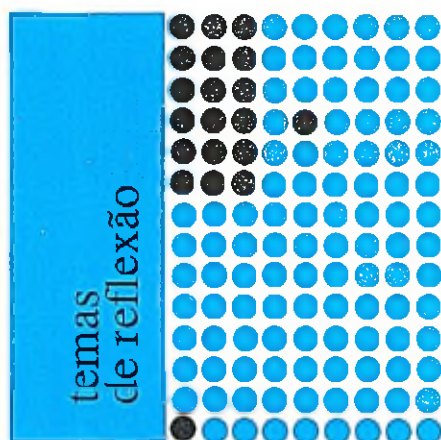




Mudanças em percepções e atitudes favoráveis à prevenção da SIDA

JOÃO SANTOS LUCAS

Quando países como a Austrália conceberam em 1989 o sistema de avaliação e monitorização da sua estratégia nacional de luta contra a SIDA, seleccionaram, entre muitos outros, indicadores preliminares de sucesso das actividades de prevenção, em geral, e das de educação preventiva da SIDA, em particular.

Estimular as tendências relativas às práticas de utilização de drogas e aos comportamentos sexuais mais seguros, avaliar o declínio na incidência de novos casos diagnosticados em função do comportamento de risco e o declínio de doenças sexualmente transmitidas, incluindo a gonorreia anal, a sífilis e a clamídia, e identificar o número de indivíduos HIV positivos detectados nas unidades de colheita de sangue foram algumas das opções tomadas para medir os progressos das acções de prevenção.

Mas este esforço foi ainda mais além. Para determinar o contributo da educação preventiva previram-se inquéritos às escolas, a avaliação da eficácia das campanhas publicitárias e de outras campanhas em termos de aumento de *conhecimentos* (sobre os meios de transmissão e os comportamentos de risco) e *mudança de atitudes e comportamentos* na população em geral, a determinação do grau de *mudança de conhecimentos e atitudes* sobre o HIV/SIDA na população jovem, nos homens que praticam relações sexuais com outros homens e nos utilizadores de drogas por via endovenosa e a medida da *percepção do risco* em certos grupos e na população em geral.

1. Introdução

Foi no Verão de 1989 que Portugal fez uma campanha, realizada na televisão, rádio e com publicidade exterior em algumas cidades e estradas do País, por solicitação do então Grupo de Trabalho da SIDA, efectuando-se uma avaliação que, embora precária,

□ João Santos Lucas é membro da direcção executiva e responsável pela avaliação e investigação comportamental da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA.

permitiu identificar alguns progressos em matéria de *percepção da vulnerabilidade à SIDA* e de *mudança de atitude quanto ao grau de segurança do preservativo* para prevenir a transmissão do vírus na população em geral. As mudanças operadas são, porém, o resultado de múltiplos factores, de múltiplas intervenções, com origens muito diversas, desde as desenvolvidas directamente pelo Grupo de Trabalho da SIDA até às iniciativas locais, públicas e privadas, cabendo destacar a acção desenvolvida nos estabelecimentos de ensino, nos centros de saúde, nas empresas e nos meios de comunicação social. É, pois, claro que seria completamente inadequado atribuir os efeitos referidos à citada campanha de *marketing social*.

A recolha de dados relativos ao ano de 1989 foi efectuada junto de uma amostra de 1157 indivíduos representativa da população portuguesa entre os 15 e os 45 anos residente em Portugal continental, com excepção das localidades com cinco ou menos fogos. Esta recolha tal como o tratamento informático dos dados, foram realizados pela empresa Euroexpansão.

2. Mudanças na população portuguesa

A adopção de comportamentos, de comportamentos preventivos de doença ou de quaisquer outros, não é propriamente o resultado instantâneo fruto de um novo conhecimento. Se assim fosse, nada justificaria encontrar entre os profissionais de saúde, particularmente entre os médicos, a prática tão comum de hábitos prejudiciais à sua saúde.

A mudança de comportamentos constitui um processo deveras complexo, que se desenvolve em múltiplas etapas, desde a *tomada de consciência* do problema ao *interesse* pela prática nova, que implica acesso a conhecimentos específicos, passando pela *avaliação mental* dos prós e contras da adopção do comportamento, pela *primeira tentativa* e que termina, finalmente, com a decisão de *integração permanente* do novo comportamento. Muitos processos são tão lineares como o apresentado; porém, muitos são os que não vão além da aquisição de novos conhecimentos, mesmo que cientificamente bem fundamentados.

Na adopção de novos comportamentos não há mudanças que sejam simultaneamente rápidas, maciças e duradouras. É que os indivíduos reagem aos novos comportamentos de forma muito distinta, de acordo com as suas características psicológicas, sociais e culturais. Por isso, há quem distinga os *inovadores*, os *adoptantes precoces*, a *maioria* e, naturalmente, os *adoptantes tardios*. Alguns nunca chegam mesmo a adoptar os novos comportamentos propostos. E para estes a sociedade tem de encontrar outros mecanismos de conformidade, se o que está em causa é de interesse público, como acontece no caso da transmissão deliberada do HIV.

É indubitável que muitos portugueses partilham comportamentos seguros que impedem a transmissão

do HIV. Nuns casos, trata-se de uma adopção interiorizada, em que o indivíduo fez o seu caminho, passando mais ou menos rapidamente pelas diferentes fases de aquisição do comportamento seguro. Para outros, porém, o problema nem sequer se colocou. O seu comportamento é seguro porque não teve ocasião de não o ser.

A questão, do ponto de vista da prevenção, consiste então em saber a que distância está este indivíduo de um comportamento de risco ou de um comportamento seguro. É neste contexto que parece útil citar o *modelo de crença de saúde* (Becker, 1977), já que contempla percepções e atitudes que podem formar-se muito antes da aproximação a comportamentos de risco: ter conhecimentos e motivações de saúde relevantes, ver-se a si próprio como potencialmente vulnerável a uma determinada doença, ver a doença como ameaçadora, estar convencido de que um dado comportamento é eficaz e ver poucas dificuldades em adoptá-lo.

Por razões de economia de recursos, a avaliação das mudanças ocorridas entre 1987 e 1989 baseou-se na utilização de dois indicadores apenas, que integram, no entanto, o modelo de Becker. Dado que existia informação sobre essas mesmas dimensões em 1987, foi possível estabelecer uma comparação e avaliar minimamente os progressos alcançados.

2.1. Imagem dos Portugueses: vulneráveis à SIDA

A maioria, isto é, 69 % dos portugueses dos 15 aos 45 anos, o segmento da população, provavelmente, numa situação objectiva de correr mais riscos, sente-se vulnerável à SIDA (*Quadro I*).

Quadro I
Percepção da vulnerabilidade individual à SIDA em 1989.
População portuguesa dos 15 aos 45 anos

O facto de, por qualquer azar da vida, poder vir a ter SIDA preocupa-o(a) muito, um tanto, pouco ou nada?	HM %	H %	M %
Muito	69	69	70
Um tanto	16	16	16
Nada	7	8	5
Não sabe	8	8	9

Quadro II
Percepção da vulnerabilidade
individual à SIDA em 1989.
População portuguesa dos 15 aos 45 anos

	Ano e população	
	1987	1989
O facto de, por qualquer azar da vida, poder vir a ter SIDA preocupa-o(a) muito, um tanto, pouco ou nada?	(15 e mais) %	(15 - 45) %
Muito	16	69
Um tanto	22	16
Nada	(*) 57	7
Não sabe	5	8

Quadro III
Atitude face ao grau de segurança
do preservativo face à SIDA.
População portuguesa dos 15 aos 45 anos

Em sua opinião, o preservativo é um meio muito seguro, um tanto seguro ou nada seguro para evitar que a SIDA se transmita nas relações quando um dos parceiros está infectado com o vírus da SIDA?	HM %	H %	M %
Muito	42	43	42
Um tanto	36	40	33
Nada	5	4	5
Não sabe	17	14	20

Quadro IV
Mudança de atitude quanto ao grau de segurança
do preservativo face à SIDA
na população com 15 anos ou mais

	Ano e população	
	1987	1989
Em sua opinião, o preservativo é um meio muito seguro, um tanto seguro ou nada seguro para evitar que a SIDA se transmita nas relações sexuais quando um dos parceiros está infectado com o vírus da SIDA?	(15 e mais) %	(15 - 44) %
Muito	19	42
Um tanto	41	36
Nada	(*) 13	5
Não sabe	26	17

(*) Pouco ou nada.

A maioria, quer dos homens, quer das mulheres, mostram-se igualmente preocupados quanto à possibilidade de contraírem a SIDA. Não existe entre eles uma variação significativa.

Entretanto, ter-se-á desenvolvido entre 1987 e 1989 uma profunda mudança quanto à forma como os Portugueses se relacionam com a doença. Jovens e adultos deixaram de se considerar imunes à SIDA e passaram a sentir-se preocupados com a possibilidade de poderem vir a tê-la (*Quadro II*).

Um «clima» social favorável à manutenção de comportamentos seguros parece ter começado a instalar-se. Tal como o conhecimento é condição necessária, mas insuficiente, para mudar comportamentos prejudiciais à saúde, esta preocupação não leva necessariamente a evitar a transmissão do vírus mesmo quando o que está em causa são comportamentos comuns à população em geral. Se os indivíduos, ao envolverem-se numa situação de risco, não estiverem «convencidos de que um dado comportamento é eficaz», como, por exemplo, o uso de preservativo, haverá fortes probabilidades de continuar a fazer crescer as estatísticas de infecção pelo HIV.

2.2. Insegurança na representação do preservativo

A luta contra a SIDA passa, nesta fase, por mudanças no ambiente normativo, pela reavaliação do que são os padrões «normais» de comportamento, pelo reexame do que é valorizado e aceite. A dado passo da apresentação das metas da saúde para todos observa a Organização Mundial de Saúde que «a poderosa influência exercida pelos grupos de pares e as pressões sociais mais difusas que hoje em dia tão frequentemente encorajam comportamentos malsãos poderiam ser reorientadas para a promoção de estilos de vida saudáveis». O ambiente social e cultural tanto pode favorecer comportamentos prejudiciais à saúde (ingerir bebidas alcoólicas em excesso), como pode ser neutral quanto a certos comportamentos de risco (fumar, conduzir alcoolizado, etc.), como pode estimular comportamentos mais seguros (conduzir com cinto de segurança, ter relações sexuais com preservativo).

A representação social das relações sexuais com preservativo, isto é, os atributos que são associados ao preservativo nas relações sexuais, é algo que deverá ser objecto de intervenção deliberada, de tratamento publicitário. Um destes atributos, porventura da maior relevância, relaciona-se com a atitude de segurança na transmissão do HIV que o mesmo suscita.

Entre a população jovem e adulta portuguesa apenas uma minoria (42 %) tem uma atitude francamente favorável quanto ao grau de segurança do preservativo para evitar a transmissão do HIV, quando usado em relações sexuais com um parceiro infectado (*Quadro III*).

Só entre os divorciados a posição é ligeiramente mais favorável: 47 % julgam o preservativo muito seguro.

Mas entre 1987 e 1989 verificou-se uma dramática mudança de atitude que corresponde a um avanço expressivo da credibilidade do preservativo (*Quadro IV*).

Este progresso terá sido mais acentuado entre o grupo etário dos 15 aos 24 anos.

3. Conclusão e recomendações

Ressalta do trabalho apresentado que, em relação à população em geral, tem havido um progresso assinalável no sentido da criação de condições prévias à adopção dos comportamentos mais seguros, particularmente no domínio das relações sexuais. Mas também ficou visível quão longe nos encontramos de uma situação de credibilidade do preservativo, além de que nada garante que os comportamentos estejam, de facto, a mudar ao mesmo ritmo das percepções e atitudes.

A segunda apreciação retoma a questão da avaliação e monitorização da prevenção da transmissão do HIV em Portugal. Importa construir um sistema de avaliação e monitorização da estratégia da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA onde se enquadram projectos de pesquisa com uma concepção teórica e metodológica consistente.

□ Referências bibliográficas

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA

National HIV/AIDS strategy.

A policy information paper, Canberra: Australian Government Publishing Service, 1989.

OMS

As metas da saúde para todos, Copenhague: Bureau Regional da Europa, 1985 (tradução portuguesa do Departamento de Estudos e Planeamento do ministério da Saúde).

ROGERS, Everett M.; SHOEMAKER, F. Floyd.

Communication of innovations: a cross-cultural approach, 2nd ed., New York: Free Press, 1971.

SANTOS LUCAS, J.

Os Portugueses e a SIDA. Inquérito nacional sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos associados com a SIDA.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 3-4, Julho-Dezembro de 1987, pp. 89-100.