worlds to blend.** New York: John Wiley & Sons, 1970.

LEITE, L. H. A.; RAMALHO, B. B. M.; CARVALHO, P. F. L. A educação como prática de liberdade: uma perspectiva decolonial sobre a escola. **Educação em Revista - Dossiê - Paulo Freire: o Legado Global**, v. 35, p. e214079, 2019.

LOPES, A. P.; SOUSA, E. F. S. População brasileira: miscigenação e morenidade. **CAOS–Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 2, n. 2, 2019.

LOPEZ-QUINTERO, C.; ROJAS, P.; DILLON, F. R.; VARGA, L. M.; ROSA, M. D.; L. HIV testing practices among Latina women at risk of getting infected: a five-year follow-up of a community sample in South Florida. **Aids Care**, v. 28, n. 2, p. 137-46, 2016.

LUSEY, H.; SEBASTIÃO, M. S.; CHRISTIANSON, M.; EDIN, K. E. Factors associated with gender equality among church-going young men in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. **Int J Equity Health**, v. 16, n. 1, p. 213, 2017.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I.; AGUIAR-FILHO, W.; WERMELINGER, M. C. M. W.; FREIRE, N. P.; PEREIRA, E. J. Labor market and regulatory processes – Nursing in Brazil. **Ciênc. & Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 101-12, 2019.

MANSOR, N.; AHMAD, N.; RAHMAN, H. A. Determinants of knowledge on sexually transmitted infections among students in public higher education institutions in Melaka state, Malaysia. **PLoS One**, v. 15, n. 10, p. e0240842, 2020.

MARINHO, Débora Fernanda Souza Marinho. **A concepção de jovens universitários sobre a sexualidade e as práticas sexuais: interface com a cultura e religiosidade.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2020.

MARINHO, D. F. S.; SPINDOLA, T.; ANTUNES, R. F.; COSTA, C. M. A.; OLIVEIRA, D. C.; WOODTLI, R. R.; et al. **Percepção de Jovens Universitários acerca da Sexualidade e os Fatores Intervenientes.** In: Ciências da saúde: Inovação, Pesquisa e demandas populares. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora E-publicar, 2022, v. 2, p. 394-412.

MARQUES, R.; XIMENES, S. B.; UGINO, C. K. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 38, p. 526-547, 2018.

MARTINEZ, E. Z.; SILVA, A. S.; GIGLIO, F. M.; TERADA, N. A. Y.; ZUCOLOTO, M. L. Religiosity and patterns of alcohol consumption among users of primary healthcare facilities in Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 02, p. 146-57, 2019.

MARTÍNEZ-RIERA, J. R.; PINO, C. G.; PONS, A. A.; MENDOZA, M. C. G.; LÓPEZ-GÓMEZ, J.; ACEVEDO, H. V. A. The university as a community: healthpromoting universities. *SESPAS Report 2018. Gac Sanit*, v. 32, n. s1, p. 86-91, 2018.

MARTINS, D. C.; PESCE, G. B.; SILVA, G. M.; FERNANDES, C. A. M. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 26, n. 1, p. e3043, 2018.

MASCARENHAS, N. C. S; NUNES, J. R. mental health and race/ethnic: a study about the question racial and abusive use of alcohol and other drugs black users/attended at CAPS AD III Palmas/TO. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 8, p. 70-86, 2019.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. *Humanidades & Inovação*, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021

MATTEI, T. F.; BAÇO, F. M. B. Análise das desigualdades salariais entre homens e mulheres no mercado de trabalho de Santa Catarina. *DRd-Desenvolvimento Regional em debate*, v. 7, n. 2, p. 96-117, 2017.

MASON, M. Sample size and saturation in Phd studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Social Research*, v. 11, n. 3, p. 1-19, 2010.

MCMANN, N.; TROUT, K. E. Assessing the knowledge, attitudes, and practices regarding sexually transmitted infections among college students in a Rural Midwest Setting. *J Community Health*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2020.

MEIRELLES, M. O uso do SPSS na ciência política: uma breve introdução. *Pensamento Plural*, v. 14, n. 1, p. 65-91, 2014.

MELO, L.D.; SODRÉ, C.P.; SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.C, ANDRÉ, N.L.N.O, MOTTA, C.V.V. Prevention of sexually transmitted infections among young people and the importance of health education. *Enfermeria Global*. n. 65, n. 1, p. 1-10, 2022.

MELO, L. D.; SPINDOLA, T.; BRANDÃO, J. L.; TAROCO, F. E.; NETA FERNANDES, M. T. A. C. Sexually transmitted diseases prevention by university students: reflections in the light of Henssen's theory of knowledge. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. e43110212735, 2021.

MELO, D.; ARREGUY-SENA, C.; GOMES, A. M. T.; PINTO, P. F.; SILVA, G. A.; PARREIRA, P. M. D. Crenças de Rokeach segundo idosos: análise hierárquica a luz das teorias do envelhecimento humano. *Enfermagem Brasil*, v. 19, n. 3, p.220-229 2020.

MELO, Laércio Deleon de. **O Processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de Rokeach**. 2015. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015, 189p.

MÉNDES, A. E. G. La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013). *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, v. 18, n. 1, p. 13-30, 2016.

- MENDES, W. G.; SILVA, C. M. F. P. D. Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1709-22, 2020.
- MENESES, A. F. S.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Sex and Religion: A study among young evangelicals about sex before marriage. **Clínica e Cultura**, v. 2, p. 82-94, 2013.
- MENNA, T.; ALI, A.; WORKU, A. Effects of peer education intervention on HIV/aids2 related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study. **Reprod. Health**, v. 12, n. 1, p. 84, 2015.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MIRANDA, P. S. F.; AQUINO, J. M. G.; MONTEIRO, R. M. P. D. C.; DIXE, M. D. A. C. R.; LUZ, A. M. B. D.; MOLEIRO, P. Sexual behaviors: study in the youth. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018.
- MITCHELL, C. M.; KAUFMAN, C. E.; WHITESELL, N. R.; BEALS, J.; KEANE, E. M. Self-Efficacy About Sexual Risk/Protective Behaviors: Intervention Impact Trajectories Among American Indian Youth. **J Res. Adolesc.**, v. 27, n. 3, p. 697-704, 2017.
- MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180410, 2019.
- MOSCOVICI, Serge. **O fenômeno das representações sociais**. In S. Moscovici. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes. 11a. Ed., 2017 p. 29-110.
- DERHWA, M. 'It's not good to eat a candy in a wrapper': male students' perspectives on condom use and concurrent sexual partnerships in the eastern Democratic Republic of Congo. **SAHARA J.**, v. 15, n. 1, p. 89-102, 2018.
- NASCIMENTO, B. D. S.; SPÍNDOLA, T.; PIMENTEL, M. R. A. R.; RAMOS, R. C. D. A.; COSTA, R. S.; TEIXEIRA, R. S. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. **Enfermería Global.**, v. 17, n. 49, p. 237-69, 2018.
- NASCIMENTO, E. G. C.; CAVALCANTI, M. A. F.; ARCHIERI, J. C. Adherence to condom use: the real behavior in the Northeast of Brazil. **Rev. Salud. Pública**, v. 19, n. 1, p.39-44, 2017.
- NEWMAN, L.; ROWLEY, J.; HOORN, S. V.; WIJESOORIYA, N. S.; UNEMO, M.; LOW, N.; et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. **PLoS ONE.**, v. 10, n. 12, p. e0143304, 2015.
- NOGUEIRA, N. S.; MUZZETI, L. R. The love relationship the “hook up” from the habitus and life trajectory of university students. **Humanidades & Inovação**, v. 4, n. 6, p. 67-77, 2017.

NOLETO, R. S. "Religião e sexualidade: dilemas contemporâneos brasileiros." **Cadernos Pagu**, n. 46, p. 471-479, 2016.

O'DONNERLL, L.; FUXMAN, S. Effectiveness of a Brief Home Parenting Intervention for Reducing Early Sexual Risks Among Latino Adolescents: Salud y Éxito. **J Sch. Health.**, v. 87, n. 11, p. 858-64, 2017.

OLIVEIRA, Arthur Lima de. "**Seu sodomita!: expressões bíblicas utilizadas como ofensa por evangélicos e sua relevância para a área de PL2E**". Dissertação (Mestrado em Letras)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2021.

OLIVEIRA, B. I.; SPINDOLA, T.; MELO, L. D.; MARQUES, S. C.; MORAES, P. C.; COSTA, C. M. Factors influencing condom misuse from the perspective of young university students. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 9, p. e21043, 2022.

OLIVEIRA, Jéssica Angelina Gonçalves de. **Homossexualidade e Bissexualidade Femininas na Prática Ginecológica**. Dissertação (Mestre integrado em Medicina)- Universidade Beira Interior, 2021.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MASTUDA, L. M.; SANTOS, J. L. G.; SOUTO, R. Q.; RIBOLDI, C. O.; ROSS, R. Mixed Methods Appraisal Tool: fortalecimento do rigor metodológico de pesquisas de métodos mistos na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 30, p. e20200603, 2021.

OLIVEIRA-JUNIOR, J. B. D.; GRISOTTI, M.; MANSKE, G. S.; MORETTI-PIRES, R. O. As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 45,, p. 42-53, 2021.

OLIVEIRA, Cláudia Silvia Rocha. **O Cuidado com a Saúde Sexual de Jovens Universitários em Tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, J. L. D.; MAGALHÃES, A. M. M. D.; MATSUDA L. M. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto Enferm.**, v. 12, n. 1, p. e0560017, 2018.

PAIVA, V. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Jurua: Jilosofia, 2012.

PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, suppl 1, p. 45-53, 2008.

PAIVA, V.; SEGURADO, A. C.; FILIPE, E. M. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/aids care and prevention. **Cad. Saude Pública**, v. 27, n. 9, p. 1699-710, 2011.

PANOBIANCO, M. S.; LIMA, A. D. F.; OLIVEIRA I. S. B.; GOZZO T. O. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 201-7, 2013.

PARANHOS, R.; FIGUEIREDO-FILHO, D. B.; ROCHA, E. C.; SILVA-JÚNIOR, J. A.; NEVES, J. A. B.; SANTOS, M. L. W. D. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson: o retorno. **Leviathan.**, v. 8, n. 1, p. 66-95, 2014.

PARKER, Richard; GARCIA, Jonathan; MUÑOZ-LABOY, Miguel. **Mobilização de religiões afro-brasileiras contra HIV e aids no Brasil**. In: MONTEIRO, Celso Ricardo; SOUSA, Paula de Oliveira; BATISTA, Luis Eduardo. (Orgs.). *Religiões afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta a epidemia de aids*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids-SP, 2014, p. 73-82.

PESKIN, M. F.; SHEGOG, R.; MARKHAM, C. M.; THIEL, M.; BAUMLER, E. R.; ADDY, R. C.; et al. Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth. **J Adolesc. Health.**, v. 56, n. 5, p. 515-21, 2015.

PIMENTA, R. M. (Org.). **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/LZvv34>

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. D. S.; GUTIERREZ, E. B. Factors associated with sexually transmitted infections: a population based survey in the city of São Paulo, Brazil. **Cien. Saude Colet.**, v. 23, n. 7, p. 2423-32, 2018.

PONCE, T. D.; PICCIANO, A. P.; VARGAS, D. Women's alcohol consumption in a Primary Health Care service. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 55 p. e20200458, 2021.

POTTER, S. J.; EDWARDS, K. M.; BANYARD, V. L.; STAPLETON, J. G.; DEMERS, J. M.; MOYNIHAN, M. M. Conveying campus sexual misconduct policy information to college and university students: Results from a 7-campus study. **J Am Coll. Health.**, v. 64, n. 6, p. 438-47, 2016.

QUEIROZ, C. M.; ARREGUY-SENA, C.; KREMPSE, P.; LEONEL, M.; MELO, L. D. Triangulation of Methods in Social Representation: Self-Injection of Drugs in (Ex)Users with HIV. **RECOM.**, v. 3, n. 4, p. 1229-47, 2014.

QUIROGA-OTÁLORA. Y.; GONZÁLEZ-TÁMARA, L. Factores que influyen en el uso de servicios de salud por parte de los jóvenes. Caso Universidad Jorge Tadeo Lozano, sede Bogotá. **Univ. Salud.**, v. 21, n. 2, p. 141-51, 2019.

RAMOS, Raquel Conceição de Almeida. **Práticas de prevenção de jovens universitários em relação às infecções sexualmente transmissíveis**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2017. 121 f.

RESSEL, L.; JUNGES, C. SEHNEM, G.; SANFELICE, C. A influência da família na vivência da sexualidade. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 02, p. 245-50, 2011.

RIBEIRO, W. A.; FASSARELLA, B. P. A.; NEVES, K. C.; EVANGELISTA, D. S.; TORRES, R. M.; SOUSA, C. A. S. Implementação das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem no curso de graduação em enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p.e708974709, 2020.

RIOS, L. F. Homosexuality, Youth and vulnerability to HIV/aids in Rio de Janeiro Candomblé. **Temas Psicol.**, v. 21, n. 3, p. 1051-1066, 2013.

ROHRBACH, L. A.; BERGLAS, N. F.; JERMAN, P.; ANGULO-OLAIZ, F.; CHOU, C. P.; CONSTANTINE, N. A. A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes from a Cluster-Randomized Trial. **J Adolesc. Health.**, v. 57, n. 4, p. 399-406, 2015.

ROMÃO, T. L. C. Religious syncretism as a strategy for transnational and translational survival: African deities and catholic saints in translation. **Trab. Linguist. Appl.**, v. 57, n. 1, p. 353-81, 2018.

ROSAS, N.; ARAÚJO, B. G. P. D.; REIS-NETO, M. M.; PINTO, L. E. D. S. Degrading and destructive sex: an analysis of sexual interdictions founded in Evangelical books. **Religião & Sociedade**, v. 41, p. 243-73, 2021.

SÁEZ, O. C. Contra naturam, contra connubium: A sexualidade no cristianismo. **Religião & Sociedade**, v. 37, n. 1, p. 122-143, 2017.

SALES, W. B.; CAVEIÃO, C.; VISENTIN, A.; MOCELIN, D.; COSTA, P. M.; SIMM, E. B. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/Sida em universitários da saúde. **Rev. Enf. Ref.**, v. 4, n. 10, p. 19-27, 2016.

SANTANA, Rosana Santos Costa. **Práticas Sexuais de Jovens Universitários e a Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2017. 167 f.

SANTOS, V. P.; COELHO, M. T. Á. D., RODRIGUES-JÚNIOR, N. M. Knowledge, income and prevention practices about HIV/Aids among university students. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 1-15, 2022.

SANTOS, G.; SANCHES, I. R. O ensino superior brasileiro e seus programas de acesso: uma senda para igualdade. **Revista Educação e Humanidades**, v. 2, n. 1, p. 91-109, 2021.

SANTOS, F. N. C.; SILVA, B. C. O.; BARRETO, V. P.; COSTA, F. H. R.; MEDEIROS, E. R.; FEIJÃO, A. R. Implementation of peer education for HIV prevention among adolescents. **HU Rev.**, v. 47, n. 1, p. 1-7, 2021.

SANTOS, G. V. A. A.; MONTEIRO, C. F. S.; SILVA-JÚNIOR, F. J. G.; LIMA, L. A. A.; VELOSO, L. U. P.; ROCHA, M. V. S. Prevalence of alcohol drink consumption and associated factors in the adult population. **Ciênc., Cuidado e Saúde**, v. 20, n. 31, 2021.

- SANTOS, S. M. P. D.; FREITAS, J. L. G. D. S.; FREITAS, M. I. D. F. The sexuality scripts constructed by nurses and an interface with attention of sexually transmitted infection/HIV. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. e20190078, 2019.
- SANTOS, J. V. O.; ARAÚJO, L. F.; CASTRO, J. L. D. C.; FARO, A. Análisis Prototípico de las Representaciones Sociales sobre las Infecciones Sexualmente Transmisibles entre Adolescentes. **Psicogente.**, v. 22, n. 41, p.1-18, 2019.
- SANTOS, J. L. G. D.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. D. M.; CUNHA, V. P. D.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.
- SANTOS, T. M. B.; ALBUQUERQUE, L. B. B.; BANDEIRA, C. F.; COLARES, V. S. A. Factors that contribute to the onset of sexual activity in adolescents: integrative review. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p. 64-70, 2015.
- SCHUYLER, A. C.; MASVAWURE, T. B.; SMIT, J. A.; BEKSINSKA, M.; MABUDE, Z.; NGOLOYI, C.; MATELL, J. E. Building young women's knowledge and skills in female condom use: lessons learned from a South African intervention. **Health Educ Res.**, v. 31, n. 2, p. 260-72, 2016.
- SCULL, T. M.; KUPERSMIDT, J. B.; MALIK, C. V.; MORGAN-LOPEZ, A. A. Using Media Literacy Education for Adolescent Sexual Health Promotion in Middle School: Randomized Control Trial of Media Aware. **J Health Commun.**, v. 23, n. 12, p. 1051-63, 2018a.
- \_\_\_\_\_. Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending community college. **J Am Coll. Health.**, v. 66, n. 3, p. 165-77, 2018b.
- SHIFERAW, Y.; ALEMU, A.; ASSEFA, A.; TESFAYE, B.; GIBERMEDHIN, E.; AMARE, M. Perception of risk of HIV and sexual risk behaviors among University students: implication for planning interventions. **BMC Res. Notes.**, v. 7, n. 1, p. 162-8, 2014.
- SILVA, A. G.; FONSECA, C. A.; STOPPA, E. A.; ISAYAMA, H. F. Ocio y religión en el Sureste de Brasil: entre experiencias y deseos. **Ciencias Sociales Y Religión/Ciências Sociais E Religião**, v. 23, p. e021003, 2021.
- SILVA, B. C.; CASTRO, R. D. Diálogos sobre sexualidade entre pais e filhos adolescentes dentro do contexto familiar. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 2, 2018.
- SILVA, E. L. S. Neoconservadorismo e Ofensivas antigênero no Brasil: A mobilização da “Ideologia de Gênero” e a produção de LGBTfobias no Governo Bolsonaro. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 14, p. 331-63, 2021.
- SILVA, J. W. S. B.; ALMEIDA, M. E. P., SOUZA, A. S.; VIEIRA, I. M.; VERAS, D. L.; VASCONCELOS, G. S.; DANTAS, C. F. Mandala da Prevenção Combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais em Pernambuco. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 1-15, 2021.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 208-18, 2006.

SILVA, M. M. L.; FRUTUOZO, J. F. F.; FEIJÓ, M. R.; VALERIO, N. I.; CHAVES, U. H. Família e orientação sexual: dificuldades na aceitação da homossexualidade masculina. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 677-92, 2015.

SILVEIRA, M. S.; CRUZ, J. M. O.; BARRETO, I. D. C.; SARASQUETA, L. M. M. N. Alcoholic drink consumption in university students. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e6410111250, 2021.

SOARES, A. R. S. R.; SABIÃO, R.; FERREIRA, G. Psicologia, Religião e Espiritualidade. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 5, Suppl. 1, p. 43-51, 2019.

SOK, S.; PAL, K.; TUOT, S.; YI, R.; CHHOUN, P.; YI, S. Health Behaviors among Male and Female University Students in Cambodia: A Cross-Sectional Survey. **Hindawi Journal of Environmental and Public Health**, v. 6740236, p. 1-10, 2020.

SOMEFUN, O. D. Religiosity and sexual abstinence among Nigerian youths: does parent religion matter? **BMC Public Health**, v. 19; n. 416, p. 01-11, 2019.

SOUZA, L. K. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **PSI UNISC**, v. 4, n. 1, p. 52-66, 2020.

SOUSA, L. M. M.; FIRMINO, C. F.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A.; SEVERINO, S. S. P.; PESTANA, H. C. F. C. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

SOUSA, M. A. A.; DINIZ, E. J. Levels of religiosity and spirituality of adolescents and young seminarians. **Revista Encontros Teológicos**, v. 36, n. 1, 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUSA, Paula de Oliveira. **A construção conjunta de políticas públicas entre as religiões de matriz africana, Estado e municípios no Estado Laico: aprendizado mútuo no enfrentamento das DST/aids**. In: MONTEIRO, Celso Ricardo; SOUSA, Paula de Oliveira; BATISTA, Luis Eduardo. (Orgs.). *Religiões afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta a epidemia de AIDS*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids-SP, 2014, p. 83-88.

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, K. C. M. The use of the Iramuteq software in the interview data analysis. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Limitada, 2017.

- SPINDOLA, T.; FONTE, V. R. F.; FRANCISCO, M. T. R.; MARTINS, E. R. C.; MORAES, P. C.; MELO, L. D. Sexual practices and risk behaviors for sexually transmitted infections among university students. **Rev enferm UERJ**, v. 29, p. e63117, 2021.
- SPINDOLA, T.; OLIVEIRA, C. S. R.; FERREIRA, L. M.; PEIXOTO, H. A.; CUNHA, T. F.; MOTTA, C. V. V.; et al. Dialoging with university students on the prevention of sexually transmitted infections-experience report. **Brazilian Journal of Health Review.**, v. 3, n. 2, p. 2612-21, 2020a.
- SPINDOLA, T.; ARAÚJO, A. S. D. B.; BROCHADO, E. J.; MARINHO, D. F. S.; MARTINS, E. R. C.; PEREIRA, T. S. Sexual practices and attitudes of university students towards prevention of sexually transmitted infections. **Enfermería Global**. v. 19, n. 2, p. 109-40, 2020b.
- SPINDOLA, T.; OLIVEIRA, C. S. R.; COSTA, D. M.; ANDRÉ, N. L. N. O.; MOTTA, C. V. V.; MELO, L. D. Uso e Negociação de preservativos por acadêmicos de Enfermagem. **Revista Recien**, v. 10, n. 32, p. 81-91, 2020c.
- SPINDOLA, T.; TEIXEIRA, R. S.; ANTUNES, R. F.; MACHADO, Y. Y. Sexual initiation and talking about sexuality: view of university students. **Revista Recien**, v. 10, n. 30, p. 106-116, 2020d.
- SPINDOLA, T.; SÓDRE, C. P.; OLIVEIRA, C. S. R.; OLIVEIRA, B. I.; SANTANA, R. S. C.; ANDRÉ, N. L. N. O. Práticas sexuais e cuidados relacionados à saúde sexual de graduandos de enfermagem frente às infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2019a.
- SPINDOLA, T.; OLIVEIRA, C. S. R.; SANTANA, R. S. C.; SODRÉ, C. P.; ANDRÉ, N. L. N. O.; BROCHADO E. J. Práticas Sexuais, Conhecimento e Comportamento dos Universitários em Relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fundamental Care**, v. 11, n. 5, p. 1135-41, 2019b.
- SPINDOLA, T.; BRAGA, R. M. O.; MARQUES, S. C.; FORMOZO, G. A.; CECÍLIO, H. P. M.; OLIVEIRA, D. C. The self-protection against HIV for nursing professionals: study of social representations. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, n. 1, p. e34277, 2018.
- SPINDOLA, T.; FONTE, V. R. F.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R.; SODRÉ, C. P.; OLIVEIRA, C. S. R. Práticas sexuais, uso do preservativo e testagem para o HIV entre graduandos de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 3, p. 477-89, 2017.
- STALTER, R.; CHEN, M.; UWIZEYE, G.; MUTUNGE, E.; AHAYO, A.; MUGWANEZA, P.; et al. Association of sexual risk behavior with previous HIV testing among VCT clients in Kigali, Rwanda. **Int J STD Aids**, v. 27, n. 14, p. 1317-25, 2016.
- SUANNO, J. H. Educação como prática social com justiça social: um olhar criativo, complexo e transdisciplinar. **Revista Polyphonia**, v. 32, n. 1, p. 86-99, 2021.
- TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V. L. M. D.; GONÇALVES, C. V.; MENDOZA-SASSI, R. A. Psychometric Evaluation of the Brazilian Version of the “Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 3469-82, 2019.

TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V. L. M.; MENDOZA-SASSI, R. A. Adaptação transcultural do Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis para o português brasileiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.**, v. 64, n. 3, p. 247-56, 2015.

TEIXEIRA, M. A. A. Provocações para uma sociologia da sexualidade: sistemas, linguagem, amor. **Revista Plural**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 182-203, 2015.

TESFAYE, Y.; AGENAGNEW, L. Knowledge, attitude, and practices of Jimma teacher training college students toward risky sexual behaviors, Jimma, Ethiopia. **Sex Med.**, v. 8, n. 3, p. 554-64, 2020.

TOMKINS, M. M.; NEIGHBORS, C.; STEERS, M. L. N. Contrasting the effects of harmonious and obsessive passion for religion on stress and drinking: Give me that old time religion and a beer, **Alcohol**, v. 77, p. 41-8, 2019.

TUDDENHAM, S.; HAMILL, M. M.; GHANEM, K. G. Diagnóstico e Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis : Uma Revisão. **JAMA**, v. 327, n. 2, p. 161-72, 2022.

UNAIDS. **Aids data book 2020**. Online. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf).

V.-ARROYO, H. Look at the Ibero-American Movement of Health-Promoting Universities. **Horizonte Sanitario**, v. 16, n. 3, p. 140-51, 2017.

VALE, Johnatan Ferreira Marques do. **Transmasculinidade, corpo e cuidado de si: análise da transexualidade no Ambulatório TT [travestis e transexuais] da cidade de João Pessoa**. Tese (Doutorado em Sociologia)- Universidade Federal da Paraíba João Pessoa. 2018.

VALLE, C. G. Memórias, histórias e linguagens da dor e da luta no ativismo brasileiro de HIV/Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 153-182, 2018.

VIG, J.; MILLER, K. S.; CHIRWA-MOTSWERE, C.; WINSKELL, K.; STALLCUP, E. Involving parents from the start: formative evaluation for a large randomised controlled trial with Botswana Junior Secondary School students. **Afr. J Aids Res.**, v. 15, n. 1, p. 9-15, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually transmitted infections: implementing the Global STI Strategy**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/implementing-stis-strategy/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-Americana de Saúde. Escritório Regional das Américas. **Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**. Washington, D.C. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-plan-action-prev-hiv-2016-2021-pt.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021**. W Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually transmitted infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75838>

YBARRA, M. L.; KORCHAMAROS, J. D.; PRESCOTT, T. L.; BIRUNGI, R. A. Randomized Controlled Trial to Increase HIV Preventive Information, Motivation, and Behavioral Skills in Ugandan Adolescents. **Ann. Behav. Med.**, v. 49, n. 3, p. 473-85, 2015.

YI, S.; TE, V.; PENGPID, S.; PELTZER, K. Social and behavioural factors associated with risky sexual behaviours among university students in nine ASEAN countries: a multi-country cross-sectional study. **SAHARA J.**, v. 15, n. 1, p. 71-9, 2018.

YOSEF, T.; NIGUSSIE, T. Behavioral Profiles and Attitude toward Condom Use among College Students in Southwest Ethiopia. **Hindawi BioMed Research International**, v. 9582139, p. 1-6, 2020.

ZHANG, D. C.; WU, Z. Y.; SCOTT, S. R. Factors associated with unprotected anal intercourse among male students who have sex with men in three Northern regions of China. **Chin. Med. J (Engl)**, v. 132, n. 14, p. 1639-44, 2019.

ZERBINATI, J. P.. BRUNS, M. A. T. Sexuality and Education: systematic review of national scientific literature. **Travessias**, v. 11, n. 1, p. 76-92, 2017.

ZIZZA, A.; GUIDO, M.; RECCHIA, V.; GRIMA, P.; BANCHELLI, F.; TINELLI, A. Knowledge, Information Needs and Risk Perception about HIV and Sexually Transmitted Diseases after an Education Intervention on Italian High School and University Students. **Int. J. Environ. Res. Public. Health**, v. 18, p. 2069, 2021.

## ANEXO A - Instrumento de coleta de dados – Questionário

	<b>Universidade do Estado do Rio de Janeiro</b> <b>Centro Biomédico</b> <b>Faculdade de Enfermagem</b>	
---	--	---

Caro estudante, você está participando da pesquisa “Sexualidade e Vulnerabilidade dos Jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis”, realizada pelo Doutorando Laércio Deleon de Melo, com o objetivo de analisar comparativamente os saberes e as práticas para prevenção de IST de estudantes de duas instituições de ensino superior. Acrescenta-se que este instrumento foi adaptado da pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis” com autorização da pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thelma Spindola.

Nº Questionário: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

**Dados de identificação**

1. Sexo:  Masculino  Feminino
2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos
3. Estado conjugal/ marital atual:
  - solteiro(a)/ não possui namorado(a) ou companheiro(a)
  - Tem companheiro(a) fixo(a), mas não vive com ele/ela
  - Casado(a)/vive com companheiro(a)/união estável
4. Presença de filhos?  Sim  Não
5. Situação Empregaticia:  Trabalha com remuneração  Trabalha sem remuneração  Não trabalha
6. Qual a escolaridade mais elevada que o responsável (pai/mãe/avô/tio(a)) pela sua família completou?
  - Analfabeto  Ensino fundamental incompleto  Ensino fundamental completo
  - Ensino médio incompleto  Ensino médio completo  Superior incompleto
  - Superior completo
7. Como você se classifica em relação a sua cor?
  - Branca  Preta  Amarela  Parda  Outra  Não sei responder
8. Você se considera uma pessoa religiosa?  Sim  Não [caso negativo pule para a questão de nº 10]
9. Qual é a sua religião?
  - Católica  Evangélica  Espírita/ Kardecista/ Umbandista  Outra  Não sigo nenhuma religião
10. Com quem você mora?
  - moro sozinho  com meus pais  com companheiro/a  com familiares  com amigos/colegas
11. Qual a renda da sua família? R\$ \_\_\_\_\_

- 12- Quantas pessoas vivem dessa renda? \_\_\_\_\_
13. Você faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não [caso negativo pule para a questão de nº 13]
- 14- Com que regularidade? ( ) diário ( ) fins de semana ( ) esporadicamente
15. Você costuma fazer uso dos serviços de Saúde Pública? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte
16. Como você define a sua opção sexual? ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Outro Qual? \_\_\_\_\_
17. Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida? ( ) Sim ( ) Não [caso negativo pule para questão de nº 37]
18. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_ anos
19. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual? ( ) Sim ( ) Não
20. Você utiliza camisinha em todas as relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não
21. Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida? ( ) Sim ( ) Não
22. Você já teve relação sexual com mais de 01 parceiro no mesmo período? ( ) Sim ( ) Não
23. Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo que o seu alguma vez na vida? ( ) Sim ( ) Não
24. Atualmente você tem relações sexuais somente com pessoas do mesmo sexo? ( ) Sim ( ) Não
25. Atualmente você tem relações sexuais com homens e com mulheres no mesmo período? ( ) Sim ( ) Não
26. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? ( ) Sim ( ) Não
27. Você teve relação sexual com parceiros (as) fixos (as), ou seja, namorado (a), noiva, esposa, companheiro (a), etc., nos últimos 12 meses? ( ) Sim ( ) Não
28. Nas relações sexuais que você teve com esses (as) parceiros (as) fixos (as) nos últimos 12 meses, você usaram camisinha? ( ) Sim ( ) Não
29. Você teve relação sexual com parceiros (as) casuais, ou seja, paqueras, "ficantes", rolôs, etc., nos últimos 12 meses? ( ) Sim ( ) Não [caso negativo pule para questão de nº 32]
30. Você teve mais do que cinco parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses? ( ) Sim ( ) Não
31. Nas relações sexuais que você teve com esses (as) parceiros (as) casuais (as) nos últimos 12 meses, você usaram camisinha? ( ) Sim ( ) Não
32. Ainda pensando nos últimos 12 meses, você pagou alguma pessoa para ter sexo?  
( ) Sim ( ) Não [caso negativo pule para questão de nº 34]
33. Você usou camisinha nas relações sexuais que você teve com esses (as) parceiros (as) que você pagou para ter sexo?  
( ) Sim ( ) Não
34. Você já teve relações sexuais com pessoas que conheceu pela internet? ( ) Sim ( ) Não

35. Você negocia com o parceiro o uso do preservativo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

36. Você fez uso de álcool e/ou droga antes na última relação sexual? ( ) Sim ( ) Não

37. Em sua opinião qual a possibilidade de você adquirir uma DST?

( ) Muito possível ( ) possível ( ) nem possível e nem impossível ( ) Pouco possível ( ) impossível

Para as questões a seguir assinale com um X a opção que reflete a sua opinião (pode assinalar mais de uma):

NA SUA OPINIÃO:	DOENÇAS							
	AIDS	Sífilis	Hepatite	Gonorreia	Herpes	HPV	Clamídia	Nenhuma das opções
38. Qual/quais doença(s) que você conhece a forma de transmissão?								
39- Qual/quais doença(s) uma pessoa pode ser infectada ao usar banheiros públicos?								
40- Qual/quais doença(s) uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar seringa ou agulha com outras pessoas?								
41- Qual/quais doença(s) uma pessoa pode ser infectada ao não usar preservativos em relações sexuais?								
42- Para qual ou quais dessas doenças existe cura?								

43- Você considera ter todo conhecimento necessário acerca das DST? ( ) Sim, onde se informou? \_\_\_\_\_ ( ) Não

44. Você conhece algum método para prevenir as DST? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Para as afirmações abaixo assinale APENAS UMA OPÇÃO que retrate a sua opinião:

SENTENÇAS AFIRMATIVAS	OPINIÃO				
	Concorda Totalmente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo Totalmente
45. O risco de transmissão do HIV/aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel.					
46. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV/aids.					

47. Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que uma DST seja transmitida durante a relação sexual.					
48. Se uma professora vive com HIV/aids ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola.					
49. O ato de urinar imediatamente após o ato sexual previne a ocorrência de DST.					
50. Tomar banho ou lavar os genitais, com água e sabão, após o ato sexual previne DST.					
51. Em algumas relações sexuais a pessoa pode não usar preservativo sem ficar exposta a DST.					
52. O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transsem sem usar camisinha.					

53- Você buscou atendimento de saúde nos últimos 12 meses?  Sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_  Não

54- Você já teve alguma DST?  Sim Qual? \_\_\_\_\_  Não  Não lembra

55- Você já fez o teste para detectar o HIV/aids alguma vez na vida?  Sim Por que? \_\_\_\_\_  Não

56- Você já teve relação sexual usando preservativo feminino? (APENAS PARA MULHER)  
 Sim  Não

57- Você fez o exame chamado Papanicolaou, onde o médico ou a enfermeira coletam material para fazer o exame preventivo de câncer? (APENAS PARA MULHER)  
 Sim  Não  Não lembra

58- Quando foi a última vez que fez um exame ginecológico? (APENAS PARA MULHER)  
 Neste ano  Ano passado  Há 2 anos  Há 3 anos  
 Há mais de 3 anos  Nunca fez  Não lembra

59- Você já operou fimose ou fez circuncisão? (APENAS PARA HOMEM)  Sim  Não

60- Você já teve relação sexual com mulher usando preservativo feminino? (APENAS PARA HOMEM)  
 Sim  Não

## ANEXO B - Instrumento de coleta de dados – Roteiro dos Grupos Focais

	<b>Universidade do Estado do Rio de Janeiro</b> <b>Centro Biomédico</b> <b>Faculdade de Enfermagem</b>	
---	--	---

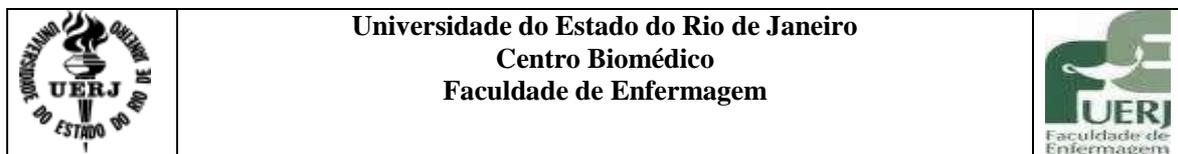
Caro estudante, você está participando da pesquisa “**Sexualidade e Vulnerabilidade dos Jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis**”, realizada pelo Doutorando Laércio Deleon de Melo, com o objetivo de analisar comparativamente os saberes e as práticas para prevenção de IST de estudantes de duas instituições de ensino superior.

## Quadro 3 - Roteiro para os Grupos Focais

TÓPICOS/TEMAS	QUESTÕES-CHAVE
<b>O jovem e sua caracterização</b>	Poderíamos entregar um papel para que escrevessem na hora a respeito ou que se apresentassem – nome fantasia, idade, sexo, tem algum relacionamento afetivo (o que é?), orientação sexual; se tem filhos e a idade, o curso que faz e com quem mora.
<b>Sexualidade</b>	O que significa sexualidade na visão de vocês? (Já ouviram falar? O que sabem sobre? A que atribuem esta palavra?)
<b>Condutas sexuais e gênero</b>	Quais são as condutas sexuais dos jovens? Como se relacionam sexualmente? Com quem se relacionam? (Pessoas do mesmo sexo, pessoas do sexo oposto). Existe um momento certo para iniciar a vida sexual? Qual esse momento? É igual para os sexos? Caso não, por quê? O que você pensa sobre ser homem? O que pensa sobre ser mulher? Quais as diferenças que existem entre um jovem do gênero masculino e uma jovem do gênero feminino? De que maneira essas percepções influenciam nas condutas sexuais? Como são as condutas sexuais masculinas? Como são as condutas sexuais femininas? Suas condutas sexuais seriam as mesmas se fosse do sexo oposto? Caso negativo, o que mudaria e por que?
<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)</b>	O conhecem sobre as infecções sexualmente transmissíveis? Quais IST conhecem ou já ouviram falar? No geral, procuram ou já procuram saber sobre? Em que meios? O que encontraram sobre o assunto? Como são adquiridas as IST? Quais métodos podem ser utilizados para prevenir as IST? Com que frequência utilizam os métodos? (Durante seu relacionamento sexual com parceiro fixo, qual a frequência do uso de preservativo como prevenção de DST/AIDS? Durante seu relacionamento sexual com parceiro ocasional, qual a frequência do uso de preservativo como prevenção de DST/AIDS?) Com que tipo de parceiro utiliza os métodos? (Fixo? Casual? Consideram o método dispensável em alguma situação? Quais?) Qual a preocupação com a prevenção de IST nas relações sexuais? Como é a negociação do uso do preservativo nas relações sexuais?

	(Quais as dificuldades? Quem decide pelo uso do método?) No geral, vocês acham que o jovem utiliza preservativo nas relações sexuais? A acessibilidade dos métodos é igual para ambos os sexos? (Caso sim ou não, por quê?)
<b>Vulnerabilidade às IST</b>	<p>O que é vulnerabilidade para eles? O que eles entendem sobre o assunto? Consideram-se vulneráveis para contrair uma IST? Por que?</p> <p>As vulnerabilidades são iguais entre os gêneros masculino e feminino? Por quê? No que se diferenciam?</p> <p>Quais são as suas vulnerabilidades? Quais as causas? O que influencia? (Falta de acesso, bebidas, drogas, qualidade das informações ou as práticas de prevenção das infecções?)</p>
<b>Cuidados com a saúde sexual/ Educação para a saúde sexual</b>	<p>De que maneira cuidam da saúde sexual? Como podem melhorar o cuidado com a saúde sexual? Com que frequência procuram um profissional de saúde? Qual profissional procura? Como é a acessibilidade aos serviços de saúde? Os cuidados com a saúde sexual se diferenciam conforme o gênero masculino e feminino? (Na visão deles, quem se cuida mais? Por que?)</p> <p>Caso não procurem regularmente um profissional de saúde, quais os motivos?</p> <p>Com quem conversam sobre essas temáticas? Com quem se sentem mais a vontade de conversar sobre essas temáticas? Por quê? Ou não conversam?</p> <p>Participaram de alguma atividade sobre Educação sexual em qualquer etapa da vida? (Como foi a experiência? Quem realizou? O que era abordado? Como? Caso não, por quê? Já participou de alguma atividade em Educação sexual realizada por enfermeiros? Como foi sua participação nessas atividades? Contribuiu para sua conduta sexual atual?)</p> <p>Em algum momento de sua formação houve discussão a respeito de sexualidade, saúde sexual e gênero? Qual a relevância em discutir essa temática?</p> <p>O setor saúde (instituição e profissionais) favorecem a discussão dessas temáticas? Como?</p>

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: “**Sexualidade e Vulnerabilidade dos Jovens em tempos de Infecções Sexualmente Transmissíveis**”, que tem como objetivo: geral - investigar comparativamente os saberes, comportamentos sexuais e as representações sociais sobre as práticas preventivas de IST entre estudantes de duas universidades.

A pesquisa tem como pesquisadora responsável Thelma Spindola e terá duração de dois anos. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os **resultados divulgados** em eventos e **publicados** em revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento, você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consiste em responder a um questionário, contendo questões para você assinalar. Você não terá **nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. A pesquisa não oferece **riscos** relacionados com sua participação, entretanto caso sinta desconforto, tristeza, angústia com as questões, você poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento ou em responder a qualquer pergunta que porventura possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Caso você necessite de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do HUPE – DISHUPE.

Os **benefícios** relacionados são: conhecer a visão dos jovens acerca das IST, os mitos, preconceitos, crenças, tabus e o comportamento sexual dos jovens e contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de IST; contribuir para a formação de profissionais da saúde; estimular outros profissionais a desenvolverem pesquisas com a temática.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Contato do pesquisador: Avenida Guarcia Rodrigues Paes, nº 16701/902 – Torre 1 – Bairro Barbosa Lage – Juiz de Fora (JF), Minas Gerais (MG), Brasil. CEP: 36085-680. Telefone: (32) 991842957 - E-mail: [laerciodl28@hotmail.com](mailto:laerciodl28@hotmail.com)

“Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar. Maracanã- Rio de Janeiro – RJ. E-mail- [ética@uerj.br](mailto:ética@uerj.br) – tel. (021) 23342180”.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - A1

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções sexualmente transmissíveis

**Pesquisador:** Thelma Spindola

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36520914.0.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 902.543

**Data da Relatoria:** 12/11/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de Pesquisa: Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções sexualmente transmissíveis de autoria de Thelma Spindola, tendo como objeto de estudo "a vulnerabilidade da população jovem às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)" e tem como objetivos: Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens. O estudo terá como participantes, 360 discentes regularmente matriculados nas seguintes unidades acadêmicas da UERJ: Faculdade de Enfermagem (ENF), a Faculdade de Engenharia Civil (FEN) e de Educação (FE). O estudo terá uma abordagem quanti-qualitativa, sendo a seleção para a abordagem quantitativa será realizada através de sorteio do número da lista de chamada. A abordagem qualitativa será realizada por convite dos discentes. As técnicas para coleta de dados serão questionário e grupo focal. A análise de dados dar-se-á através de análise de conteúdo proposto por Bardin(2007) e tabulação e análise de dados através

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã

**CEP:** 20.550-900

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180

**Fax:** (21)2334-2180

**E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 802.543

dos programas Excel 2003 e SPSS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os aspectos culturais e sociais, o comportamento e as práticas sexuais dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**Objetivo Secundário:**

1- Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; 2- Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; 3- Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; 4- Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; 5- Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; 6- Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**1- Quanto aos riscos:**

A pesquisa não oferecerá riscos relacionados com a participação dos estudantes, entretanto caso sintam desconforto, tristeza, angústia com as questões poderão recusar em participar da pesquisa a qualquer momento ou em responder qualquer pergunta que por ventura possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Caso necessitem de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do HUPE –DISHUPE.

**2- Quanto aos Benefícios:**

Os benefícios relacionados são: conhecer a visão dos jovens acerca das DST, os mitos, preconceitos, crenças, tabus e o comportamento sexual dos jovens e contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de DST; contribuir para a formação de profissionais da saúde; estimular outros profissionais a desenvolver pesquisas com a temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Bastante adequada e apropriada a realidade brasileira atual.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Informa financiamento próprio;

Cronograma executável e dentro da temporalidade exigida;

A folha de rosto está assinada pela pesquisadora e como Instituição proponente a diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ; e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 5ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 902.543

TCLEs adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2015. 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.

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:

Patrícia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ªand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-000

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

## ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - A2

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções sexualmente transmissíveis

**Pesquisador:** Thelma Spindola

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 36520914.0.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.396.324

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma emenda de projeto já aprovado neste CEP intitulado Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções sexualmente transmissíveis, que incorporou o Instituto de Nutrição entre os seus cenários de estudo.

A pesquisa: Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de Infecções sexualmente transmissíveis de autoria de Thelma Spindola, tem como objeto de estudo "a vulnerabilidade da população jovem às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)" e tem como objetivos: Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade; Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade; Descrever o comportamento dos jovens em relação a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis; Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual; Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens. O estudo terá como participantes, discentes regularmente matriculados nas seguintes unidades acadêmicas da UERJ: Faculdade de Enfermagem (ENF), a Faculdade de Engenharia Civil (FEN) e de Educação (FE). Com esta emenda, fica incluída o Instituto de Nutrição. O estudo terá uma abordagem quanti-qualitativa, sendo a seleção para a abordagem quantitativa será realizada

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.386.324

através de sorteio do número da lista de chamada. A abordagem qualitativa será realizada por convite dos discentes. As técnicas para coleta de dados serão questionário e grupo focal. A análise de dados dar-se-á através de análise de conteúdo proposto por Bardin(2007) e tabulação e análise de dados através dos programas Excel 2003 e SPSS

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os aspectos culturais e sociais, o comportamento e as práticas sexuais dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

#### **Objetivo Secundário:**

1- Identificar os aspectos culturais e sociais que permeiam as concepções dos jovens sobre o exercício da sexualidade;2- Conhecer o posicionamento dos jovens em relação à preservação de sua saúde sexual e negociação do sexo seguro; 3- Descrever as práticas sexuais dos jovens no contexto da sexualidade;4- Descrever o comportamento dos jovens em relação à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis;5- Analisar as vulnerabilidades próprias dos jovens relativas à sua saúde sexual;6- Discutir práticas educativas e o papel do enfermeiro nas orientações para a saúde sexual dos jovens.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **1- Quanto aos riscos:**

A pesquisa não oferecerá riscos relacionados com a participação dos estudantes, entretanto caso sintam desconforto, tristeza, angústia com as questões poderão recusar em participar da pesquisa a qualquer momento ou em responder qualquer pergunta que por ventura possa causar algum constrangimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal. Caso necessitem de qualquer esclarecimento ou atendimento psicossocial, será garantida assistência pela equipe de profissionais de saúde da Divisão de Saúde do HUPE –DISHUPE.

##### **2- Quanto aos Benefícios:**

Os benefícios relacionados são: conhecer a visão dos jovens acerca das DST, os mitos, preconceitos, crenças, tabus e o comportamento sexual dos jovens e contribuir para o planejamento de ações com vistas à prevenção de DST; contribuir para a formação de profissionais da saúde; estimular outros profissionais a desenvolver pesquisas com a temática.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante que se amplia para outras unidades da universidade, trazendo contribuições para as mesmas.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ªand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.396.324

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Informa financiamento próprio;

Cronograma executável e dentro da temporalidade exigida;

A folha de rosto está assinada pela pesquisadora e como Instituição proponente a diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Inclui a carta de anuência da Nutrição assinada e carimbada pela direção do Instituto de Nutrição.

TCLEs adequados

Recomendações:

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para junho de 2020. 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações_BÁSICAS_1375094_E1.pdf	07/06/2019 20:50:39		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_nut.pdf	07/06/2019 20:38:15	Thelma Spindola	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendiceb_termo.doc	07/06/2019 20:34:44	Thelma Spindola	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendiceb_termo.doc	07/06/2019 20:32:21	Thelma Spindola	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto pesquisa vulnerabilidade Jovens.doc	20/10/2014 20:51:26		Acelto

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.396.334

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE B - TCLE pesquisa vulnerabilidade.doc	20/10/2014 20:27:44		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE A - TCLE pesquisa vulnerabilidade.doc	20/10/2014 20:27:26		Acelto
Folha de Rosto	Folha rosto pesquisa DST.pdf	20/08/2014 10:44:50		Acelto
Outros	ICD Quantil Pesquisa Vulnerabilidade.doc	16/08/2014 21:10:00		Acelto
Outros	THELMA ENGENHARIA 1.JPG	16/08/2014 21:05:52		Acelto
Outros	THELMA EDUCAÇÃO.JPG	16/08/2014 21:04:58		Acelto
Outros	THELMA ENFERMAGEM.JPG	16/08/2014 21:04:24		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Junho de 2019

Assinado por:

Patrícia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador(a))

## ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – B

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis.

**Pesquisador:** Thelma Spindola

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56763316.1.0000.5291

**Instituição Proponente:** ANTARES EDUCACIONAL S.A.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.577.311

**Apresentação do Projeto:**

ok

**Objetivo da Pesquisa:**

ok

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

ok

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

ok

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

ok

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

ok

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, casa 3, 2º andar  
 Bairro: Tijuca CEP: 20.271-020  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)1574-8800 Fax: (21)1574-6500 E-mail: cep@uva.br

UNIVERSIDADE VEIGA DE  
ALMEIDA / UVA



Continuação do Parecer: 1.577.311

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_880884.pdf	09/04/2018 20:34:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/04/2010 20:33:00	Thelma Spindola	Aceito
Outros	ICD.pdf	03/04/2018 13:10:00	Thelma Spindola	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_902543.pdf	03/04/2010 13:07:53	Thelma Spindola	Aceito
Orçamento	Isencao_de_custos.pdf	03/04/2018 12:54:14	Thelma Spindola	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	03/04/2010 12:53:24	Thelma Spindola	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/04/2018 12:48:42	Thelma Spindola	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_vulnerabilidade_jovens.pdf	03/04/2018 12:48:00	Thelma Spindola	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Junho de 2016

---

Assinado por:  
Celso da Silva Queiroz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ibituruna nº 105, casa 3, 2º andar  
Bairro: Tijuca CEP: 20.271-090  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)1674-8800 Fax: (21)1674-8800 E-mail: ocp@uva.br