

Grau de conhecimento e comportamento de universitários gaúchos em relação à HIV/AIDS

The knowledge degree and behavior of university students related to AIDS

SINOPSE

Verificar, em um grupo de universitários, o grau de conhecimento das formas de contágio da AIDS e comportamento frente à situação de risco de contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Estudo transversal, com 670 alunos que preencheram um questionário sobre uso de métodos anticoncepcionais, formas de contágio do HIV, vantagens do uso do condom e comportamento frente à situação hipotética de risco sexual para AIDS.

Encontrou-se que 98% dos alunos sabiam que a AIDS é sexualmente transmitida e 96,7% sabiam que o condom proporciona sexo seguro. Entretanto, 44,2% dos alunos referiram conduta de sexo não seguro, sendo que o sexo masculino apresentou uma chance 4,95 vezes maior do que o sexo feminino de ter esta conduta de risco ($p < 0,001$). Observou-se que 28,7% dos alunos sabiam que existe igualdade de risco de contágio em relação sexual com pessoa HIV positiva e com pessoa com AIDS.

Os alunos avaliados possuem conhecimento incompleto e fragmentado das formas de contágio da AIDS. Os homens expõem-se mais a situações de sexo não seguro, enquanto que o sexo feminino preocupa-se mais com a prevenção da gravidez do que com o risco de infecção sexualmente transmissíveis.

UNITERMOS: AIDS, Doenças Sexuais, Prevenção, Adolescentes, HIV, Doenças Infecciosas.

ABSTRACT

To verify among university students the knowledge degree and behavior related to the transmission of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and to the contamination with the Human Deficiency Virus (HIV).

A transversal study was conducted with 670 students which filled a survey about anticonceptual methods, forms of HIV contamination, advantages of using condom and behavior when faced with a hypothetical situation of risk for contamination with HIV through sex.

Ninety eight percent of university students knew that AIDS is a sexually transmitted disease and 96,7% knew that condom represents a safe measure of avoiding the transmission of AIDS through in sexual relations. Although, 44,2% of students answered responses compatibles with a non safe sex for AIDS transmission, and male showed 4,95 more chance for this high risk behavior than female ($p < 0,001$). We observed that 28,7% of students didn't know that the risk for HIV contamination is the same when having non safe sex relation with a person with AIDS or just HIV positive.

The students have an incomplete and fragmented knowledge about the forms of AIDS contamination. Male were prone to assume more frequently the non safe sex while female were more concerned with pregnancy prevention than with the risk for sexually transmitted diseases.

KEY WORDS: AIDS, Sexual Disease, Prevention, Adolescent, HIV, Infectious Diseases.

CLÁUDIA DE SOUZA PRATES PICCOLI – Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da PUCRS, Mestre em Pediatria pela PUCRS.
AIRTON TETELBOM STEIN – Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da FFFCMPA, Mestre em Saúde Pública pelo *London School of Tropical Medicine* e Doutor em Epidemiologia pela UFRGS.

JEFFERSON PEDRO PIVA – Professor Adjunto dos Departamentos de Pediatria das Faculdades de Medicina da PUCRS e UFRGS, Mestre em Farmacologia pela FFFCMPA e Doutor em Pediatria pela UFRGS.

✉ Endereço para correspondência:

Cláudia Piccoli

Av. Iguazu 67, ap. 101

90-470430 – Porto Alegre – RS – Brasil

✉ claupi@portoweb.com.br

está recebendo informação adequada ou suporte para poder escolher comportamentos saudáveis que previnam a infecção, a reinfecção ou a infecção de seus parceiros (1, 2, 3).

A infecção da AIDS é causada por um retrovírus humano RNA citopático, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Após a exposição, há um período de incubação de 2 a 6 semanas antes do início dos sintomas. A infecção primária pelo HIV marca o início de uma variedade de doenças clínicas; algumas pessoas têm uma infecção primária assintomática, enquanto outras apresentam uma síndrome retroviral aguda, que é caracterizada como uma moléstia semelhante à mononucleose com febre, faringite, linfadenopatia e rash cutâneo. Infecção primária sintomática é preditiva para uma rápida progressão ao diagnóstico de AIDS (4).

O HIV tem sido isolado do sangue, do sêmen, de secreções cervicovaginais, da saliva, da lágrima, da urina, do leite humano, do líquido cefalorraquidiano e do líquido amniótico. Entretanto, o contágio só está claramente associado, segundo evidências epidemiológicas, através do contato sexual, da exposição parenteral a sangue e derivados do sangue e por transmissão vertical (5, 6, 7).

INTRODUÇÃO

O risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo

a AIDS, é uma das maiores ameaças à saúde do adolescente. A incidência de AIDS está aumentando nos jovens; estudos indicam que esta população não

A transmissão sexual é o principal modo de propagação da infecção pelo HIV na maioria dos países em desenvolvimento, e tem sido atribuída a intercurso anal, vaginal e, menos frequentemente, oral. O contágio é bidirecional, tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais. O risco de transmissão aumenta com a prática do intercurso anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado. A presença de DST, a ausência de circuncisão, relações sexuais durante o período menstrual e a primeira relação sexual feminina também aumentam a possibilidade de transmissão do HIV (8, 9, 10, 11). Recentemente, foi documentado que a redução das DST pode também reduzir a transmissão do HIV (8, 12). O risco de transmissão sexual é maior quando o parceiro infectado tem alta carga viral, porque isso pode estar correlacionado com alta carga viral no trato genital. Uma situação em que isto ocorre é quando a pessoa infectada pelo HIV está no período de "janela imunológica", entre a infecção e a soroconversão, período no qual não sabe estar contaminada (8).

O comportamento é o maior fator de risco para contágio com o HIV entre adolescentes. Virtualmente, todos os novos casos entre jovens resultarão de contato sexual e uso de drogas. A combinação de atitudes de exposição a riscos, próprios da adolescência, e a falta de conhecimento aumentam a probabilidade de infecção. Além disso, a maioria dos adolescentes não se considera em risco para o HIV (13, 14, 15, 16).

Um estudo com 274 estudantes da Universidade de Passo Fundo, RS, concluiu que os alunos, de uma maneira geral, têm alto grau de preocupação com a AIDS, entretanto apresentam inconsistência na prevenção (17). Outra pesquisa sobre conhecimento feita com 736 alunos aprovados na UNICAMP, em 1986 e 1987, mostrou que a maioria sabia que o condom diminui o risco de contágio com o HIV, e 85% sabiam que a principal via de transmissão é a sexual (18). Em 1987, foi realizado, com alunos da Pontifícia Universitária do Rio Grande do Sul

(PUCRS), um estudo que mostrou que a maioria dos entrevistados sabia identificar os principais meios de transmissão do HIV e que houve modificação de comportamento sexual, devido ao conhecimento desta patologia, com inclusão do uso de preservativos e diminuição do número de parceiros. Os alunos também referiram os meios de comunicação como principal fonte de informação (19).

O que o jovem sabe e como se comporta é importante na estratégia de planejamento de educação para a saúde de uma epidemia, na qual o comportamento de usar o condom pode fazer a diferença entre uma pessoa tornar-se ou não infectada pelo HIV, pois quando o preservativo é usado de forma consistente e correta torna-se efetivo na prevenção de uma variedade de DST, incluindo a AIDS (20, 21).

O objetivo deste estudo foi o de verificar o grau de conhecimento e atitudes de alunos universitários em relação a AIDS. Foi investigado se os adolescentes identificavam corretamente as formas de contágio da AIDS, e descrito o comportamento do jovem em relação à situação hipotética de risco para contágio com o HIV.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo é de delineamento transversal, do tipo exploratório descritivo e de caráter quali-quantitativo. A pesquisa foi feita através da aplicação de um questionário, preenchido na própria sala de aula, durante o mês de agosto de 1998, em alunos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: a) ter idade de até 20 anos; b) ter ingressado na PUCRS no ano de 1998; c) estar presente na sala de aula no dia de realização da pesquisa; d) concordar em participar da pesquisa e; e) estar matriculado em uma das seguintes Faculdades: Odontologia, Medicina, Psicologia, Direito, Engenharia, Administração de Empresas, Jornalismo e Publicidade.

O cálculo do tamanho da amostra foi de 574 participantes, com intervalo

de confiança de 95%, e erro aceitável de 3%, partindo-se do pressuposto que 40% dos alunos tinham conhecimento adequado em relação à AIDS. O número de alunos participantes de cada faculdade foi proporcional ao número total de alunos matriculados em cada curso, ingressos em março de 1998, com idade de até 20 anos.

O questionário é estruturado, do tipo auto-aplicável, composto de vinte questões, abordando conhecimento e comportamento sobre AIDS e HIV, utilização de métodos anticoncepcionais, e uso de álcool, drogas e cigarro. Foi informado aos alunos que a pesquisa era sobre métodos anticoncepcionais e DST, sendo que as perguntas sobre AIDS foram colocadas de maneira não ordenada. O objetivo desta técnica de pesquisa foi o de não direcionar e não constrangir os alunos, na tentativa de obter respostas mais confiáveis. Foi apresentada a seguinte vinheta "*Em uma festa você conhece alguém e ficam juntos. Se no fim da festa surgiu um clima, com grande atração sexual, você transaria mesmo que fosse impossível conseguir camisinha?*", para avaliação hipotética do comportamento frente à situação de sexo não seguro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Científico e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Foi utilizado o consentimento verbal.

Foi realizada estatística descritiva através do programa Epi-Info 6.04; as variáveis contínuas foram expressas em médias e desvio padrão e as variáveis categóricas expressas em percentagens. Nas comparações de proporções com variáveis categóricas, foi utilizado o Teste do χ^2 , considerando-se significativo um $p < 0,05$. Foi calculada a razão de chances e seu intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A análise da pesquisa foi baseada nos questionários de 670 alunos, sendo 348 do sexo masculino (51,9%) e 322 do sexo feminino (48,1%). A média de idade foi de 18,4($\pm 0,9$) anos. Como pode ser observado na Tabela 1,

o número de questionários preenchidos superou o mínimo proposto no cálculo da amostra em todas as faculdades propostas a participarem da pesquisa.

A doença sexualmente transmissível mais citada, por 661 alunos, foi a AIDS, seguida da gonorréia e da sífilis, não se encontrando diferença estatística entre os sexos (Tabela 2).

Quando se investigou a maior preocupação em relação às DST, a AIDS foi a doença mais referida (609 alunos; 90,8%), seguida por sífilis (15,6%), gonorréia (10,4%) e herpes (4,6%).

Na avaliação do método anticoncepcional mais utilizado, observou-se que o condom foi apontado por 59,8% da população estudada como opção de controle de gravidez, sendo que a pílula ficou em segundo lugar (30%). Cruzou-se o tipo de anticoncepcional pre-

ferentemente usado em relação ao sexo, encontrou-se que 77,6% dos alunos utilizam o condom, enquanto que 48,1% das alunas optaram pela pílula e 39,7% pelo preservativo. Os alunos do sexo masculino referiram utilizar a camisinha 5,2 vezes mais do que as alunas do sexo feminino (IC95%=3,7-7,4), como está demonstrado na Tabela 3.

Encontrou-se que a maioria dos alunos conhece as principais vantagens do uso do condom, sendo que sexo seguro foi citado por 96,7% e anticoncepção 89,2% dos alunos, sem haver diferença no índice de respostas em relação ao sexo.

Dos seiscentos e sessenta e seis alunos que responderam a questão de sexo não seguro com parceiro previamente desconhecido (vinheta), 76,6% disseram que não manteriam relação sexual,

entretanto, 155 alunos não excluíram esta possibilidade (Tabela 4). Destes, 139 eram do sexo masculino (89,7%) e 16 do sexo feminino (10,3%), $p < 0,001$. O sexo masculino apresentou chance 12,7 vezes maior do que o sexo feminino de realizar sexo inseguro (RC=12,7, IC.95%= 7,1-22,8).

Quanto aos fatores que poderiam alterar a conduta em relação à questão de sexo não seguro, 424 alunos (65,4%) responderam que nada alteraria a conduta relatada, mas 232 alunos (34,6%) afirmaram que eventualmente poderiam alterar o comportamento, sendo 164 do sexo masculino e 68 do sexo feminino, $p < 0,001$. Dos 515 alunos que anteriormente afirmaram que não manteriam relação sexual na situação proposta, 72,4% mantiveram a mesma conduta, enquanto que 141 poderiam alterá-la (Tabela 5).

Somando estes 141 alunos com os 155 que já haviam relatado sexo inseguro, obtivemos um total de 296 alunos (44,2%) que poderiam ser expor às DST, sendo 216 alunos do sexo masculino 80 do sexo feminino ($p < 0,001$). Os alunos apresentam um risco 4,9 vezes maior do que as alunas de se exporem a à situação de sexo não seguro (RC = 4,9, IC 95% = 3,5-7,0).

Na citação de problemas que eventualmente poderiam ter decorrentes de uma relação sexual, observou-se uma nítida diferença de preocupações entre os sexos, como podemos ver na Tabela 6. Cabe ressaltar que, dentre as doenças referidas, a AIDS foi nominalmente citada por apenas 24 alunos, havendo contraste com a preocupação com AIDS anteriormente referida por 609 alunos.

Ao serem perguntados se o risco de contágio pelo HIV é o mesmo em uma relação sexual com alguém com AIDS ou com alguém apenas portador do vírus HIV, a maioria dos alunos, 71,3%, respondeu, corretamente, que o risco é o mesmo. Entretanto 11,3% responderam que o risco não é o mesmo e 17,4% não tinham certeza.

A maioria dos alunos possuía informações corretas sobre as formas de contágio. A maior desinformação de risco real de contágio diz respeito a ta-

Tabela 1 – Número de indivíduos calculados para a pesquisa e os questionários obtidos por sexo

Faculdade	Nº calculado	Nº pesquisa (%)	Masc. (%)	Fem. (%)
Odontologia	31	48 (100%)	13 (27,1%)	35 (72,9%)
Medicina	32	46 (100%)	19 (41,3%)	27 (58,7%)
Jornalismo e Publicidade	29	32 (100%)	7 (21,9%)	25 (78,1%)
Adm. Empresas	93	99 (100%)	57 (57,6%)	42 (42,4%)
Psicologia	37	51 (100%)	3 (5,9%)	48 (94,1%)
Engenharia	151	159 (100%)	144 (90,6%)	15 (9,4%)
Direito	201	235 (100%)	105 (44,7%)	130 (55,3%)
Total	574	670 (100%)	348 (51,9%)	322 (48,1%)

Tabela 2 – Doenças sexualmente transmissíveis conhecidas, por sexo

Doenças	Masculino Nº (%)	Feminino Nº (%)	p
AIDS	341 (98,3%)	320 (99%)	0,5
Gonorréia	295 (85%)	262 (81,1%)	0,2
Sífilis	278 (80%)	269 (82,3%)	0,3
Herpes	122 (35,1%)	150 (46,4%)	0,003

Tabela 3 – Método anticoncepcional usado em relação ao sexo dos alunos

Método Anticoncepcional	Sexo Masculino (%)	Sexo Feminino (%)	p
Camisinha	270 (77,6%)	128 (39,8%)	< 0,001
Pílula	51 (14,6%)	155 (48,1%)	< 0,001
Diafragma/ Geléia	0 (0,0%)	2 (0,6%)	= 0,4
Tabela/ Coito interrompido	2 (0,6%)	1 (0,3%)	= 0,9
DIU	0 (0,0%)	4 (1,2%)	= 0,1
Nenhum	8 (2,3%)	3 (0,9%)	= 0,2
Camisinha + pílula	12 (3,4%)	28 (8,7%)	< 0,01
Camisinha + coito interrompido	2 (0,6%)	0 (0,0%)	= 0,5
Não informado	3 (0,9%)	1 (0,3%)	= 0,6
Total	348 (100%)	322 (100%)	

tuagens, conhecida apenas por 58,8% dos alunos. A Tabela 7 mostra as formas corretas de contágio assinaladas pelos alunos.

Vários alunos, entretanto, assinalaram opções erradas como sendo fonte de contaminação. A doação de sangue foi indicada por 54,2%, o beijo por 5,7%, o contato social com pessoa HIV positiva foi relatado por 1,6% e a utili-

zação de banheiros públicos por 1,2% dos alunos.

Somente 127 alunos (18,9%) marcaram apenas as alternativas corretas de contaminação do HIV, sendo que 57 (44,9%) eram do sexo masculino e 70 (55,1%) eram do sexo feminino, $p = 0,09$.

Selecionou-se estes 127 alunos (18,9%) e analisou-se com os que res-

ponderam afirmativamente a igualdade de risco de contágio sexual com parceiro HIV positivo e com parceiro com AIDS. O grupo encontrado foi de somente 97 (14,5%) estudantes, sendo 43 do sexo masculino e 54 do sexo feminino ($p=0,1$). Estes são os alunos considerados, neste trabalho, como realmente possuidores de conhecimento completo sobre os riscos de contágio com o HIV.

Tabela 4 – Conduta afirmativa frente a situação de sexo não seguro*

	Nº	Percentual
Sim	65	9,8%
Sim, se certeza de não gravidez	36	5,4%
Sim, se pessoa sempre sonhada	31	4,7%
Sim, dependendo da situação	19	2,8%
Sim, se não gravidez e não AIDS	4	0,6%
Total	155	23,4%

* Pergunta feita: Em uma festa você conhece alguém e ficam juntos. Se no fim da festa surgisse um clima, com grande atração sexual, você transaria mesmo se fosse impossível conseguir camisinha?

Tabela 5 – Causas de mudança de comportamento para sexo não seguro, por sexo dos alunos*

	Sexo masc. (%)	Sexo fem. (%)	Total (%)
Consumo de álcool e drogas	29 (37,6%)	35 (54,6%)	64 (45,3%)
Boa aparência física e social	31 (40,2%)	12 (18,7%)	43 (30,6%)
Depressão	4 (5,3%)	2 (3,1%)	6 (4,3%)
Impulso e atração	1 (1,3%)	4 (6,2%)	5 (3,5%)
Pressão social	2 (2,3%)	0 (0%)	2 (1,4%)
Outros	10 (13%)	13 (17,4%)	21 (14,9%)
Total	77 (100%)	64 (100%)	141 (100%)

* Em alunos que haviam anteriormente referido conduta de sexo seguro.

Tabela 6 – Preocupações decorrentes de relação sexual relatadas pelos alunos, por sexo

	Masculino N(%)	Feminino N(%)	P	χ^2
Gravidez	69 (19,8%)	117 (36,3%)	<0,001	11,8
Doenças	80 (23%)	104 (32,3%)	<0,01	6,82
Camisinha	83 (23,8%)	81 (25,1%)	0,7	0,09
Impotência/Ej. Precoce	80 (23%)	9 (2,8%)	<0,0001	57,47
Prob. com sexualidade	31 (8,9%)	35 (10,9%)	0,47	0,5

Tabela 7 – Formas corretas de contágio do HIV conhecidas pelos alunos, por sexo

Forma de contágio	N (%)	Sexo Masc. (%)	Sexo Fem. (%)
Compartilhamento de seringas	664 (91,1%)	343 (98,5%)	321 (99,6%)
Relação homossexual	639 (95,4%)	328 (94,2%)	311 (96,5%)
Transfusão de sangue	626 (93,4%)	319 (91,6%)	307 (95,3%)
Transmissão vertical	616 (91,9%)	309 (88,8%)	307 (95,3%)
Relação heterossexual	615 (91,8%)	314 (90,2%)	301 (93,5%)
Tatuagens	394 (58,8%)	197 (56,6%)	197 (61,2%)

DISCUSSÃO

Os universitários avaliados neste estudo têm um alto grau de lembrança em relação à AIDS, pois, quando perguntados sobre quais são as doenças sexualmente transmissíveis, esta patologia foi a mais citada, pela quase totalidade dos alunos, sendo igualmente a DST de maior preocupação da maioria dos alunos. Entretanto, existe uma inconsistência entre o conhecimento teórico e a prática, pois quando perguntados especificamente sobre que tipos de problemas poderiam ter como decorrência de uma relação sexual, somente 27,4% referiram a possibilidade de adquirir alguma doença, sendo a AIDS nominalmente citada por 3,1% dos alunos. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo com universitários gaúchos (17).

O método anticoncepcional usado por 77,6% dos alunos do sexo masculino foi o condom, enquanto que no sexo feminino a pílula foi referida por metade das alunas e o condom por 39,8%. Sexo seguro e anticoncepção foram indicados pela quase totalidade dos alunos como sendo a principal vantagem do uso do condom, o que mostra que os alunos têm um adequado conhecimento de sua utilidade. Entretanto, este conhecimento não é aplicado na prática, pois as alunas preferem utilizar mais o contraceptivo oral, protegendo-se somente da gestação. A população feminina deste estudo preocupa-se mais em evitar a gravidez do que com a prevenção da AIDS e de outras DST, o que está de acordo com a cultura vigente no nosso meio, onde a maior preocupação do sexo feminino

é com a gravidez. Béria e col. encontraram que a orientação sexual familiar recebida por jovens prioriza, no sexo feminino, a gravidez e a virgindade, e, no masculino, são enfatizados mais as DST e AIDS (22). Estes dados são consistentes com o obtido em um estudo na cidade gaúcha de Pelotas, que encontrou resultados semelhantes (23).

O gênero masculino, em maior proporção, assumiu a possibilidade teórica de sexo sem preservativo com parceiro previamente desconhecido do que o feminino, assim como também referiu maior chance de mudar de posicionamento. A principal causa de mudança de sexo seguro para sexo inseguro foi o consumo de álcool, admitido por ambos os sexos.

Cerca de metade dos alunos admitiram conscientemente que se exporiam a sexo sem camisinha com parceiro previamente desconhecido, apesar da grande maioria afirmar que se preocupa com a AIDS, e de saber que o HIV é sexualmente transmitido. Se levarmos em conta que a relação sexual envolve, também, pressão social dos amigos, emoção e empolgação momentânea, além do raciocínio orientado pela razão, é possível que um número bem maior de alunos do que o relatado realmente possa se envolver em situações de risco.

É preocupante que cerca da metade dos alunos tenham admitido a possibilidade de expor-se a sexo não seguro, sendo 73% destes do sexo masculino. Entretanto, apesar de teoricamente os homens exporem-se mais a situações de risco, é maior o risco de contágio sexual com o HIV nas mulheres, principalmente se forem adolescentes, por terem a mucosa vaginal imatura, com grandes áreas de ectopia cervical, que é mais sensível ao trauma durante o ato sexual (8, 10, 11, 24, 25, 26, 27). Além disto, as adolescentes mais provavelmente relacionam-se com parceiros mais velhos, que conseqüentemente também têm maior chance de serem HIV positivos (28).

É elevado o número de alunos que não estão informados dos riscos que correm durante a relação sexual, por não saberem que o contágio com

HIV acontece não somente quando o parceiro já apresenta manifestação sintomática da doença, mas também quando é portador do vírus. Nossos resultados mostram que 34% das alunas e 24,3% dos alunos não possuem esta informação. Os alunos podem estar se contaminando com a AIDS, baseando sua avaliação de ausência de risco na boa aparência física e nível social, que foram descritos por 30% dos alunos que admitiram que estas seriam causas de mudança de comportamento para situação de sexo não seguro.

Dentre as seis alternativas corretas de contágio com o HIV colocadas como opção, cinco eram conhecidas por mais de 90% dos alunos. O risco de contágio através das tatuagens era conhecido por somente pouco mais da metade dos alunos. Observou-se que muitos alunos que assinalaram as formas corretas também assinalaram formas erradas, significando que o conhecimento não é completo, podendo haver muito preconceito e desinformação. O preconceito e a informação incorreta ou parcial são fatos importantes, que influem no controle desta epidemia, pois aumentam a segregação social imposta às pessoas portadoras do vírus ou com AIDS. A segregação social faz com que o indivíduo esconda a sua situação, o que pode aumentar o risco de contágio e de controle da doença.

Considerou-se que os alunos com conhecimento completo das formas de contágio foram aqueles que assinalaram apenas as formas corretas de contágio entre as opções propostas e sabiam que o risco de contágio sexual é igual com pessoa HIV positiva ou com pessoa portadora da síndrome. Com estes critérios, encontrou-se apenas 14,5% dos alunos, índice bastante baixo para uma população culturalmente diferenciada, como são os universitários. Isso é um indicador que existem lacunas de conhecimento sobre este assunto. Os jovens, além da inexperiência da idade, senso de onipotência e de invulnerabilidade, não estão sendo adequadamente informados a respeito de DST e AIDS, de maneira a poderem ter condutas saudáveis. Considerando que o conhecimento é essencial

para a tomada de decisões, é grave o fato de que a maioria dos alunos não ter embasamento teórico suficiente para subsidiar um comportamento sexual seguro.

Os resultados encontrados neste estudo permitem supor que: a) a maioria dos universitários incluídos na pesquisa não possuía um conhecimento completo a respeito dos meios de contágio da AIDS; b) a prevenção da gravidez preocupava mais ao sexo feminino do que a possibilidade de contrair DST; c) a maioria dos alunos avaliados sabia que o condom proporciona sexo seguro; d) os alunos do sexo masculino referiram mais um comportamento de sexo não seguro, e são mais influenciados por fatores como álcool e drogas para terem este tipo de conduta.

Com base nos resultados encontrados, sugere-se que instituições que tenham grande número de adolescentes incluam no currículo escolar ou acadêmico palestras e cursos informativos e de esclarecimento sobre a AIDS. Da mesma forma, outras pesquisas poderiam ser realizadas com jovens adolescentes de outros níveis sócioeconômicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DiCLEMENTE RJ. Preventing sexually transmitted infections among adolescents. *JAMA* 1998; 279:1574-5.
2. SILVER S, D'ANGELO L, MISCHKA K. Direct evaluation of adolescent HIV counseling and testing services. *AIDS patient care and STDs* 1998; 12: 295-301.
3. HEIN K. Risk Business: Adolescents and Human Immunodeficiency Virus. *Pediatrics* 1991; 88:1052-4.
4. RUSSEL ND, SEPKOWITZ KA. Primary HIV Infection: Clinical, immunologic, and virologic predictors of progression. *AIDS Reader* 1998; 8:164-72.
5. SILVA CLO, COLARES SM, MAIA TMR. Infecções no paciente imunodeprimido. In: Piva JP, Garcia PCR. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 4ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi. 1997; 347-82.
6. CURRAN JW. Epidemiology of HIV infection and AIDS. In: Bennet JC, Plum F. eds. *Cecil Textbook of Medicine*. 20th ed. Philadelphia: Editora WB Saunders Company. 1996; 1846-51.

7. SAAG MS. Prevention of HIV infection. In: Bennet JC, Plum F. eds. Cecil Textbook of Medicine. 20th ed. Philadelphia. Editora WB Saunders Company. 1996; 1851-54.
8. VERMUND, S.H. Transmission of HIV-1 among adolescents and adults. In: DeVita Jr VT, Hellman S, Steven A. AIDS: Biology, Diagnosis, Treatment and Prevention. Philadelphia: Editora Lippincott-Raven Publishers. 1997; 147-165.
9. CURRAN JW. Epidemiology of HIV infection and AIDS. In: Bennet JC, Plum F. eds. Cecil Textbook of Medicine. 20th ed. Philadelphia: Editora WB Saunders Company. 1996; 1851-4.
10. LEYNAERT B, DOWNS AM, DE VICENZI. Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *Am J Epidemiol* 1998; 148:88-96.
11. European Study on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of 563 stable couples. *BMJ* 1992; 304: 809-13.
12. GROSSKURTH H, MOSHA F, Todd J et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 346: 530-36.
13. CLARK LR BRASSAUX C, RICHMOND, GETSON P D'ANGELO LJ. Effect of HIV counseling and testing on sexually transmitted diseases and condom use in an urban adolescent population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 269-73.
14. HEIN K. Evolution or revolution: Reforming health care for adolescents in America. *J Adolesc Health* 1993; 14: 520-3.
15. GUTTMAACHER S, LIEBERMAN L, WARD D. Does access to condoms influence adolescent sexual behavior? *AIDS Reader* 1998; 8(4):201-5.
16. SELLERS DE, MCGRAW AS, MCKINLAY JB. Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for Latino youth. *Am J Public Health* 1994; 84:1952-8.
17. SANTOS A, DIEHL JA, BAGGIO L, DALMAGRO M, SALVI TC, BENICÁ CRS. Comportamento sexual de estudantes universitários em relação à prevenção contra a AIDS. *Revista de Filosofia e Ciências Humanas* 1997; ano 13, n. I e II: 67-80.
18. DÍAZ M, GOODSON P, FAÚNDES A. O risco de contaminação com vírus da AIDS e percepção desse risco entre estudantes da UNICAMP. *Reprodução* 1991; 6:239-43.
19. CARVALHAL GF, HUANG CH, MELO LL, BIANCHIN MM, ALCÂNTARA AS, PEREIRA LL. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Conhecimento e modificação sexual em estudantes universitários. *Revista de Medicina ATM* 91/2 vol.II, 1991; 19-32.
20. Centers for Diseases Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR* 1993; 42(No RR-14).
21. WARNER L, WARNER JC, BOLES J, WILLIAMSON J. Assessing condom use practices. *Sexually Transmitted Diseases* 1998; 25:273-7.
22. BÉRIA J, OLIVEIRA OMF, CARRET MLV. Adolescentes e DST/AIDS: pesquisa formativa em um estudo de intervenção. In: Béria J (org.) Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre. Tomo Editorial. 1998; 37-54.
23. BÉRIA J, MORRIS S, CARRET MLV. A transa e o uso de camisinha em adolescentes escolares no Sul do Brasil. In: Béria J (org.) Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998; 79-94.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Immunodeficiency among female partners of males with acquired immunodeficiency syndrome(AIDS) – United States. *MMWR* 1983; 31: 700-1.
25. BOUVET E, DE VICENZI I, ANCELLE-PARK RA, VACHON F. Defloration as risk factor for heterosexual HIV transmission. (Letter) *Lancet* 1989; 1:615.
26. LEHNER T, HUSSAIN L, WILSON J, CHAPMAN M. Mucosal transmission of HIV. (Letter) *Nature* 1991; 353:709.
27. LINDEGREN ML, HANSON C, MILLER K. Epidemiology of human immunodeficiency virus infection in adolescents, United States. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 525-35.
28. PLOTKIN AS, COOPER LZ, EVANS HE. Task Force on Pediatric AIDS. Adolescents and Human Immunodeficiency Virus Infection: The role of the Pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 1993; 92:626-30.