

Estudo sobre sífilis, gonorréia e AIDS no espaço de vida dos alunos universitários 3

Yara Lescura*
Marli Villela Mamede**

RESUMO

No presente trabalho objetivou-se identificar alguns determinantes do comportamento dos alunos universitários em relação às DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, baseado no Modelo de Crenças em Saúde.

Foram entrevistados 28 alunos pertencentes ao curso de graduação: Física. Fisioterapia e Ciências Biológicas, de uma Universidade Federal.

Os dados foram submetidos à análise qualitativa através da análise de Conteúdo de BARDIN (1991), que possibilitou através da categorização dos conteúdos das falas dos alunos a identificação de suas crenças em relação às DST de acordo com a suscetibilidade, seriedade, barreiras e benefícios percebidos.

* Professora Doutora da Universidade Federal de São Carlos do Departamento de Enfermagem.

** Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.

Recebido em 14.12.96

Aprovado em 8.1.97

Palavras-chave: Modelo de Crenças em Saúde, DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, Alunos Universitários; Mudança de Comportamento; Teoria de Campo.

Terms/subjects: Health Belief Model: Sexually Transmitted Diseases - Syphilis, Gonorrhoea and AIDS; University Students, Behavior Modification Field Theory.

1-INTRODUÇÃO

No presente trabalho objetivou-se identificar alguns determinantes do comportamento dos alunos universitários em relação às DST, devido ao fato de as mesmas apresentarem um nível cada vez mais elevado na população de adultos jovens. Essa preocupação decorre da gravidade de suas complicações em virtude das sérias consequências individuais, sociais e coletivas (FURTADO, 1978), principalmente em relação à AIDS, que continua se difundindo entre a população heterossexual de adultos jovens sexualmente ativos (MANNING e BALSON, 1989).

Por medo, desinformação ou mesmo vergonha, esses adultos jovens, quando contaminados pelas DST, muitas vezes não buscam tratamento adequado. Na prática, o que se observa é que quando adoecem vão atrás de conselhos de amigos, geralmente desinformados e/ou adotam a automedicação ou procuram tratamento em farmácias. É na prática, a partir da realidade onde se dão as relações homem-meio, que a educação em saúde se insere (MELLO, 1976). Partindo desse ponto de referência, a primeira preocupação deste trabalho foi inserir a educação em saúde no contexto da abordagem Lewiniana, cuja premissa básica é a “de que o mundo do percebido que determinará o que ele fará e não o ambiente físico, embora o ambiente físico exerça papel importante na maneira como ele é representado na mente do indivíduo (BECKER: DRACHMAN e KIRSCHT, 1974).

De acordo com LEWIN (1965) -qualquer comportamento ou mudança de comportamento no campo psicológico depende somente daquele campo psicológico naquele momento”. O comportamento não depende nem do passado e nem do futuro psicológicos, mas sim do campo presente, o qual possui uma dimensão de tempo, ou seja, inclui o passado psicológico e o futuro psicológico que vão constituir uma das dimensões básicas do espaço de vida.

Portanto, para a realização deste trabalho foi utilizado o Modelo de Crenças em Saúde, fundamentado na abordagem Lewiniana, para uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para o comportamento dos jovens universitários frente às DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, conforme apresentado no Quadro 1 (BECKER, M. H.: DRACHMAN, R. e KIRSCHT, J. P., 1974).

Para tanto, propôs-se verificar entre os alunos universitários:

- 1 - O conhecimento que possuem sobre as DST.
- 2 - A percepção da suscetibilidade e da seriedade em contrair DST.
- 3 - A percepção dos benefícios de medidas preventivas.
- 4 - A percepção da existência de barreiras para a tomada de ações preventivas em relação às DST.

Segundo o Modelo de Crenças em Saúde o comportamento de uma pessoa é influenciado por suas motivações e suas crenças. A motivação é operacionalizada em duas dimensões: o estado psicológico de prontidão para empreender uma ação específica e a extensão na qual o curso particular da ação é considerada benéfica para a redução da ameaça (ROSENSTOCK, 1966; MAIMAN e BECKER, 1974).

Portanto, para que o indivíduo emita comportamento preventivo em relação a uma dada doença necessita acreditar:

- 1º) que ele é realmente suscetível a ela;
- 2º) que a ocorrência da doença deverá ter pelo menos moderada seriedade em algum componente de sua vida; e
- 3º) que tomando uma ação particular, esta deverá ser benéfica, reduzindo sua suscetibilidade, ou seja, se a doença ocorrer, reduzirá sua seriedade e não acarretará barreiras psicológicas, tais como: custo, inconveniência, dor, embaraço, entre outros (ROSENSTOCK, 1974).

No entanto, chama-se a atenção para o fato de que somente a crença em relação à suscetibilidade e seriedade percebida de uma dada doença não define o curso particular da ação que deverá ser tomada. Esse curso particular será influenciado pela crença relacionada à eficácia da ação escolhida para reduzir a ameaça, para o que, algumas vezes, haverá necessidade da presença de um estímulo para a tomada de ação (ROSENSTOCK, 1966, 1974). Na área da saúde, os fatores que servem de estímulos para desencadear a ação poderão ser internos - percepção do estado físico - e externos - interações sociais, meios de comunicação, conhecimento de alguém

que já contraiu a doença, entre outros (ROSENSTOCK, 1966, 1974; JANZ e BECKER. 1984).

II - METODOLOGIA

Os elementos amostrais do presente estudo foram constituídos pelos alunos dos cursos de graduação da Universidade Federal de São Carlos, distribuídos em 17 cursos.

Foi utilizado o método de amostragem por conglomerado, onde cada curso de graduação correspondeu a 1 (um) conglomerado. Foram sorteados 15% dos conglomerados que corresponderam a 3 (três) cursos: Física (9 alunos), Fisioterapia (7 alunos) e Ciências Biológicas (12 alunos), totalizando 28 alunos.

Como elemento amostral foram sorteados 5% dos 3 (três) conglomerados, independente do semestre em curso. A escolha dos elementos amostras foi realizada através da listagem dos alunos dos conglomerados sorteados, utilizando-se a tabela de números aleatórios. Foram incluídos somente os alunos que estavam matriculados e cursando as disciplinas. Os alunos sorteados foram convidados verbalmente a participarem do trabalho e então foram realizadas entrevistas individuais, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi solicitada a permissão para que a entrevista fosse gravada, uma vez que o anonimato do aluno sorteado seria mantido.

A entrevista foi semi-estruturada, constituindo-se de um roteiro de forma a dar oportunidade aos sujeitos de exporem as suas percepções sobre o tema, de acordo com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde. Para a elaboração do referido roteiro, bem como para sua validação, utilizou-se de 10 juízes para certificar-se da pertinência das questões com os objetivos propostos.

A análise do conteúdo de entrevistas foi realizada através da técnica de emprego da análise temática como unidade de registro que, segundo BARDIN (1991), possibilita estudar motivações de opiniões, atitudes, tendências, crenças, valores, entre outros.

Assim, o conteúdo das entrevistas pôde ser agrupado segundo as seguintes unidades temáticas:

1º) Conhecimento sobre DST.

2ª) Pessoa mais vulnerável em contrair DST.

- 3º) Consequências das DST.
- 4º) Estratégias utilizadas pelos indivíduos que adquirem DST.
- 5º) Indicadores de aquisição de DST.
- 6º) Experiência com DST.

Após leituras repetitivas de cada unidade temática foi possível estabelecer categorias que representaram um conjunto de recortes de depoimentos dos sujeitos que emergiram para significados semelhantes.

III - ANÁLISE E DISCUSSÃO

Foi-se ao encontro da população estudantil amostrada para detectar *QUE CONHECIMENTO TINHAM SOBRE DST*, a fim de identificar suas percepções da suscetibilidade e seriedade de tais doenças, bem como a percepção dos benefícios das ações preventivas e de possíveis barreiras que pudessem impedir a emissão de comportamentos preventivos.

Os depoimentos dos alunos possibilitaram identificar que tais conhecimentos estão relacionados aos *Nome e Conceito dos DST, Via de Transmissão. População Mais Atingida, Prevenção e Tratamento das DST*.

Foi digno de atenção o fato de que os elementos dessa amostra, apesar de possuírem um alto nível de escolaridade em comparação com o contingente restante da população em geral, demonstraram um conhecimento limitado em relação aos nomes das DST, detectando-se que as mais citadas foram aquelas mais conhecidas popularmente: Sífilis, Gonorréia e AIDS.

- "...Bom no fim vou acabar, falando aqueles que... acredito que todo mundo conhece mais que é a sífilis, e gonorréia..." (Ent. 5).
- "...É basicamente as que eu me lembro são gonorréia, sífilis e AIDS..." (Ent. 6).

Apesar de poucos alunos citarem outros nomes, houve aqueles que não se lembravam:

- "...São gonorréia, sífilis, AIDS, é condiloma... herpes e mais algumas que não me ocorrem..." (Ent. 18).
- "...Sífilis, AIDS... gonorréia, cancro, tricomonas, candidíase..." (Ent. 19).

Isso vem confirmar que o nível de escolaridade não tem papel tão significativo em relação ao conhecimento sobre DST.

Pode-se ainda observar que a grande maioria dos sujeitos amestrados, ao serem indagados sobre o perfil dos indivíduos mais vulneráveis as DST, associa tal perfil às *Características Pessoais ligadas à Migração, Prostituição, Homossexualismo, Multiplicidade de Parceiros e Uso de Drogas*.

Ficou evidente que para tais alunos a suscetibilidade a uma dada doença, principalmente de transmissão sexual, aumenta de acordo com a multiplicidade e a intensidade dos contatos sexuais.

- *“...Os caminhoneiros, ele é mais vulnerável... porque viaja muito, é uma pessoa que pode contrair, inclusive disseminar, a doença, acho que os caminhoneiros. É os viajantes, esse pessoal que anda muito...”* (Ent. 25).

A migração foi lembrada pelos alunos por proporcionar os contatos sexuais e predispor a eles e, conseqüentemente, aos contatos com as DST (PEREIRA e SILVA, 1980; PASSOS e FONSECA, 1990).

Verifica-se que ainda existem alunos que acreditam que as pessoas mais vulneráveis são os homossexuais, o que sugere um imaginário social que pouco contribuiu para o controle das DST no país. Talvez essa imagem esteja ligada à AIDS, pois quando se fala em DST, ainda vem à mente a AIDS como doença de homossexuais.

“...Acho que são os homossexuais... que não tomam cuidado com a escolha de parceiros...” (Ent. 6).

“...No caso da AIDS são os homossexuais pelo menos que eu me lembro que mais ocorre os bissexuais, eu não sei, mas acho que também...” (Ent. 10).

Verifica-se que muitas informações que chegam ao público podem ser gravadas ou distorcidas na sua forma inicial, não acompanhando as mudanças ocorridas no padrão epidemiológico, como no caso da AIDS. Parece que esse conhecimento ficou arraigado na população, de tal modo que muitas pessoas continuam mantendo os mesmos padrões de comportamento sexual, acreditando que se encontram livres da suscetibilidade à AIDS, Por não serem homossexuais.

DUSENBURY et al. (1991) afirmam que a possível explicação para essa crença é que os adolescentes associam o fato de ser homossexual à AIDS e não pensam que “fazer sexo” já consiste num fator de risco.

Segundo PARKER (1994), com o surgimento da AIDS no começo da década de 80, uma estreita relação entre a epidemia e a homossexualidade masculina foi construída pelo imaginário coletivo e se mantém até hoje. No entanto, atualmente a epidemia atinge a todos indiscriminadamente, a despeito de suas preferências sexuais, o que tem levado tanto a ciência como o imaginário social a “des-homossexualizá-la”.

As *CONSEQUÊNCIAS DAS DST* como temática possibilitou verificar a percepção dos alunos sobre a seriedade de se contrair uma DST.

Verificou-se, através de seus depoimentos, que a questão DST é considerada um assunto sério para essa população amestrada, a ponto de permitir identificar temas que convergiram para questões relacionadas a *Consequências Físicas, Psicológicas e Sociais*.

Como as crenças referentes à percepção da seriedade varia de pessoa para pessoa, a seriedade poderá então ser medida pelo grau de tensão emocional criado pela visão subjetiva da doença, como também pela percepção das dificuldades trazidas aos indivíduos acometidos por aquela condição (ROSENSTOCK, 1966, 1974; JANZ e BECKER, 1984).

Assim, as *Consequências Físicas* foram detectadas pelos alunos quando ressaltaram a importância da *Deteção e Tratamento Precoce das DST*, a *Possibilidade de Morte*, como também *Limitações Físicas*, além da possibilidade de *Esterilidade*.

- “... A gonorréia e a sífilis podem ter consequências leves se forem tratadas no começo e desastrosas se deixadas... negligenciadas... “ (Ent. 2).

- “... Dependendo da doença pode ser bastante grave pode até levar à morte no caso da AIDS que é bastante conhecida...” (Ent. 27).

Tanto a gonorréia como a sífilis são doenças consideradas benignas quando detectadas e tratadas precocemente e de forma adequada (PASSOS e FONSECA, 1990), podendo a sífilis ser extremamente grave e até mortal se negligenciados a sua detecção e seu tratamento (BRASIL - Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 1991).

Foi possível também verificar que alguns alunos têm a percepção da possibilidade de repercussões desastrosas para a vida do indivíduo como a *Esterilidade* e a *Limitação Física*.

Podem até ficar estéreis, podem ter problemas mentais como na sífilis...
“ (Ent. 23).

Um problema físico é uma coisa lógica... onde você tem a diminuição da capacidade do organismo, se você era um atleta antes, hoje você vai ter a diminuição de sua resistência da sua habilidade... “ (Ent. 6).

Em termos de *Consequências Psicológicas e Sociais* a população amostrada identificou barreiras para a tomada de ações como *Estigma*, *Sentimentos de Culpa e de Vergonha*, *Preconceito*, o que dificulta a procura de um tratamento adequado, levando ao isolamento social quer pela própria família como pela sociedade.

“... Fica com medo de se expor porque... já fala sexualmente a coisa assim é só de muito íntimo, então a pessoa tem medo de ir no médico ginecologista, andrologista... também vai ter que se expor, vai ter que falar se ela tá coat tais e tais sintonas...” (Ent. 17).

No caso da sífilis, o indivíduo quando em processo de cura, ao ser submetido ao exame sorológico, poderá ser detectada uma titulação mesmo que mínima, a qual funciona com um marcador.

No controle da cura da sífilis, quando o exame VDRL permanece positivo com uma titulação baixa (1:2 ou 1:4), por duas ou três vezes consecutivas, o termo cicatriz sorológica é convencionalmente usado para definir essa situação (PASSOS et al., 1987).

“... A AIDS que não tem cura e a sífilis tem cura, agora... mais é uma doença que depois você fica marcado, se você fizer um exame de sangue aparece... então eu acho aí mexe com a cabeça.” (Ent. 19).

Os Sentimentos de culpa, Vergonha e Preconceito foram identificados como barreiras pelos alunos, visto que para eles são motivos impeditivos para a busca de suporte social.

SHAFER e BOYER (1991) relatam que a informação inadequada sobre o modo de transmissão e prevenção das DST, ou seja, o baixo nível de conhecimento faz com que surja nas pessoas o desejo de manter distância social, como reflexo do medo injustificado de adquirir a infecção através do contato casual, principalmente em se tratando de pessoas com AIDS.

“... Acredito que o principal problema seja o psicológico de uma pessoa, porque as pessoas quando contraem a doença, eu acho que ficam com vergonha das pessoas... “ (Ent. 5).

“... O maior problema é o problema social, problema de preconceito, como aquela lá ta com AIDS, aí credo não vou chegar perto.” (Ent. 3).

“... Podem sofrer é preconceito, discriminação, muitos colégios, aí os diretores não querem crianças ou jovens que tenham contato- porque falta informação...” (Ent. 22).

Pode-se observar, de acordo com os depoimentos dos alunos, que *as ESTRATÉGIAS UTILIZADAS* pelas pessoas que estão vivenciando uma DST parece ser um importante indicador da percepção de barreiras para tomada de ação, de modo que a maneira pela qual o indivíduo percebe *as* consequências da seriedade de uma dada doença, no caso a DST, para *a* sua vida, vai depender em parte da posição em que ele se coloca na situação (ROSENSTOCK, 1966, 1974). Os alunos percebem que a tomada de ações em relação às DST está atrelada à *Representação* que os indivíduos fazem sobre a doença, à *Condição Educacional e Socioeconômica*, bem como à *Rede de Suporte Social*.

Os alunos amestrados explicitaram que os *Sentimentos de Vergonha, Medo e o Isolamento Social* dos indivíduos com DST poderão estar representando forças de valências negativas, ou seja, forças frenadoras que impedem a tomada da ação, dificultando portanto a percepção dos benefícios advindos de um tratamento adequado, assim verbalizados:

- *“... Ficar com vergonha porque acha que vai ser discriminado por contrair uma doença sexualmente transmissível e então esconde e não procura tratamento...” (Ent. 4).*

- *“...Muitos deles não procuram as pessoas que possam ajudá-la, justamente pelo fato de terem vergonha de serem mal informados...” (Ent. 5).*

Os alunos deixam explícito em seus depoimentos que em decorrência da representação negativa demonstrada pela sociedade em relação às DST, a busca de tratamento torna-se prejudicada.

Apesar de as estratégias preventivas serem um ato voluntário consciente, os indivíduos só se sentirão motivados para realizá-las se uma *ação* particular representar benefícios para a redução de ameaça da doença e não representar barreiras psicológicas (ROSENSTOCK, 1974).

- *“... Tem pessoas que vão lá no farmacêutico para não enfrentar o médico porque ficam constrangidas vão no farmacêutico que receita qualquer coisa...” (Ent. 11).*

A possibilidade de receber ou ter fontes de Suporte Social é para os alunos um determinante importante na conduta diante de uma DST.

- “... A primeira coisa é conversar com o amigo dele, mais próximo dele pra dizer que ele deve fazer, então daí depende da pessoa... pode dizer para ir no medico, no farmacêutico...” (Ent. 11).

- “...Conversam com amigos que já tiveram, usam o mesmo tratamento que esses aí já usaram anteriormente... deve ser um negócio em cadeia...” (Ent. 15).

Como a percepção dos benefícios também varia de pessoa para pessoa, os alunos explicitaram que a adequação da conduta tomada vai depender da realidade subjetiva formada pelo indivíduo, pois para eles, muitas vezes, os acometidos pela doença procuram medidas alternativas, que não reduzirão a seriedade da DST; pelo contrário, contribuirão para o seu aumento.

Ao identificar *INDICADORES QUE CONTRIBUEM PARA A AQUISIÇÃO DAS DST*, pôde-se apreender que para os entrevistados tal fato existe em decorrência de questões ligadas à: *Cognição, Não Percepção à Suscetibilidade* e aos *Comportamentos Sexuais*. Os alunos atribuem à situação nacional vigente das DST a *Não Percepção da Suscetibilidade* como sendo um dos pontos chaves para a sua aquisição.

- “... Tem muita gente que mistifica essa doença, então não procuram informação, acham que com ele não vai pegar, só pega com os outros...” (Ent. 11).

- “... Acho que as pessoas... não acreditam muito que vai acontecer com elas, é aquele caso: amigo não acontece. Não usa camisinha, sai com qualquer um, acha que não vai acontecer com ele...” (Ent. 17).

Se o indivíduo nega que é sexualmente ativo ou que seu comportamento sexual envolva risco, não estará aberto para aprender e ou modificar seu comportamento sexual. A negação de serem sexualmente ativos, principalmente entre os jovens adolescentes, ou o medo de serem identificados como tal, segundo SMITH e LATHROP (1993), conduz a protesto contra a aceitação da educação sexual, assim como também acaba gerando oposição ao uso de preservativos.

- “... Você vê que ainda há muito contato sexual entre as pessoas com vários parceiros... elas não se importam de ficar com um parceiro hoje, outro amanhã e assim vai...” (Ent. 12.).

Diante de comentários de que os jovens universitários se tornam sexualmente ativos durante o período em que cursam a universidade, procurou-se verificar se isso realmente ocorre através do questionamento sobre a sua *EXPERIÊNCIA COM DST*.

Nessa temática, pôde-se identificar que os alunos amestrados responderam-na de forma diversificada, isto é, de acordo com o entendimento que tiveram sobre a questão como *Experiência Pessoal*, ou *de Vizinho, Parente, Amigos* ou sobre *Fontes de Informação*.

Quanto à *Experiência Pessoal* disseram que:

“... Eu particularmente nunca... nunca tive nenhuma doença pega dessa maneira...” (Ent. 10).

“... Nunca tive experiência com doenças desse tipo; eu sempre fui um cara que sempre tomei cuidado...” (Ent. 11).

Esses depoimentos não possibilitam inferir se tais alunos realmente tiveram DST par terem tomado medidas preventivas adequadas. Nos relatos que referiram terem adquirido DST, pôde-se inferir que não tomaram medidas preventivas para evitá-las e que a busca de tratamento aconteceu diante da presença do estímulo - sinais/sintomas.

- “... Agora no meu caso tive triconoma, triconomas? Eu tive, fiz um tratamento e.. nunca mais assim deu nada e quando tive, tinha uns 17 anos mais ou menos... fui ao médico, eu senti, comecei a notar um corrimento esverdeado assim, fui do médico, aí, fiz exame de lâmina... e deu isso aí, fiz tratamento... nunca mais tive nada...” (Ent. 19).

- “... Bom eu já tive uma vez, não me lembro o nome, eu tinha 16 anos ou 17, fui ao médico e coisa e tal, o médico olhou: isso não é nada e tal. E não tive curiosidade de saber o que era, mas depois vendo em livro, nossa vida sexual e tal, esse papo, e vi que fosse como uma micose.. que dá uma mancha branca assim tal...” (Ent. 21).

Esses alunos que referiram terem adquirido DST não souberam o nome correto das mesmas e nem tiveram a curiosidade de perguntar ao médico.

Esses depoimentos fazem com que se confirme a afirmação de vários autores, ao referirem que a faixa etária mais atingida pelas DST se situa entre 15 e 24 anos (MANNING e BALSON, 1989; MANNING et al. 1989).

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo devem chamar a atenção para a necessidade de atividades de prevenção e programas de intervenção que vão além da apresentação de informações básicas, mas que abordem questões de ordem social e psicológica mais complexas, associadas ao sexo com segurança.

Considerando-se a resposta educacional dos alunos universitários as DST, a questão da redução de risco certamente é fundamental. Entretanto precisa ao mesmo tempo ser associada a um conjunto mais amplo de questões que, dentro de uma concepção mais completa da disseminação dessas doenças, tem necessidade de um tratamento especial.

É evidente que já existe um nível de conhecimento e informação relativamente adequado dentro da amostra estudada. No entanto, restam dúvidas importantes em relação a algumas questões mais complexas associadas à transmissão das DST, apesar de haver uma percepção relativamente correta do risco a essas doenças.

A despeito do grau de conscientização relativamente alto e da percepção relativamente apurada do risco às DST por parte dos alunos entrevistados, algumas questões problemáticas foram apreendidas.

A configuração das DST, apresentada pelos universitários em estudo, forneceu indicadores de que o preconceito e as formas de discriminação em relação a essas doenças na sociedade brasileira, especialmente entre os jovens, são importantes barreiras para o controle da disseminação das mesmas, isso porque essas questões tiveram um impacto importante na criação de atitudes que continuam a inibir uma resposta mais positiva aos riscos relacionados às DST.

Dado o nível de conhecimento desses jovens aqui estudados parece importante enfatizar a necessidade de estudos que busquem a construção de uma base social e psicológica mais sólida para a mudança de comportamentos em relação às DST. Os programas de intervenção devem procurar desenvolver estruturas de apoio social que forneçam um reforço positivo para a redução de riscos, como também devem abordar claramente os significados complexos associados à sexualidade dentro dessa população estudantil. Seria ideal que a ênfase conferida atualmente pelos programas educacionais à redução e seleção de parceiros, desse lugar a um enfoque mais complexo relacionado as praticas sexuais associadas ao risco de transmissão das DST e aos possíveis mecanismos de redução de risco.