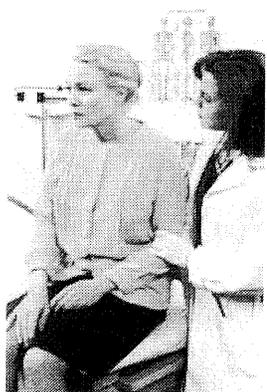


Influência das Variáveis Psicossociais nos Comportamentos Orientados para a Saúde Genética: Modelos Teóricos*

Maria Claudia Perdigão Andrade **



Neste artigo a autora discute a importância do estudo dos aspectos atitudinais e comportamentais associados à tomada de decisões, mais especificamente, à aceitação e rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. Para tal, efectua uma reflexão sobre a importância dos contributos do Modelo de Crenças na Saúde, desenvolvido por ROSENSTOCK (1974), e da Teoria do Comportamento Planeado de AJZEN (1985), e dos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do Diagnóstico Pré-Natal.

Introdução

A introdução do Diagnóstico Pré-Natal implica a oferta de aconselhamento genético, levanta múltiplas questões e gera a necessidade de tomar decisões aos níveis pessoal, colectivo e político.

No nosso contexto histórico-social, os casais tendem a ter filhos mais tardiamente e pretendem ter cada vez menos crianças, o que pode significar que a procriação se tornou um objecto de decisão por parte dos casais. Estes fenómenos originam quebras na taxa de natalidade e tornam os pais cada vez mais exigentes, ou seja, os casais não querem correr riscos e desejam ter filhos saudáveis. A gravidez em idade materna avançada comporta

alguns riscos acrescidos de ocorrência de cromosomopatias. O Diagnóstico Pré-Natal citogenético permite diagnosticar *in útero* as cromosomopatias e possibilita aos casais o recurso ao abortamento, se o desejarem, caso o filho esteja afectado por uma destas doenças genéticas.

Assim, parece-nos fundamental estudar os aspectos atitudinais e comportamentais associados à tomada de decisões, mais especificamente, à aceitação e rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. Para tal, efectuamos uma reflexão sobre a importância do Modelo de Crenças na Saúde, desenvolvido por ROSENSTOCK (1974), e da Teoria do Comportamento Planeado de AJZEN (1985), bem como dos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do Diagnóstico Pré-Natal.

Para MARTEAU (1992), “os modelos psicológicos mais úteis na predição de comportamentos orientados para a saúde (como “aceitar” um

* O artigo faz parte integrante da dissertação de Mestrado da autora apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto.

** Mestre em Psicologia Social; Assistente do Instituto Superior Bissaya Barreto - Coimbra.

rastreio) dependem em parte da análise de cada comportamento a predizer. Os modelos psicológicos mais frequentemente utilizados na predição de comportamentos preventivos de saúde baseiam-se no pressuposto de que a manifestação do comportamento se segue a uma intenção ou decisão predita por várias crenças e atitudes” (p. 14). Ainda para essa mesma autora, existe um acordo, mais ou menos generalizado entre psicólogos, de que as crenças e as atribuições acerca da saúde são factores importantes para a explicação e predição de comportamentos orientados para a saúde (isto é, relacionados com a saúde em geral, como o seguimento de tratamentos), embora já não se verifique tal acordo no que diz respeito à importância das mesmas nas predições dos comportamentos de promoção da saúde (isto é, comportamentos que estão especificamente relacionados com a melhoria geral do estado de saúde e não apenas de prevenção específica ou de cura).

Segundo McKinlay (1972), os vários modelos de comportamentos de Saúde podem dividir-se em três grupos básicos apresentados, frequentemente, de uma forma mista: sócio-estruturais, psicossociais e processuais. Os modelos sócio-estruturais caracterizam-se por uma orientação mais sociológica, perspectivando os aspectos sociais, culturais e institucionais (v.g., organização e distribuição do sistema de cuidados de saúde). Os modelos psicossociais caracterizam-se pela abordagem das crenças e motivações que levam os indivíduos a desenvolver certas atitudes que podem gerar determinados comportamentos. Os modelos processuais lidam, fundamentalmente, com a doença e o papel do doente e utilizam variáveis analisadas pelos modelos anteriores, salientando os aspectos da dinâmica da mudança, quer ao nível individual quer ao nível social, como, por exemplo, ao nível das redes de apoio ao doente.

1. O Modelo de Crenças na Saúde

O Modelo de Crenças na Saúde, inicialmente proposto por ROSENSTOCK (1974) e revisto por

BECKER e MAIMAN (1975), tem sido utilizado para a explicação e predição dos comportamentos orientados para saúde e da adesão aos mesmos (v.g., participação em programas de vacinação). O modelo considera que a adesão aos cuidados de saúde é função de três conjuntos de variáveis: (1) as crenças ou percepções individuais acerca da susceptibilidade a uma certa doença e a percepção das possíveis consequências (físicas ou sociais) dessa doença; (2) o benefício percebido da acção, em contraste com os obstáculos à acção e (3) a disposição para a acção, que tanto pode resultar de uma predisposição interna, como pode ser originada exteriormente por estímulos do ambiente, nomeadamente, por interacções sociais ou informações dos *mass media*. BECKER e MAIMAN (1975) realçam que estas três dimensões podem ser influenciadas por factores demográficos e outras variáveis psicossociais. Deste modo, a diversidade demográfica e étnica, enquanto exemplo de variáveis psicossociais, bem como a personalidade, podem influenciar a percepção dos comportamentos orientados para a saúde e a motivação para adoptar tais comportamentos. É de salientar, contudo, tal como fez HSIA (1979), que as principais variáveis do Modelo de Crenças na Saúde se relacionam com os factores subjectivos subjacentes ao comportamento individual e não com os factores objectivos facilmente observáveis por indivíduos alheios a esse comportamento. Com efeito, o modelo procura relacionar os estados subjectivos habituais com o comportamento usual em relação à saúde. Segundo este modelo, a motivação influencia quer a percepção dos acontecimentos, quer a própria acção.

Para entender a adesão dos pacientes a uma situação específica de cuidados de saúde, como, por exemplo dos pacientes que fazem hemodiálise, a perspectiva do Modelo de Crenças na Saúde é, segundo CUMMINGS *et al.* (1982), a mais adequada. Neste modelo, a adesão a medidas preventivas depende das convicções sobre a natureza dos perigos, em termos de susceptibilidade e de percepção da gravidade, no caso de estes virem a ocorrer, sobre a eficácia de determinados actos para a sua prevenção ou redução e sobre os custos

associados ao cumprimento da acção recomendada. Os resultados de diversos estudos empíricos revelaram-se abonatórios do modelo em causa.

Uma investigação realizada por ROWLEY *et al.* (1991), aplicando as diversas variáveis descritas pelo Modelo de Crenças na Saúde, no estudo da adesão ao rastreio pré-natal de hemoglobinopatias, revelou que a motivação para ter mais filhos é o factor mais importante da adesão ao diagnóstico, seguido da percepção do risco de ter uma criança doente. Outra investigação efectuada por BECKER *et al.* (1975), aplicando o mesmo modelo ao estudo da participação de 500 sujeitos num programa de rastreio genético, nos EUA, revelou, como factores determinantes da adesão ao programa, a motivação decorrente da informação prévia sobre as doenças genéticas e a percepção da susceptibilidade de serem portadores de uma doença genética.

O Modelo de Crenças na Saúde parece constituir um modelo útil para a compreensão dos comportamentos preventivos, em relação à saúde, nomeadamente, da participação em programas de rastreio genético, bem como para a elucidação dos factores influenciadores da adesão a uma terapêutica (BECKER *et al.*, 1975; CHILDS *et al.*, 1979; LIPPMAN-HAND, 1977). O modelo apresenta-se como uma seriação das relações custos-benefícios, que se baseia em pressupostos cognitivos (susceptibilidade percebida à doença e gravidade percebida de sofrer de uma doença) e motivacionais (avaliação dos custos e dos benefícios inerente à participação num tratamento ou à realização de um diagnóstico).

Contudo, alguns trabalhos no domínio do tabagismo parecem demonstrar a existência de insuficiências na aplicação deste modelo. A título ilustrativo, podemos destacar o estudo realizado por MAUSNER *et al.* (1971) que evidenciou a ausência de relações directas entre a avaliação dos custos e benefícios do tabagismo e o grau de adesão a um programa para abandonar o hábito de fumar.

Assim sendo, parece pertinente incluir outros factores que elucidem melhor o processo de aceitação e de recusa do Diagnóstico Pré-Natal. Com efeito, o processo de adesão a este tipo de diagnóstico parece poder radicar-se em múltiplos

factores, entre os quais se podem destacar os conhecimentos prévios, os valores morais, éticos e religiosos, as outras crenças e o grau de responsabilidade da escolha (MARTEAU, 1992). Parece, pois, conveniente salientar a razão da procura de informação por parte das consulentes e o modo como a mesma é utilizada. LIPPMAN-HAND (1977) salienta que a gravidade da doença (ou “sobrecarga” psicológica e social associada à doença) e a susceptibilidade individual à doença (risco) foram informações utilizadas nas decisões procriativas depois do aconselhamento genético, enquanto que os benefícios foram considerados como a causa da procura de informação por parte dos casais. Para a autora, esta confusão é frequente e deve-se ao facto de os investigadores acreditarem que o Diagnóstico Pré-Natal é uma prática de medicina preventiva, que deve ser seguida avaliando a eficácia do aconselhamento genético sobre o comportamento. Ora, este diagnóstico deve permitir a liberdade de escolha ao casal. A eficácia do aconselhamento genético deveria ser analisada em relação à garantia de os indivíduos poderem escolher todos os comportamentos possíveis em situações de diagnóstico e outras, e não em relação à decisão de interromper ou de prosseguir a gravidez.

Convém enquadrar a aceitação/rejeição do Diagnóstico Pré-Natal como situação específica de Diagnóstico, não podendo ser tratada como uma situação de doença ou de tratamento. Além disso, nesta situação, as consequências directas da decisão parental repercutem-se não apenas no casal nela envolvido como também no seu futuro filho, o que pode tornar a tomada de decisão ainda mais complexa.

As situações de diagnóstico têm um impacto directo sobre o sentimento de vulnerabilidade à doença por parte dos indivíduos. Contudo, de acordo com MECHANIC (1972), os sujeitos variam bastante, no que diz respeito à percepção da vulnerabilidade à doença, o que parece estar relacionado, em grande parte, com a auto-estima. As estratégias psicológicas utilizadas dependem, com frequência, da capacidade do indivíduo para lidar com as suas ansiedades e do modo como se sente capaz de enfrentar as situações de doença.

É certo que os sentimentos de invulnerabilidade são também tratados diferentemente consoante a gravidade das situações a enfrentar: “A morte de um amigo ou de um colega, um acidente de automóvel do qual alguém sai fisicamente lesado podem ameaçar o sentido de invulnerabilidade do indivíduo” (MECHANIC, 1972, p. 1135).

Se a percepção da vulnerabilidade emerge da experiência e dos processos de comparação social, é importante salientar, aqui, o papel da aprendizagem social. De facto, desde crianças, aprendemos a dar resposta aos vários sintomas de doença e expressamos sentimentos em função tanto da possível reacção dos outros como das expectativas sociais em geral. Aliás, MECHANIC (1972) chama a nossa atenção para o facto de um grande número de estudos de natureza antropológica e experimental referir que o modo como os indivíduos lidam com as situações penosas, em termos de saúde (diagnósticos, tratamentos, etc.), depende da matriz social de proveniência dos mesmos.

Os casais enfrentam, frequentemente, sérias dificuldades e *stress* social quando lhes é proposta a realização do Diagnóstico Pré-Natal, apesar dos seus grupos de referência poderem ajudar a aceitar e a legitimar a existência dessas dificuldades, bem como prestar o apoio necessário à superação da situação.

Os custos inerentes ao Diagnóstico Pré-Natal situam-se ao nível emocional, social e biológico, na medida em que todas estas dimensões podem estar envolvidas, não apenas quando se realiza o exame, como também, quando se toma a decisão face ao mesmo, quando se aguarda o resultado e, sobretudo, quando este indica a presença de alguma anomalia. O balanço dos custos e dos benefícios do Diagnóstico Pré-Natal ocorre antes da decisão final ser tomada, envolvendo, provavelmente, menos os “prós” e os “contras” da amniocentese, por si só, do que os factores associados à responsabilidade parental, que podem entrar em conflito face à possibilidade de nascer uma criança doente.

Os cenários que os casais podem criar em torno do nascimento de uma criança doente centram-se,

necessariamente, na sobrecarga que uma criança dessas pode gerar não só para o próprio casal mas também para os familiares. Esses “custos” podem ser percebidos mais acentuadamente pelos casais que, não tendo outros filhos, vêm, no caso do primeiro filho ser doente, a possibilidade de ter outro filho relativamente comprometida, uma vez que a idade materna aumenta o risco para o segundo filho. Além disso, quem tomaria conta do primeiro filho doente quando os pais forem idosos ou falecerem? Para LIPPMAN-HAND (1977), “estes processos de decisão envolvem a racionalização acerca do comportamento antes de este se realizar, antecipando uma situação futura que poderia ser bastante difícil” (p. 239).

LIPPMAN-HAND (1977) encontrou entre as principais dificuldades apontadas pelos casais que tomaram conhecimento do seu risco genético depois do aconselhamento: a ambiguidade acerca do significado e do impacto de ter um filho doente, ou seja, o desconhecimento da sintomatologia da doença e dos problemas familiares e sociais a ela associados; o problema inerente a tomar conhecimento do seu risco pessoal, que implica alterações, nas estratégias de tomada de decisões procriativas, designadamente, a decisão de não procriar mais e as dificuldades de enquadrar o papel de futuros pais face à percepção do risco genético que pode atingir o seu filho, ou seja, a opção pela procriação sabendo, antecipadamente, que o seu filho pode vir a ser doente.

Os estudos de LIPPMAN-HAND centraram-se na tomada de decisão, após o conhecimento dos resultados do Diagnóstico Pré-Natal. Outros estudos têm utilizado o Modelo de Crenças na Saúde, no âmbito da decisão de participar em diagnósticos genéticos. É de referir, por exemplo, o estudo de BECKER (1975) sobre a decisão de participar no rastreio genético da doença de Tay-Sachs e o estudo de DAVIES (1983), de âmbito mais alargado, que confirmaram a aplicabilidade do Modelo de Crenças na Saúde, no contexto do Diagnóstico Pré-Natal. Um estudo de ROWLEY *et al.* (1991), utilizando as variáveis descritas no Modelo de Crenças na Saúde, para predizer o desejo de mulheres rastreadas positivamente para as Hemoglobinopatias,

relativamente à participação no rastreio precoce dos seus parceiros, indicou como principal preditor desse desejo a gravidade percebida da doença (conhecimento da sua sintomatologia). No que se refere à realização do Diagnóstico Pré-Natal, caso o parceiro não fosse rastreado, os custos percebidos da intervenção, nomeadamente, a percepção do risco de abortamento, constituíram os preditores mais relevantes.

DAVIES (1983) fez a aplicação das variáveis descritas no Modelo de Crenças na Saúde tendo verificado que as mesmas se mostraram relevantes para a predição do comportamento face ao Diagnóstico Pré-Natal. Este último autor, analisou os factores que influenciaram a decisão de fazer esse diagnóstico, num grupo de mulheres que não queria utilizar os serviços, apesar de ter indicações médicas para fazer esse diagnóstico (anomalias cromosómicas, defeitos do tubo neural, erros de metabolismo e perturbações relacionadas com o cromossoma X) (Figura 1). Procedeu à adaptação do Modelo de Crenças na Saúde para o contexto do Diagnóstico Pré-Natal e utilizou as variáveis nele descritas, entre as quais se salientam: atitudes face ao abortamento; conhecimentos prévios acerca do Diagnóstico Pré-Natal; conselhos de outros influentes; cuidados pré-natais precoces; factores demográficos; educação; estatuto sócio-económico; idade; paridade e estado civil. Os resultados deste estudo indicam que estas variáveis são, no seu conjunto, boas predictoras da aceitação do Diagnóstico Pré-Natal.

Contudo, apesar das variáveis descritas neste modelo se terem revelado boas predictoras da aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, julgamos haver outras variáveis que podem ser igualmente pertinentes para a compreensão do comportamento face ao referido diagnóstico e que estão descritas nos modelos que passamos a apresentar.

2. A Teoria da Acção Racional

A compreensão das razões subjacentes à aceitação/rejeição do Diagnóstico Pré-Natal pode beneficiar, também, da referência a um outro modelo teórico, a

Teoria da Acção Racional (FISHBEIN e AJZEN, 1975). Esta teoria baseia-se no pressuposto de que a maioria dos comportamentos humanos estão sob controlo voluntário e são bastante influenciados por uma intenção comportamental. Esta intenção é determinada tanto pela atitude individual em relação ao comportamento, como pelas normas subjectivas, isto é, pela percepção do grau de importância que outros significativos atribuem ao desempenho do comportamento em causa, e ainda pela percepção do controlo sobre esse comportamento. A componente da atitude resulta, por um lado, da crença em que o comportamento terá consequências vantajosas e, por outro lado, da avaliação individual dessas consequências. Esta teoria considera que tanto as atitudes individuais face a determinado comportamento como a influência social quanto ao mesmo são preditores importantes da formação da intenção comportamental. Contudo, os seus autores salientam que a contribuição relativa destas duas componentes, a atitude e a influência social, depende do comportamento em questão.

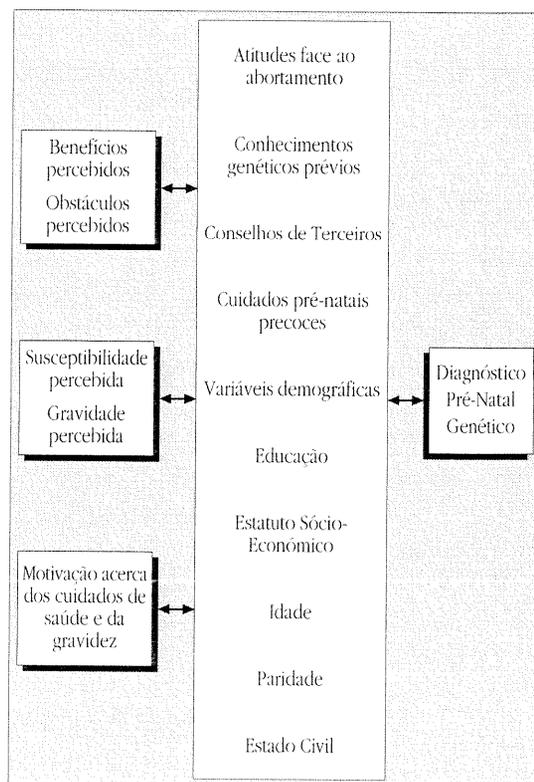


Figura 1 – Variáveis da tomada de decisões no Diagnóstico Pré-Natal de acordo com o Modelo de Crenças na Saúde (Adaptado de DAVIES, 1983, p.70).

Aplicando o referido modelo à compreensão dos comportamentos relacionados com o planeamento familiar, JACCARD e DAVIDSON (1972) efectuaram um estudo acerca das intenções de vir a utilizar a pílula contraceptiva, em 73 raparigas estudantes. Os resultados encontrados foram abonatórios para o modelo, revelando uma elevada correlação entre as intenções comportamentais (uso futuro da pílula contraceptiva) e as duas componentes do modelo (a atitude individual em relação ao acto e a motivação individual ponderada com as normas percebidas do grupo de pertença).

3. A Teoria do Comportamento Planeado

Mais recentemente, AJZEN (1985) integrou a Teoria da Acção Racional num modelo mais abrangente: a Teoria do Comportamento Planeado.

Em consonância com a Teoria da Acção Racional, a Teoria do Comportamento Planeado postula que a intenção de concretizar um comportamento é a sua principal determinante. A intenção resultaria da atitude em relação a esse comportamento, que se traduz pela avaliação pessoal, positiva ou negativa, das consequências desse comportamento e pela norma subjectiva relativamente ao mesmo (Figura 2).

A Teoria do Comportamento Planeado considera que tanto as expectativas de que a realização do comportamento em causa permite alcançar o resultado pretendido (por exemplo, recompensas sociais), como o valor desse resultado para o sujeito se encontram na base das atitudes. Paralelamente, a norma subjectiva tem como fundamento a percepção que o sujeito tem das pressões sociais dos seus grupos de referência, no sentido da realização desse comportamento. Esta percepção depende das expectativas do sujeito acerca da concordância do seu grupo de apoio e de referência (chamados referentes) com o seu comportamento e da sua motivação para concordar com esses referentes. Desta forma, o sujeito tentará concretizar o comportamento, se tiver uma atitude positiva em relação ao mesmo, ou seja, se a avaliação das suas prováveis consequências for positiva e se acreditar que os referentes, com quem está motivado para concordar, pensam que deve realizá-lo. Contudo, a tradução dessa intenção comportamental em comportamento manifesto pode depender, ainda, de outros factores. Com efeito, a adopção do comportamento depende, também, do controlo do sujeito sobre os factores internos e externos, que podem interferir nessa realização.

AJZEN (1985) considera uma outra variável, que designa por comportamento esperado. Esta última

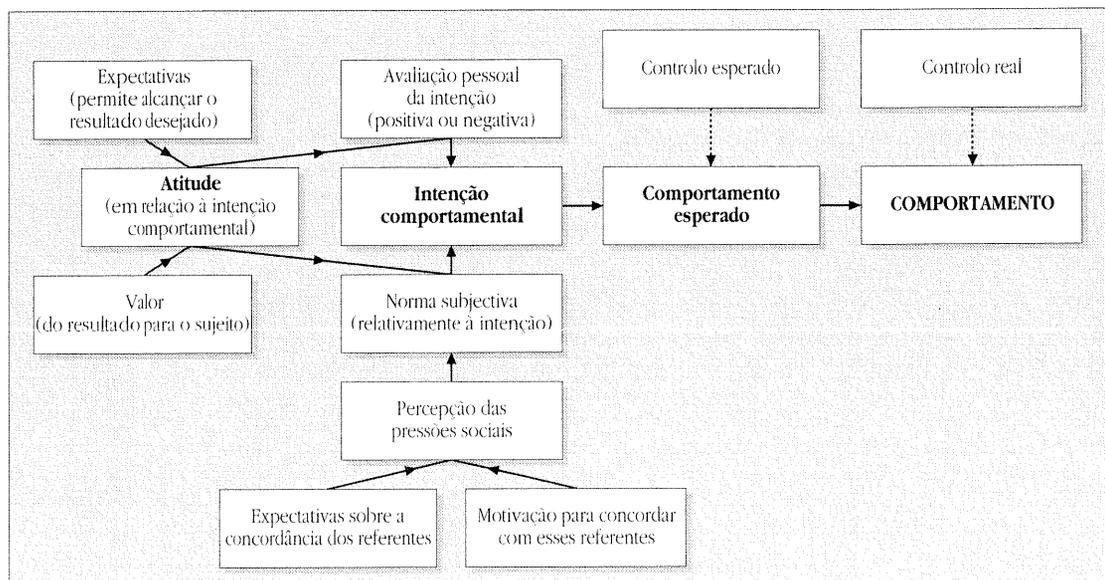


Figura 2 – Teoria do Comportamento Planeado (Adaptado de AJZEN, 1985).

refere-se à estimativa pessoal da probabilidade de realizar um dado comportamento, sendo função da intenção de tentar esse comportamento e da estimativa de controlo desse comportamento. A correlação entre o comportamento esperado e o comportamento real será tanto maior quanto maior for a correspondência entre a crença de controlo sobre o comportamento e o controlo real.

As intenções comportamentais têm-se correlacionado de forma significativa com o comportamento em diversos domínios, entre os quais podemos destacar a cooperação no jogo do dilema do prisioneiro ($r = .82$, AJZEN, 1971) e o uso da pílula contraceptiva ($r = .85$, AJZEN e FISBEIN, 1980).

Uma crítica à Teoria do Comportamento Planeado, feita por BAGOZZI (1992), alerta para “a ausência de ligação motivacional na equação atitude-comportamento” (p. 186). Porém, pode ser alegado que a intenção é, por si só, o ímpeto motivacional. Neste caso, a influência dessa intenção é medida pelo comportamento alvo adoptado pelo indivíduo.

4. Variáveis Relevantes do Modelo de Crenças na Saúde e da Teoria do Comportamento Planeado para a Compreensão do Processo de Diagnóstico Pré-Natal

Partimos dos enquadramentos teóricos anteriores para uma breve reflexão sobre as variáveis propostas pelos dois modelos que nos parecem estar relacionadas ou mesmo sobrepostas, nalguns casos. Assim, na Teoria do Comportamento Planeado de AJZEN, a atitude consiste numa avaliação pessoal, positiva ou negativa, da intenção comportamental e da norma subjectiva relativa a essa intenção, ou seja, na percepção que o sujeito tem das pressões sociais, no sentido de realizar esse comportamento.

Tanto o Modelo de Crenças na Saúde como a Teoria do Comportamento Planeado incluem a noção de adesão aos cuidados de saúde. Consideramos que a substituição pela noção de

envolvimento nos cuidados de saúde seria importante no estudo do Diagnóstico Pré-Natal. Com efeito, enquanto a adesão diz respeito ao modo como cada um se comporta, sendo este comportamento fortemente mediado pelas expectativas dos outros, o envolvimento incorpora os valores individuais, ou seja, o indivíduo actua de acordo com os seus princípios e valores de forma mais independente das opiniões dos outros. Ora este último aspecto é fundamental para os comportamentos orientados para a saúde.

O Modelo de Crenças na Saúde, em contraste com a Teoria do Comportamento Planeado, não tenta explicar porque é que algumas pessoas estão mais motivadas do que outras para adoptar cuidados de saúde ao lidar com a equação que envolve as dimensões psicossociais de custos e benefícios. Não enfatiza, também, a importância de conhecer os valores individuais, em relação aos cuidados de saúde, de modo a avaliar até que ponto os indivíduos estão motivados para adoptar comportamentos preventivos. A norma subjectiva (enquanto percepção das pressões sociais para adoptar determinado comportamento) descrita na Teoria do Comportamento Planeado não está contemplada no Modelo de Crenças na Saúde.

Segundo STASSON e FISHBEIN (1990), existe uma tendência generalizada para os comportamentos orientados para a saúde serem influenciados pela pressão normativa. Estes autores realizaram um estudo a esse respeito, tendo concluído que as intenções de utilizar o cinto de segurança, em situações de condução arriscada, são determinadas pelas percepções da normatividade social, em relação a esse comportamento. Num estudo sobre as intenções de fazer planeamento familiar, em raparigas jovens, FISBEIN (1972) postulou que a intenção de um indivíduo manifestar um determinado comportamento é função (1) das atitudes em relação ao desempenho comportamental, (2) das crenças acerca das normas vigentes sobre o comportamento em causa, ponderadas com a motivação individual para aderir a essas normas. Para esse autor, as atitudes dependem das crenças individuais acerca das consequências da adopção de um determinado comportamento e da avaliação

subjectiva dessas consequências. FISHBEIN inclui, ainda, no seu modelo, uma dimensão social bastante importante, em relação ao comportamento, que apelidou de “norma”. De facto, a “norma” refere-se ao modo como o sujeito pensa que os seus grupos de referência podem encarar a sua decisão comportamental (“O que é que os outros pensam deste comportamento?”).

No Diagnóstico Pré-Natal é importante considerar este aspecto, na medida em que as decisões de aceitação ou de rejeição devem ser tomadas pelo casal, pelo que podem resultar de normas ou referentes sociais nem sempre coincidentes. Assim, a saúde e o bem-estar estão ligados ao grau de influência e de adesão às informações sobre os cuidados de saúde. Os grupos de referência dos casais (amigos, familiares, etc.) podem desempenhar um importante papel, no sentido de proporcionarem ou não apoio para a tomada de decisão.

Como nos diz BAGOZZI (1992), o indivíduo tem a tarefa de coordenar os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos com os dos outros significativos. As dificuldades inerentes aos processos de tomada de decisão implicados no nosso estudo tornam plausível que os indivíduos recorram a informações e opiniões de familiares e amigos (referentes) para a tomada de decisão. Além disso, será de considerar algumas influências normativas mais gerais vigentes na sociedade quanto à realização de diagnósticos deste tipo, uma vez que os indivíduos recorrem, habitualmente, a serviços médicos para obter “receitas” e “prescrições” e não para obter informações sobre as quais terão de tomar uma decisão (cf. CARDOSO, 1995). Os casais questionam-se sobre a sua escolha, especialmente quando esta pode ser julgada pelos outros. Assim sendo, a aceitação da realização do Diagnóstico Pré-Natal constitui uma escolha que não põe termo ao processo de tomada de decisão e que pode mesmo gerar a necessidade de outra tomada de decisão de maior complexidade. Deste modo, o próprio facto de ter de decidir pode constituir uma barreira ou um custo que nem todos os casais estão predispostos a enfrentar. Este facto remete-nos para a complexidade do papel social de

decisor, mesmo quando as decisões se referem aos seus descendentes. HOFFMAN e HOFFMAN (1973) admitiram que a motivação (“predisposição individual”) para ter filhos depende do valor que lhes é atribuído e das percepções acerca (1) das alternativas para obter esse bem, (2) dos sacrifícios a que se devem submeter para ter filhos e quais os custos de os ter e (3) dos factores que constituem barreiras à procriação e dos que representam as vantagens da procriação. Vários autores utilizaram esta conceptualização teórica, enquanto modelo da procriação.

No Modelo de Crenças na Saúde de Rosenstock, a variável Susceptibilidade Percebida (grau em que o indivíduo se sente vulnerável ou susceptível a determinada doença) parece ser fundamental para a constituição do processo avaliativo pessoal, embora não seja referida pela Teoria do Comportamento Planeado. Também a variável Gravidade Percebida (convicções sobre o grau de gravidade da doença e os seus efeitos ao nível pessoal e social) do Modelo de Crenças na Saúde parece ser determinante do posicionamento valorativo ou avaliação pessoal das *expectativas* de sucesso do comportamento referido pelo modelo de Ajzen, que vai interferir na ponderação das forças respectivas da avaliação pessoal e da do grupo de referência e na estimativa de controlo sobre o comportamento a adoptar. O facto da informação sobre a ocorrência de uma doença genética ser dada em termos de probabilidade pode levar os casais a perder o sentido de controlo da situação, podendo gerar sentimentos de culpa e de impotência face à situação.

Outras variáveis consideradas, no Modelo de Crenças na Saúde, são as variáveis sócio-demográficas ou de contexto. Na Teoria do Comportamento Planeado, estas não são explicitamente consideradas. Apesar de algumas variáveis sócio-demográficas (v.g., estatuto sócio-económico e convicções religiosas) se terem revelado fracos preditores da formação da intenção comportamental, em estudos realizados à luz do Modelo da Acção Racional, o grau de instrução e o grau de religiosidade são variáveis sócio-demográficas consideradas, habitualmente, no Modelo de Crenças na Saúde. Com efeito, alguns resultados

empíricos sugerem que estas variáveis podem influenciar a formação das atitudes relativamente ao Diagnóstico Pré-Natal e, conseqüentemente, influenciar a aceitação ou rejeição do mesmo.

SHINNO e KELLOG (1976) administraram questionários a 50 consulentes, antes e depois do aconselhamento genético, sobre a amniocentese. As 16 mulheres que recusaram fazer a amniocentese tinham um grau de instrução significativamente mais baixo do que o daquelas que decidiram submeter-se ao exame. Outros estudos indicam, com efeito, que as mulheres de mais baixos grau de instrução e estatuto sócio-económico tendem a aceitar menos o Diagnóstico Pré-Natal do que as de níveis mais elevados. O grau de instrução, a par das atitudes face ao abortamento, constituíram também as variáveis que mais influenciaram a decisão de aceitar ou rejeitar fazer a amniocentese, na investigação de SEALS *et al.* (1985).

EVANS *et al.* (1990) concluíram, numa investigação que incidiu sobre casais enviados para Diagnóstico Pré-Natal, por idade materna avançada, que as variáveis grau de instrução, estatuto sócio-económico e idade estão relacionadas, de forma estatisticamente significativa, com a opção a favor da amniocentese. O grau de instrução foi, também, reconhecido como variável capaz de influenciar o desejo de obter informação médico-genética, bem como o grau de compreensão e de memorização desta informação (LEONARD *et al.*, 1972).

GREEN (1970), ao encontrar uma associação persistente entre o grau de instrução e o comportamento orientado para a saúde (prevenção e detecção de doenças), atribuiu este facto à influência normativa do meio social: as pessoas agem em conformidade com as expectativas dos seus grupos de referência, sendo que os grupos de mais elevado grau de instrução e estatuto social parecem aderir mais a um conjunto de normas de tipo preventivo face à saúde. Acresce que a difusão e a adopção das inovações biomédicas também se processa a ritmos diferentes, nos vários estratos sociais, favorecendo os de grau de instrução mais elevado.

De um modo geral, as decisões procriativas são complexas, em termos de alternativas, resultados e conseqüências. O facto de se ter um determinado

risco de gerar um filho com uma doença genética vem tornar as decisões ainda mais complexas, sendo necessário clarificar quais as atitudes que estão subjacentes à ponderação dos "prós" e dos "contras" para fazer o Diagnóstico Pré-Natal. Um grau de instrução mais elevado facilita a gestão deste conjunto de informações complexas.

Consideramos, também, a importância da variável psicossocial atitudes face ao abortamento, uma vez que os resultados do Diagnóstico Pré-Natal podem levar o casal a ponderar a decisão de abortar e que a própria amniocentese necessária para a realização da colheita de material biológico fetal implica sempre um risco, ainda que reduzido, de provocar abortamento. Para as consulentes que recusam o abortamento, quaisquer que sejam as circunstâncias, o Diagnóstico Pré-Natal pode tornar-se, de certo modo, inútil e desnecessariamente perigoso.

De um modo geral, a literatura sugere que a maior dificuldade, na adesão e aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, resulta, em boa parte, das atitudes das consulentes face ao abortamento (SEALS *et al.*, 1985; MARTEAU *et al.*, 1989; FADEN *et al.*, 1987; MARTEAU, 1991; CARDOSO, 1995). A interpretação e a possível justificação do papel relativo das atitudes face ao abortamento, como preditor psicológico dos comportamentos de adesão e aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, foi analisado em diversos estudos empíricos.

O primeiro estudo acerca da importância das atitudes face ao abortamento, na aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, baseado em entrevistas aos consulentes, foi realizado por FLETCHER (1972). A partir de entrevistas repetidas feitas a 25 casais, este autor concluiu que o abortamento representava o problema moral prevalecente em todos os casais e que todos eles aderiram à hipótese de interromper a gravidez de um feto afectado, antes mesmo do Diagnóstico Pré-Natal ser realizado. De um modo geral, a literatura, nesta área, sugere que a maior dificuldade, na adesão e aceitação do Diagnóstico Pré-Natal reside, precisamente, na objecção ao abortamento, por parte das consulentes (EKWO *et al.*, 1985; SEALS *et al.*, 1985; MARTEAU *et al.*, 1989; MARTEAU, 1991). No estudo de SEALS *et al.* (1985),

por exemplo, as atitudes dos consulentes face ao abortamento constituíram, precisamente, os preditores mais decisivos para a aceitação de fazer a amniocentese, sendo os segundos preditores mais relevantes para o mesmo efeito, nas investigações de MARTEAU *et al.* (1989), FADEN *et al.* (1987) e MARTEAU (1991). Contudo, convém sublinhar que, segundo CARDOSO (1995), as atitudes positivas face ao abortamento não são incompatíveis com as atitudes positivas face à procriação, nos seus aspectos individuais e sociais, embora esta última dimensão tenha sido menos estudada.

Conclusão

A análise dos resultados dos estudos empíricos, apresentados anteriormente, aponta para a necessidade de clarificar melhor as variáveis psicossociais predictoras da rejeição e da aceitação do Diagnóstico Pré-Natal. Procurámos fundamentar-nos em certos aspectos das teorias mais relevantes para a compreensão dos comportamentos orientados para a Saúde, nomeadamente, no Modelo de Crenças na Saúde desenvolvido por ROSENTOCK (1974) e nos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do Diagnóstico Pré-Natal (DAVIES, 1983), bem como no modelo de AJZEN (1985), designadamente, na Teoria do Comportamento Planeado aplicada ao domínio da saúde.

Bibliografia

AJZEN, I. – From intentions to actions: a theory of planned behavior. In *Action Control to behavior*. Springer-Verlag: J.Kuhl&Beckmann, 1985, pp. 11-29

BAGGOZI, R. P. – The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psycholog Quartely*, 2, 1992, pp. 178-204

BECKER, M.H., & MAINAN, L.A. – Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 1975, pp. 10-24

CARDOSO, J.A. – *Aconselhamento Genético: Um estudo de Genética Comunitária*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, 1995.

CUMINGS, K.M., KIRSCHT, J.P. & LEVIN, N.W. – Interention strategies to improve compliance with medical regiments by ambulatory hemodialysis patients. *Journal of Behavioural medicine*, 4, 1981, pp. 111-127

DAVIES, B.L. – Decision making in prenatal genetic diagnosis. *Issues Health care Women*, 4, 1983, pp. 69-76.

EKWO, E.E.; KIM, J.^o, & GOSSELINK, C. – Parental perceptions of genetic disease. *American Journal of Medical genetics*, 28, 1987, pp. 955-963.

EVANS, M.I.; BOTTOMS, S.F., CRITCHFIELD, G.C., GREB, A., & LA FERLA, J.J. – Parental perceptions of genetic risk: correlation with choise of prenatal diagnostic procedures. *International Journal of Gynecologie obstetrics*, 31, 1900, pp. 25-28.

FADENS, R. R.; CHWALOW, J., & QUAID, J. – Prenatal screening and pregnant women'Suficiente attitudes towards the abortion of defective fetus. *American Journal of Public Health*, 77, 1987, pp. 288-290.

FISHBEIN; M. – Toward an understanding of Planning Behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 2-3, 1972, pp. 214-227.

FLETCHER, J. – The brink: the parent-child bond in the genetic revolution. *Theologie Studies*, 33, 1972, pp. 457-485

GREEN, L. – Status identity and preventive health behavior. *Pacific Health education Report*, 1, 1970.

HSIA, Y.E. – The Genetic counselour as information giver. *Birth defects: Original Articules Series*, 15, 1979, pp. 169-186

LEONARD, C. O., CHASE, G.A., & CHILDS, B. – Genetic counseling: a consumer's view. *New England Journal of Medicine*, 287, 1972, pp. 433-439

LIPPMAN-HAND, A. – *Genetic counselling: parent's responses to uncertainty*. Ph. D. dissertation. Montral: Mcgill University, 1977.

MARTEAU, T.M., KIDD; J., COOK, R., MICHIE, S., JOHNSTON, M., SLACK, J. & Shaw, R. S. – Perceived risk not actual risk predicts uptake of amniocentesis. *British journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 1991, pp. 282-286

MARTEAU, T. M., JOHNSTON, M., KIDD, J., MITCHIE, S., & COOK, R. – Psychological models in predicting uptake of prenatal screening. *Psychology and Health*, 6, 1992, pp. 13-22

MECHANIC, D. – Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine*, 25, 1972, pp. 1132-1139

ROSENSTOCK, I.M. – The health Belief model and preventive heath behavior. *Health Education Mongraph*, 2, 1974, pp. 354-386

SEALS, B.F., EKWO, E. E., WILLIAMSON, R.A., & HANSON, J. W. – Moral and religious influences on the amniocentesis decision. *Social Biology*, 21, 1985, pp. 13-30

SHINNO, N. W. & KELLOG, B. – *Genetic counseling for prenatal diagnosis. Birth Defects Conference*. Vancouver, B.C.: University of British Columbia , 1976, pp. 23-25