

Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a Saúde: Estudo dos factores de previsão da aceitação e da rejeição do Diagnóstico Pré-Natal (*)

CLÁUDIA ANDRADE (**)
ANNE MARIE FONTAINE (***)

1. INTRODUÇÃO

Entre as inovações biomédicas com incidência na gravidez contam-se os métodos de diagnóstico pré-natal que podem estar subjacentes ao seguimento pré-natal e ao aconselhamento genético. Estas inovações levantam questões e geram a necessidade de tomada de decisões aos níveis pessoal, colectivo e político. As intervenções biomédicas que surgiram nos últimos tempos modificaram fortemente os aspectos relativos à procriação, gerando uma progressiva «medicalização» da gravidez. Segundo Cardoso (1991), a gravidez passou a estar associada a um quadro institucional, com rotinas mais ou menos deter-

minadas que lhe conferem, por vezes, um estatuto equivocadamente próximo da doença. Com efeito, verifica-se uma notória influência dos aspectos científicos e dos procedimentos técnicos do modelo médico nas representações sociais da gravidez. Neste quadro, torna-se necessário que as vivências da gravidez e das respectivas intervenções biomédicas sejam acompanhadas por práticas sociais que permitam uma ressocialização da gravidez. Por outro lado, no nosso contexto histórico-social, os casais tendem a ter filhos mais tardiamente e pretendem ter cada vez menos crianças. Este fenómeno origina quebras nas taxas de natalidade e torna os pais cada vez mais exigentes, ou seja os casais não querem correr riscos e querem ter filhos saudáveis. É neste quadro que se situa o recurso ao Diagnóstico Pré-Natal. Parece-nos, assim, fundamental estudar os aspectos atitudinais e comportamentais associados a este fenómeno. Centraremos a nossa atenção nas atitudes de aceitação *versus* rejeição do diagnóstico pré-natal (DPN) tentando numa perspectiva exploratória, identificar factores psicossociais associados a essas atitudes.

Para Marteau (1992), «os modelos psicológi-

(*) Toda a correspondência respeitante a este artigo deve ser enviada para Anne Marie Fontaine, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Rua do Campo Alegre, 1055, 4150 Porto, Portugal. Email: fontaine@psi.up.pt

(**) Instituto Superior Bissaya Barreto, Coimbra.

(***) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

cos mais úteis na predição de comportamentos orientados para a saúde (como “aceitar” um 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 que o desempenho do comportamento segue uma intenção ou decisão, predita por várias crenças e atitudes» (p. 14). Ainda para a autora existe um acordo mais ou menos generalizado entre psicólogos de que as crenças e as atribuições acerca da saúde influenciam mais quando se trata de comportamentos orientados para a saúde como aceitar um rastreio ou seguir tratamento, embora tal já não se verifique em comportamentos de promoção da saúde (relacionados com a melhoria da saúde em geral). Segundo McKinlay (1972), os vários modelos explicativos dos comportamentos de saúde podem dividir-se em três grupos básicos: sócio-estruturais, psicossociais e processuais, frequentemente apresentados de uma forma mista. Os modelos sócio-estruturais caracterizam-se por uma orientação sociológica, perspectivando os aspectos sociais, culturais e institucionais (eg. 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, por exemplo ao nível das redes de apoio ao doente.

Tendo em conta que a realização do Diagnóstico Pré-Natal (DPN) representa um dos comportamentos orientados para a saúde que exige tomadas de decisão relativamente complexas fundamentamos esta pesquisa nos modelos psicossociais do *Health Belief Model*, desenvolvido por Rosenstock (1974) e na *Teoria do Comportamento Planeado* de Ajzen (1985), bem como nos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do diagnóstico pré-natal.

1.1. O *Health Belief Model*

O *Health Belief Model*, inicialmente proposto

por Rosenstock (1960) 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. O modelo assume que a adesão aos cuidados de saúde é função de determinadas 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 as barreiras à acção e (3) a disposição para a acção, que tanto pode resultar de uma predisposição interna, como pode ser estimulada exteriormente por estímulos do ambiente, nomeadamente por interacções sociais ou informações dos *mass media*. Aceitando que factores demográficos, étnicos, variáveis psicossociais, bem como variáveis de personalidade, possam influenciar as motivações e as percepções sobre os comportamentos orientados para a saúde (Becker & Maiman, 1975) as principais variáveis do modelo relacionam-se com os factores subjectivos subjacentes ao comportamento individual e não com os factores objectivos observados por indivíduos alheios a esse comportamento (Hsia, 1977). Assim, o modelo procura relacionar os estados subjectivos habituais com o comportamento habitual em relação à saúde, e motivação é necessária, tanto para a percepção dos acontecimentos, quanto para a própria acção. Cummings et al. (1982, cit. in Almeida, 1985), consideram que para entender a adesão dos pacientes a uma situação específica de cuidados de saúde (pacientes em diálise), a perspectiva do *Health Belief Model*, seria a mais adequada, visto que se trata de um «modelo conceptual segundo o qual a capacidade de adesão a recomendações destinadas à prevenção da doença, depende das convicções do doente» nos aspectos acima mencionados.

Os resultados de diversos estudos empíricos revelaram-se abonatórios do modelo. Um estudo realizado por Rowley et al. (1991) aplicando as diversas variáveis descritas pelo *Health Belief Model* no estudo da adesão ao rastreio pré-natal de hemoglobinopatias revelou que a motivação para ter mais filhos é o factor mais importante para a 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 partici-

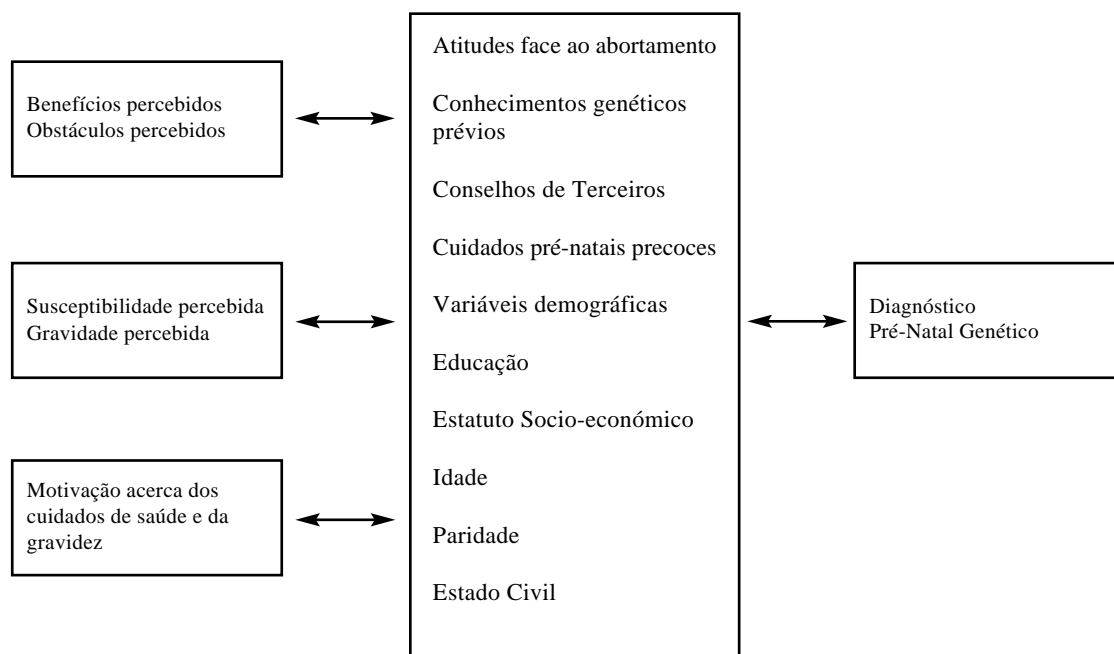
pação num programa de rastreio genético efectuado nos EUA com 500 sujeitos, revelou como factores determinantes para a adesão ao programa, a motivação decorrente da informação prévia sobre as doenças genéticas e a percepção da susceptibilidade de serem portadores de uma doença genética.

Pelo exposto anteriormente, o *Health Belief Model* tem-se revelado importante para a elucidação dos factores influenciadores da adesão a uma terapêutica, bem como da atitude face a determinado problema de saúde. Este modelo apresenta-se como uma ponderação das relações custos-benefícios, que se baseia em pressupostos cognitivos e motivacionais (avaliação dos custos e dos benefícios inerente à participação num tratamento ou à realização de um diagnóstico).

Contudo, alguns trabalhos, que não estão relacionados com o Diagnóstico Pré-Natal, parecem demonstrar a existência de discrepâncias entre o grau de adesão e os resultados obtidos com a aplicação do próprio modelo. Mausner et al.

(1971) num estudo sobre o tabagismo evidenciou a ausência de relações directas entre custos e benefícios e também entre o grau de adesão e as cognições dos sujeitos. Além disto, convém sublinhar que a aceitação/recusa do Diagnóstico Pré-Natal constitui uma situação específica de diagnóstico e não propriamente de doença ou de tratamento. Acrescenta-se que, nesta situação as consequências directas da decisão parental repercutem-se não apenas no casal envolvido na situação como também no seu futuro filho, o que pode tornar a tomada de decisão ainda mais complexa. Assim sendo, parece-nos 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 radicar-se em múltiplos factores, entre os quais se podem destacar os conhecimentos prévios, os valores morais, éticos e religiosos, outras crenças, e o grau de responsabilidade de uma escolha (Marteau, 1992). Vários estudos têm utilizado o *Health Be-*

FIGURA 1
Variáveis da tomada de decisões do Diagnóstico Pré-Natal de acordo com o *Health Belief Model* (adaptado de Davies, 1983, p. 79)



lief Model no âmbito do Aconselhamento Genético. É de referir, por exemplo, no estudo de Becker (1975) sobre a decisão de participar no rastreio genético da doença de Tay-Sachs e no estudo de Davies (1983), mais abrangente, que confirmaram a sua aplicabilidade no contexto do Diagnóstico Pré-Natal. Este último autor, constatou, num estudo com mulheres que não queriam utilizar os serviços de Diagnóstico Pré-Natal apesar de terem indicações médicas para fazer este diagnóstico (anomalias cromosómicas, defeitos do tubo neural, erros de metabolismo e perturbações relacionadas com o cromossoma X) (Figura 1), que as variáveis descritas no *Health Belief Model*, à sua adaptadas para o contexto do Diagnóstico Pré-Natal eram preditoras da aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, nomeadamente: as atitudes face ao abortamento; conhecimentos prévios acerca do Diagnóstico Pré-Natal; conselhos de outros influentes; cuidados pré-natais precoces; factores demográficos; educação; estatuto socioeconómico; idade; paridade e estado civil.

1.2. A Teoria da Acção Racional

Outro modelo relevante para o nosso estudo é o modelo da *Teoria da Acção Racional* (Fishbein & Ajzen, 1975). Esta teoria baseia-se no pressuposto de que a maioria dos comportamentos humanos estão sobre um controlo voluntário e que são fortemente influenciados por uma intenção comportamental. Esta teoria considera que as atitudes individuais face a determinado comportamento, bem como a influência social, são importantes preditores da formação da intenção comportamental. Esta intenção comportamental 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, como pela percepção do controlo sobre esse comportamento. Deste modo, a componente da atitude resulta por um lado das crenças de que um comportamento terá consequências e por outro lado da avaliação individual dessas consequências. Contudo, os autores salientam que a importância relativa dos outros significativos e das atitudes individuais varia consoante o tipo de comportamento a adoptar.

Aplicando o referido modelo à compreensão dos comportamentos relacionados com o planeamento familiar, Jaccard e Davidson (1972) efectuaram um estudo com 73 raparigas estudantes sobre as intenções de estas virem a utilizar pílulas contraceptivas. Os resultados encontrados foram abonatórios para o modelo, revelados por 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).

1.3. A Teoria do Comportamento Planeado

Mais recentemente Ajzen (1985) integrou a *Teoria da Acção Racional* (Fishbein & Ajzen, 1975) 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 principal determinante desse comportamento. Assim, estas intenções resultariam 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* indica que na base das atitudes encontram-se as expectativas de que a realização do comportamento em causa permite alcançar o resultado pretendido (por exemplo, recompensas sociais), assim como o valor desse resultado para o sujeito. 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 sobre a concordância do seu grupo de apoio e de referência (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 a esse comportamento 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 ele deve realizá-lo. Contudo, a tradução dessa intenção comportamental em comportamento pode de-

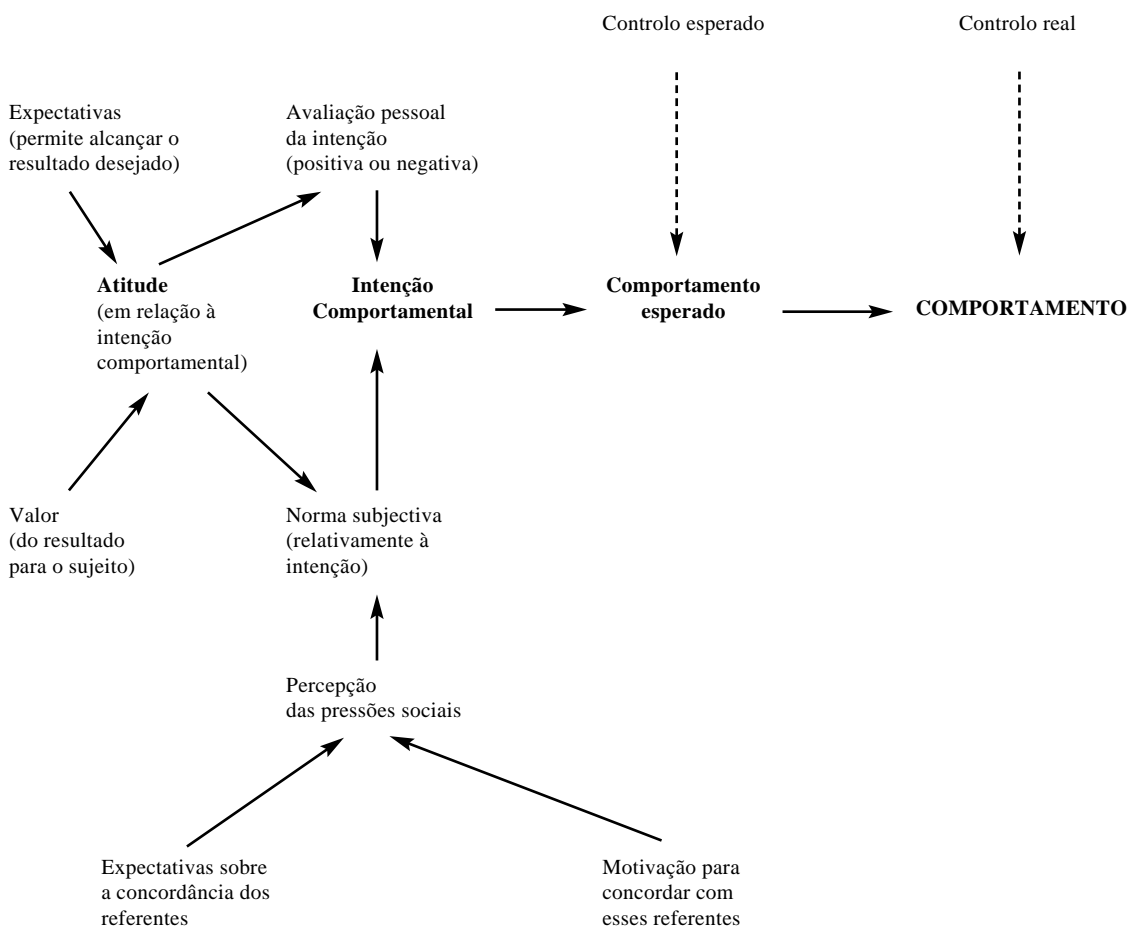
pendar ainda de outros factores. Com efeito, a adopção do comportamento depende também do controlo do sujeito sobre os factores internos e externos que podem interferir nessa realização (Figura 2). O comportamento esperado, ou à estimativa pessoal da probabilidade de realizar um dado comportamento, é função da intenção de tentar esse comportamento e da estimativa do controlo real 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.

1.4. *Seleção das variáveis relevantes para a compreensão do processo de Diagnóstico Pré-Natal*

A selecção das variáveis adoptadas neste estudo, fundamentou-se na reflexão sobre as variáveis propostas pelos modelos descritos, as suas relações e sobreposições.

A norma subjectiva (enquanto percepção das pressões sociais para tentar determinado comportamento) que na *Teoria do Comportamento Planeado* influencia a intenção comportamental não está contemplada no *Health Belief Model*.

FIGURA 2
Teoria do Comportamento Planeado (Adaptado de Ajzen, 1985)



Este aspecto, parece importante na medida em que as decisões relativas ao DPN devem ser tomadas pelo casal, pelo que podem resultar de normas ou referentes sociais nem sempre coincidentes. As dificuldades inerentes a este processo de tomada de decisão tornam plausível que os indivíduos recorram a informações e opiniões de familiares e amigos (referentes). Além disso, os serviços de DPN fornecem informações e não «receitas» e «prescrições». Deste modo será de considerar algumas normatividades vigentes na sociedade quanto à realização de diagnósticos deste tipo, uma vez que os indivíduos recorrem habitualmente a serviços médicos para obter uma «prescrição» e não para obter informações sobre as quais terão de tomar uma decisão (cf. Cardoso, 1995).

No *Health Belief Model* 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 tenha sido 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 *Health Belief Model*, parece ser determinante do posicionamento valorativo ou avaliação pessoal das expectativas de sucesso do comportamento referido no modelo de Ajzen, que vão interferir na ponderação das forças respectivas da avaliação pessoal e da do grupo de referência e na estimativa do controlo sob o comportamento a adoptar.

Finalmente as variáveis benefícios percebidos (benefícios decorrentes da acção) e barreiras percebidas (dificuldades que terá de enfrentar para a realização da acção) do *Health Belief Model*, parecem estar associadas ao valor do resultado esperado (benefício), a expectativa de resultados (dificuldades), constituindo ambas elementos de ponderação da acção a desenvolver.

A motivação é uma variável presente nos dois modelos, embora na *Teoria do Comportamento Planeado* diga respeito à motivação para concordar com os outros significativos (referentes), enquanto que no *Health Belief Model* diz respeito à indicação para agir, ou seja, aos diferentes graus de envolvimento com cuidados de saúde e à predisposição para os aceitar ou seguir. No nosso estudo, consideraremos a motivação

mais de acordo com esta segunda perspectiva, considerada aliás fundamental por diversos estudos empíricos no domínio da saúde (cf. Becker et al., 1975; Marteau, 1992; Cardoso, 1995). Outras variáveis consideradas no *Health Belief Model* são as variáveis sociodemográficas ou de contexto. Na *Teoria do Comportamento Planeado* estas não são explicitamente consideradas. Apesar de algumas variáveis sociodemográficas (eg. estatuto socioeconómico e convicções religiosas) em estudos realizados à luz do *Modelo da Acção Racional* se terem revelado fracos preditores da formação da intenção comportamental, no nosso estudo, achámos importante utilizar o grau de instrução e a religiosidade, variáveis sociodemográficas habitualmente consideradas no *Health Belief Model*. Com efeito, outros resultados empíricos sugerem que estas variáveis podem influenciar a formação das atitudes relativamente ao Diagnóstico Pré-Natal e consequentemente influenciar a aceitação ou rejeição do mesmo.

Shinno e Kellog (1976) administraram questionários a consulentes, antes e depois do aconselhamento genético, sobre a amniocentese. As 16 (em 50) 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 graus de instrução e estatuto socioeconómico 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 socioeconómico e idade estão relacionadas, de forma estatisticamente significativa, com a opção a favor de fazer a amniocentese. O grau de instrução foi, também, reconhecido como variável capaz de influenciar o desejo de obter informação médico-genética, bem como o seu grau de compreensão e de memorização (Leonard et al., 1972). Finalmente, Green (1970), ao encontrar uma associação persistente entre o grau de ins-

trução 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 da inovação biomédica também se processa a ritmos diferentes, nos vários extractos sociais, favorecendo os de grau de instrução mais elevado. Consideraremos também a variável psicossocial «atitudes face ao abortamento» uma vez que os resultados do Diagnóstico Pré-Natal podem levar as consulentes a ponderar a decisão de abortamento uma vez que a amniocentese necessária para a realização do Diagnóstico Pré-Natal inclui sempre um risco, ainda que extremamente reduzido, de provocar um abortamento espontâneo. 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; Faden et al., 1987; Marteau et al., 1989; Marteau, 1991; Cardoso, 1995). A interpretação e a possível justificação dos resultados e do papel relativos às atitudes face ao abortamento, remetemos, fundamentalmente, para a análise dos estudos empíricos acerca dos preditores psicológicos dos comportamentos de adesão (*compliance*) e aceitação do Diagnóstico Pré-Natal.

O primeiro estudo 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 (Seals et al., 1985; Ekwo et al., 1987; 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 Faden et al. (1987), Marteau et al. (1989) e Marteau (1991). Contudo, convém sublinhar que de acordo com 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.

É de salientar que a maioria das investigações, realizadas até agora, permitem caracterizar, razoavelmente, as variáveis associadas à aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, mas não aquelas que se associam à rejeição do mesmo.

Apenas as investigações de Ekwo et al. (1987) e Marteau et al. (1991 e 1992) avaliaram, de um modo específico, as mulheres que aceitaram e as mulheres que recusaram fazer a amniocentese, considerando-as separadamente do ponto de vista dos seus preditores. A análise dos resultados dos estudos empíricos até agora apresentados aponta para a necessidade de clarificar melhor as variáveis psicossociais preditoras da rejeição e da aceitação do Diagnóstico Pré-Natal. A partir daqui podemos pensar que os possíveis preditores da recusa e da aceitação de fazer o Diagnóstico Pré-Natal não foram suficientemente explorados. É neste sentido que elaborámos o seguinte estudo pensando que poderia contribuir, embora de forma modesta para uma melhor compreensão deste problema. Fundamenta-se conforme referimos anteriormente em certos aspectos das teorias relevantes para a compreensão dos comportamentos orientados para a Saúde, nomeadamente o *Health Belief Model* desenvolvido por Rosenstock (1974), nos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do Diagnóstico Pré-Natal (Davies, 1983) e no modelo de Ajzen (1985), nomeadamente na *Teoria do Comportamento Planeado* aplicado ao domínio da saúde.

Pretende-se comparar o grupo de mulheres que aceitou a realização do Diagnóstico Pré-Natal com o grupo de mulheres que recusou o referido diagnóstico, analisando em que medida estes comportamentos de aceitação *versus* rejeição estão associados a um conjunto de variáveis psicossociais.

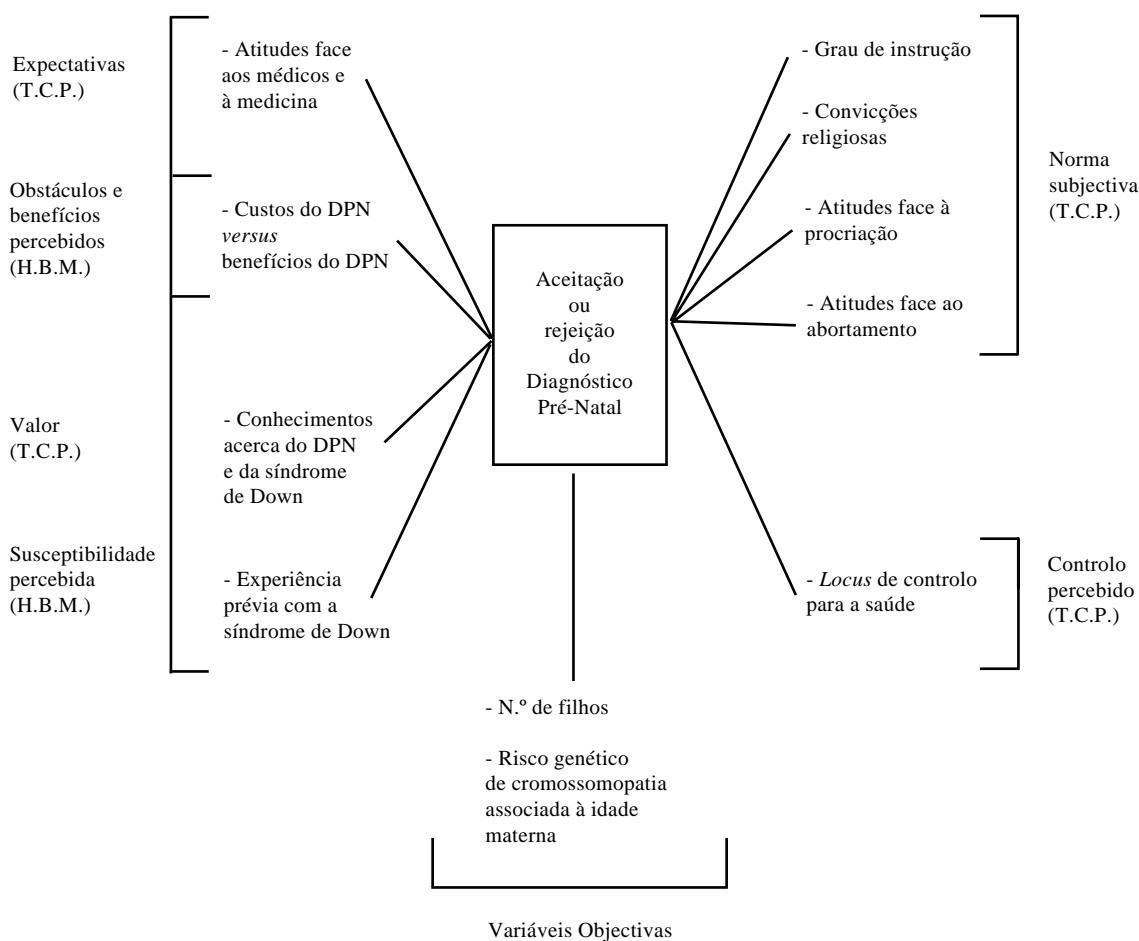
Serão somente observadas algumas variáveis psicossociais, indicadores de factores assinalados pelo *Health Belief Model* e pela *Teoria do*

Comportamento Planeado como sendo cruciais para a tomada de decisão no domínio da saúde. Estas variáveis estão assinaladas na Figura 3.

Deste modo, o grau de instrução e as convicções religiosas são indicadores indirectos das pressões sociais susceptíveis de influenciar a construção da norma subjectiva na *Teoria do*

Comportamento Planeado. A atitude face à procriação e a atitude face ao abortamento representam as integrações pessoais destas pressões sociais e de experiências próprias em termos de norma subjectiva que nalguns estudos empíricos revelam ser de extrema importância para a aceitação do Diagnóstico Pré-Natal.

FIGURA 3
Variáveis preditoras da aceitação e da recusa do Diagnóstico Pré-Natal



Legenda:
H.B.M. – *Health Belief Model*
T.C.P. – *Teoria do Comportamento Planeado*

As atitudes face aos médicos e à medicina podem sustentar a confiança na eficácia dos comportamentos adoptados e assim constituírem as expectativas que se inserem na *Teoria do Comportamento Planeado*. Se a avaliação dos custos e dos benefícios do Diagnóstico Pré-Natal corresponde directamente à dimensão benefício percebido *versus* obstáculo percebido do *Health Belief Model*, a avaliação dos custos será negativamente associada às expectativas de sucesso da *Teoria do Comportamento Planeado*, e a avaliação dos benefícios positivamente ligada ao valor do resultado na *Teoria do Comportamento Planeado*. No *Health Belief Model* a susceptibilidade percebida da doença é uma dimensão importante na tomada de decisão. Quando as decisões incidem sobre a realização do Diagnóstico Pré-Natal, estes conhecimentos e experiências incidem sobre as consequências de concretização de riscos genéticos. Na população portuguesa, os casos mais conhecidos e sistematicamente associados à idade da mãe é a Síndrome de Down, que foi utilizado como exemplo paradigmático de malformações genéticas.

O conhecimento acerca do Diagnóstico Pré-Natal e da síndrome de Down e a experiência prévia com a manifestação desta síndrome foram consideradas como indicadores possíveis da susceptibilidade percebida em mães com mais de 35 anos. Parece-nos evidente que a percepção desta susceptibilidade influenciará a apreciação do valor do resultado na *Teoria do Comportamento Planeado*. O controlo percebido da *Teoria do Comportamento Planeado* será avaliado a partir do *locus* de controlo para a saúde sabendo que a percepção de controlo varia conforme os domínios na qual se actualiza. Duas variáveis «objectivas» serão ainda acrescentadas numa perspectiva mais exploratória, o número de filhos e o risco genético de cromossomopatia associado à idade materna pensando que poderiam influenciar a decisão da mãe indirectamente através de atitudes diferenciadas por parte dos profissionais.

Assim, pretende-se comparar o grupo de mulheres que aceitou o Diagnóstico Pré-Natal com o grupo que rejeitou ao nível das diversas variáveis psicossociais consideradas (nível de ensino, convicções religiosas, número de filhos, conhecimentos acerca do Diagnóstico Pré-Natal e da síndrome de Down, experiência anterior com a síndrome de Down, atitudes face aos médicos e à

medicina, *locus* de controlo para a saúde, avaliação dos custos e dos benefícios associados à realização do Diagnóstico Pré-Natal, atitudes face à procriação, atitudes face ao abortamento e risco genético de cromossomopatia associado à idade materna).

Pretende-se caracterizar mais especificamente o processo de rejeição do ponto de vista da importância relativa de cada um dos seus predictores. Esperamos assim que os nossos resultados permitam retirar certas informações quanto à influência de certos factores psicossociais na organização do conhecimento, atitudes e dos comportamentos associados à tomada de decisão de rejeição e de aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, e da relevância de cada um para este tipo de tomada de decisão

2. HIPÓTESES TEÓRICAS E EXPERIMENTAIS

O objectivo principal da nossa investigação consiste em avaliar a capacidade de um conjunto de variáveis para prever a pertença dos sujeitos aos grupos de Aceitação *versus* de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal.

A fundamentação das hipóteses desta investigação tem por base o enquadramento teórico geral e os modelos conceptuais apresentados na primeira parte deste trabalho, bem como os estudos empíricos produzidos no âmbito da aceitação e rejeição do Diagnóstico Pré-Natal.

Assim são esperadas diferenças significativas entre o Grupo de Aceitação e o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal ao nível das diversas variáveis psicossociais. Assim formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1): O grau de instrução é significativamente mais elevado no Grupo de Aceitação do que no Grupo de Rejeição do DPN. Os estudos de Shinno e Kellog (1976), Volodkevich e Huether (1981), Ever-Kiebooms et al. (1988), Evans et al. (1990), Marteau et al. (1992), documentaram na sua generalidade a importância do nível de ensino na aceitação do DPN.

Hipótese 2 (H2): Haverá diferenças significativas no «grau de religiosidade» entre o Grupo de Aceitação e o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal em favor do segundo. O estudo de Seals et al. (1985) e o estudo de Cardoso (1995) salientam, no seu conjunto a importância das

convicções religiosas para o estudo da aceitação e da rejeição do Diagnóstico Pré-Natal.

Hipótese 3 (H3): O Grupo de Aceitação tem conhecimentos específicos significativamente mais elevados acerca do Diagnóstico Pré-Natal e da síndrome de Down do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. Os estudos de Lippman e Piper (1981a e 1981b), Volodkevich e Huether (1981), Brandenburg et al. (1991) e Frests et al. (1991) salientam a importância dos conhecimentos prévios sobre o Diagnóstico Pré-Natal como factor relevante para a aceitação da realização do mesmo.

Hipótese 4 (H4): O Grupo de Aceitação do Diagnóstico Pré-Natal tem uma «Experiência prévia com a Síndrome de Down» significativamente superior à do Grupo de Rejeição do mesmo. Os estudos de Ever-Kiebooms et al. (1988), Shinno e Kellog (1976), Evans et al. (1990), Volodkevich e Huether (1981), Marteau et al. (1992), realçaram a importância da experiência prévia com a síndrome de Down como factor relevante para a aceitação da realização do Diagnóstico Pré-Natal.

Hipótese 5 (H5): Os benefícios percebidos decorrentes da realização do Diagnóstico Pré-Natal são significativamente mais elevados no Grupo de Aceitação do que no Grupo de Rejeição do referido diagnóstico.

Hipótese 6 (H6): Os obstáculos inerentes à realização do Diagnóstico Pré-Natal são percebidos de forma significativamente menor pelo Grupo de Aceitação do que pelo Grupo de Rejeição do referido diagnóstico. Os estudos realizados por Davies (1983), utilizando as variáveis descritas pelo *Health Belief Model* como preditores da aceitação da amniocentese e da fetoscopia, obtiveram resultados abonatórios do modelo, realçando a existência de uma avaliação menor dos custos e maior dos benefícios inerentes ao Diagnóstico Pré-Natal são factores importantes para a realização do referido diagnóstico.

Hipótese 7 (H7): O Grupo de Aceitação do DPN apresenta atitudes face à procriação significativamente mais favoráveis do que o Grupo de Rejeição desse diagnóstico. No estudo de Cardoso (1995) sobre as condições de aceitação do Aconselhamento Genético, revelaram a importância das atitudes face à procriação, nomeadamente nos estudos da aceitação do aconselhamento no rastreio nacional da fenilcetonúria e no

aconselhamento do diagnóstico precoce pré-sintomático da polineuropatia amiloidótica familiar.

Hipótese 8 (H8): O Grupo de Aceitação terá atitudes significativamente mais positivas em relação ao abortamento do que o Grupo de Rejeição. 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; Faden et al., 1987; Marteau et al., 1989; Marteau, 1991).

Hipótese 9 (H9): O Grupo de Aceitação terá atitudes significativamente mais positivas em relação aos médicos e à medicina do que o Grupo de Rejeição. As atitudes face aos médicos e à medicina podem ter repercussões no modo como as consulentes encaram a possibilidade e a utilidade das inovações biomédicas no contexto da saúde (Marteau, 1992).

Hipótese 10 (H10): Haverá diferenças significativas no *locus* de controlo para a saúde entre o Grupo de Aceitação e o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. A literatura refere que as atribuições causais que os sujeitos fazem para os seus estados de saúde e de doença podem influenciar a adesão ou não a este tipo de diagnóstico (Marteau, 1992).

Hipótese 11 (H11): Existirão diferenças significativas no risco genético de cromossopatia associado à idade materna avançada entre o Grupo de Aceitação e o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. O estudo de Marteau (1991) revelou a importância do risco genético de cromossopatia associada à idade materna como um factor importante para a aceitação e recusa do Diagnóstico Pré-Natal.

Hipótese 12 (H12): O Grupo de Aceitação tem um número de filhos inferior ao do Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. O estudo de Cardoso (1995) sugere uma melhor adesão à consulta de aconselhamento genético e ao DPN por parte dos casais com menos filhos.

3. METODOLOGIA

3.1. *Sujeitos*

Entre os anos de 1992 e 1995, recorreram, à consulta de Diagnóstico Pré-Natal da Materni-

dade dos Hospitais da Universidade de Coimbra 354 consulentes, para a realização do Diagnóstico Pré-Natal, através da amniocentese, tendo por indicação a idade materna avançada (≥ 35 anos). Estas consulentes constituem a população que foi objecto de estudo. O grupo de grávidas com idade ≥ 35 anos foi escolhido pelo facto (1) de ser constituído por pessoas às quais se propõe a realização do Diagnóstico Pré-Natal citogenético, de forma sistemática, (2) de prefazer cerca de 80% das indicações para esse diagnóstico (3) ter representantes de uma tendência sociológica recente para o adiamento voluntário das gravidezes até uma idade mais avançada ou de gravidezes resultantes de tratamentos de infertilidade. Entre 1992 e 1995, 89.3% ($n=316$) das consulentes aceitaram fazer o Diagnóstico Pré-Natal, enquanto que 10.7% ($n=38$) recusaram o referido diagnóstico.

A sub-amostra de «recusa» foi constituída pela totalidade da população que recusou a realização do Diagnóstico Pré-Natal, entre 1992 e 1995 tendo sido impossível localizar 8 das consulentes. Esta sub-amostra ficou assim reduzida a 30 mulheres. Paralelamente foram seleccionadas 30 mulheres que «aceitaram» o DPN, recorrendo uma metodologia aleatória sistemática: as primeiras seis consulentes que recorreram à consulta de Diagnóstico Pré-Natal, no ano de 1992, e as seguintes oito de cada um dos anos subsequentes (1993, 1994 e 1995). A nossa amostra foi assim constituída por 30 mulheres que aceitaram fazer o Diagnóstico Pré-Natal e 30 mulheres que recusaram a realização do mesmo.

As mulheres que aceitaram a realização do DPN foi de 38.2 anos (desvio-padrão de 1.95) são em média ligeiramente mais novas do que as que recusaram que apresentavam uma média de idades de 39.0 anos (desvio-padrão de 3.06), ($g.l.=58$; $t=-1.31$; $p=.003$). O nível de instrução no Grupo de Aceitação é significativamente superior ao do Grupo de Rejeição, cujo nível de instrução máximo não ultrapassava o ensino unificado enquanto só 10 dos 30 sujeitos do grupo de aceitação se encontraram na mesma situação ($g.l.=4$; $\chi^2 = 12.58$; $p=.01352$).

Para manter a representatividade das duas amostras, garantido pelo processo de selecção aleatório, optámos por não as emparelhar quanto ao nível de instrução, apesar da heterogeneidade observada. Com efeito poderíamos eliminar arti-

ficialmente diferenças relevantes para o nosso estudo, o que não nos parece desejável

3.2. Variáveis e Instrumentos

Neste estudo, a variável critério é a aceitação ou a recusa da realização do Diagnóstico Pré-Natal citogenético.

As variáveis discriminantes escolhidas são: o *locus* de controlo de saúde (ELCS), as atitudes face ao abortamento (EAA), as atitudes face à procriação (EAP), os conhecimentos sobre o Diagnóstico Pré-Natal e a síndrome de Down (QCSD), enquanto que para as atitudes face aos médicos e à medicina (ADMS), a avaliação dos custos e dos benefícios associados à realização do Diagnóstico Pré-Natal (ECP-DPN) e a susceptibilidade e gravidade das doenças genéticas. Para as quatro primeiras variáveis dispomos de instrumentos adaptados e construídos para a população portuguesa, enquanto que para as 3 últimas tais instrumentos não existiam. No estudo piloto apresentado de seguida, adaptámos e construímos os instrumentos necessários à avaliação destas três variáveis e avaliámos algumas das suas características psicométricas.

3.3. Estudo Piloto

Estudo 1

A variável psicossocial atitude face aos médicos e à medicina tinha sido avaliada satisfatoriamente nos estudos de (Marteau, 1990) pela a escala *Attitudes towards Doctors and Medicine Scale* (ADMS). A autora considera que «a escala pode revelar-se útil na predição de alguns comportamentos orientados para a saúde, tanto por parte de pacientes (tais como a participação em rastreios) como de profissionais de saúde e de cientistas do comportamento» (Marteau, 1990, p. 355).

Esta escala é constituída por 19 itens, que pretende avaliar as atitudes positivas e negativas face à eficácia dos médicos e da medicina na promoção da saúde. As respostas apresentadas numa escala do tipo Likert e são cotadas de 1 a 5 de forma a que quanto maior forem as pontuações globais obtidas, mais positivas serão as atitudes referidas.

Com o objectivo de aplicar a escala ADMS a sujeitos portugueses a mesma foi traduzida e

adaptada. A amostra que serviu de base à adaptação deste instrumento, utilizou a replicação do estudo apresentado por Marteau (1990), utilizando quatro grupos de sujeitos envolvidos na prestação e na recepção de cuidados de saúde, a saber: (1) enfermeiros (n=31); (2) estudantes do 1.º ano da Licenciatura em medicina (n=95); (3) mulheres grávidas, que aguardavam uma consulta geral de obstetrícia (n=148); (4) psicólogos do curso de mestrado em psicologia clínica (n=12) e sociólogos do curso de mestrado em sociologia (n=13).

No sentido de encontrar uma estrutura semelhante à encontrada pela autora, os dados foram submetidos a uma análise em componentes principais condicionada à extracção dos factores com valores próprios superiores a 1. Contrariamente ao estudo original que evidenciou a existência de 4 factores, explicando 40% da variância total, só dois factores foram evidenciados na amostra portuguesa, explicando uma proporção ligeiramente inferior da variância (33.6%: 18.5% pelo F1 e 15.1% pelo F2)

O conteúdo e a natureza dos vários itens que integram os 2 factores após rotação *varimax* parecem traduzir dois conjuntos de objectos atitudinais distintos: as atitudes negativas face aos médicos e à medicina (factor 1); e as atitudes positivas face aos médicos e à medicina (factor 2). No estudo de Marteau as atitudes face aos médicos e face à medicina saturaram factores distintos. A consistência interna de cada uma das escalas factoriais avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, revelou valores iguais a .724 e .681 para os factores 1 e 2, respectivamente, próximos dos da versão original (.73).

De um modo geral, podemos afirmar que os nossos resultados não se afastam muito daqueles que foram obtidos pela autora da escala. A estrutura bifactorial foi confirmada e os valores de consistência interna autorizam a sua utilização para comparar grupos.

Estudo 2

Para avaliar a variável psicossocial custos/benefícios do Diagnóstico Pré-Natal, foi necessário construir a Escala de custos e de benefícios inerentes à realização do Diagnóstico Pré-Natal (ECB-DPN).

A partir da revisão bibliográfica sobre esta temática, elaborou-se uma lista de 18 itens abran-

gendo várias opiniões possíveis de uma grávida com indicação para realizar o Diagnóstico Pré-Natal quanto aos custos e aos benefícios do mesmo. Ao elaborar a escala, pretendemos abranger um certo leque de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, passíveis de ocorrerem na situação em estudo.

Efectuou-se, de seguida, uma reflexão falada junto de cinco grávidas tendo sido excluídas algumas alternativas e alterada a redacção de outras, ficando o questionário reduzido a 13 itens, agrupados em 2 categorias: custos (6 itens) e benefícios (7 itens) decorrentes da realização de Diagnóstico Pré-Natal.

Para efeitos de cotação, cada item foi pontuado numa escala de tipo Likert, ao longo de um contínuo de cinco pontos: Muito ou totalmente de acordo, Bastante de acordo, Moderadamente de acordo, Pouco de acordo e Nada de acordo. No sentido de efectuar a análise da escala, esta foi ministrada a 98 grávidas com idade igual ou superior a 35 anos que esperavam uma consulta geral de obstetrícia na Maternidade dos HUC. O estudo decorreu entre Março e Julho de 1996.

Na folha de rosto da escala explicou-se às grávidas o objectivo do trabalho, solicitou-se a colaboração e assegurou-se a confidencialidade dos dados. A cada questão foi atribuída uma cotação de 1 a 5 de modo a que a pontuação mais elevada correspondesse à valorização dos benefícios decorrentes da realização do Diagnóstico Pré-Natal e a pontuação mais baixa à valorização dos custos implicados no mesmo. Com a finalidade de aumentar a consistência interna da escala retirámos, na versão final da escala, os itens 2, 10 e 12. A escala ficou reduzida a um total de 10 itens. O coeficiente alfa de Cronbach, desta escala é de .814. Com vista a verificar se a escala diferencia a avaliação dos custos e dos benefícios do Diagnóstico Pré-Natal procedemos a uma análise em componentes principais com a extração de dois factores, através de rotação ortogonal axial de tipo *varimax*. A solução encontrada apresentou dois factores, constituídos por 6 e 4 itens.

Os itens que constituem o factor 1 referem-se à percepção dos benefícios decorrentes da realização do Diagnóstico Pré-Natal, enquanto que os itens incluídos no factor 2 traduzem uma percepção dos obstáculos ou custos inerentes à realização do exame em causa. No seu conjunto, estes

dois factores explicam 58.6% da variância total, com o factor 1 a explicar 42% e o factor 2 16.6% dessa variância. A consistência interna de cada um dos factores foi obtida através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, sendo de .866 para o factor 1 e de .64 para o factor 2.

Para avaliar a validade discriminante, procedemos à comparação dos resultados obtidos na ECB-DPN em dois grupos, a saber: o já referido grupo de grávidas ($n=50$) e um grupo de mães ($n=60$). Partimos da hipótese de que a média dos escores mais baixa correspondia ao primeiro grupo, o qual enfrentava os problemas e dilemas da situação concreta, e a mais elevada ao segundo (média de 48.33, contra 50.84; $gl = 108$; $t = -2.10$; $p = .038$). Estes resultados, abonam a validade de constructo da ECB-DPN, na medida em que permitem discriminar os dois grupos contrastados, no sentido objectivamente esperado. Podemos afirmar que a ECB-DPN permite avaliar os custos e os benefícios do Diagnóstico Pré-Natal na população portuguesa de modo fiel e válido.

3.4. Outros Instrumentos

No âmbito das variáveis psicossociais foi avaliado o *locus* de controlo de Saúde mediante a Escala de *locus* de controlo de saúde (ELCS) (Ribeiro, 1994).

É um inventário do tipo Likert, que foi construído por Ribeiro, em 1994. Possui 14 itens cotados de um a sete, que foram recolhidos de várias escalas de língua inglesa e depois traduzidos e adaptados. A análise em componentes principais, mediante uma rotação *varimax*, possibilitou obter dois factores, que explicam 43% da variância total. Estes foram denominados do seguinte modo: factor 1: *locus* de controlo e factor 2: outros poderosos. Relativamente aos índices de fidelidade, o coeficiente alfa de Cronbach foi de .75 para o primeiro factor e de .74 para o segundo factor, o que revela uma boa consistência interna. A validade discriminante foi testada face à escala de avaliação da auto-eficácia de Sherer, com resultados bastante favoráveis. Por outro lado, a validade convergente foi avaliada recorrendo ao *General Health Perception Battery* do *Rand's Health Perceptions Study* e ao *Life-Style-Assessment-Questionnaire*, igualmente com resultados satisfatórios.

Considerámos ainda a variável psicossocial atitude face ao abortamento que foi avaliada através da Escala de atitudes face ao abortamento (EAA) (Cardoso, 1995).

Criada por Cardoso, em 1995, trata-se de uma escala com 20 itens relativos a situações paradigmáticas, que envolvem o abortamento. É uma escala do tipo Likert com itens cotados de 1 a 5, que possui um coeficiente alfa de Cronbach de .86, o que traduz uma boa consistência interna. A validade de constructo foi avaliada face ao critério religião/religiosidade e ao critério relativo à contracepção. As análises de variância simples (*One-way ANOVA*) efectuadas e os respectivos testes *post hoc* revelaram resultados consistentes com as hipóteses teóricas e, por conseguinte, bastante abonatórios da validade de constructo da escala. Esta escala foi estudada numa amostra ($n=50$) de consulentes que recorreram ao Diagnóstico Pré-Natal.

Utilizámos também a variável psicossocial atitude face à procriação, medida através da Escala de atitudes face à procriação (EAP) (Cardoso, 1995).

Criada por Cardoso, em 1995, trata-se de uma escala com 21 itens relativos a situações paradigmáticas, que envolvem a procriação e sua importância social. É uma escala do tipo Likert com itens cotados de 1 a 5, que possui um coeficiente alfa de Cronbach de .86, o que revela uma adequada consistência interna. A validade de constructo foi avaliada face ao critério número de filhos e ao critério relativo à utilização regular, durante um período superior a seis meses, de um método contraceptivo. As análises de variância simples (*One-way ANOVA*) calculadas e os respectivos testes *post hoc* permitiram obter resultados consistentes com o que seria teoricamente de esperar e, portanto, indicadores da validade de constructo desta escala. A amostra ($n=106$) em que foi efectuado o estudo desta escala incluiu consulentes da consulta de Diagnóstico Pré-Natal.

Recorremos também à variável psicossocial os conhecimentos sobre a síndrome de Down (e o Diagnóstico Pré-Natal), avaliados através do Questionário de conhecimentos sobre o Diagnóstico Pré-Natal e a síndrome de Down (QCSD) (Cardoso, 1995).

Criado por Cardoso, em 1995, trata-se de um questionário com 20 itens, sendo 14 relativos a

QUADRO 1
Coefficientes de fidelidade das escalas

Escalas	Escala de atitudes face aos médicos e à medicina	Escala de custos e de benefícios do DPN-factor benefícios	Escala de custos e de benefícios DPN-factor custos	Escala de locus de controlo de saúde-internalidade	Escala de locus de controlo de saúde-outros poderosos	Escala de atitudes face ao abortamento	Escala de atitudes face à procriação
Coefficiente Alfa de Cronbach	.73	.87	.64	.75	.74	.86	.86

conhecimentos médicos e 6 relativos a conhecimentos genéticos. Tem um formato de resposta com três alternativas de resposta do tipo «Verdadeiro-Falso-Não sei». Os itens apresentam-se como um conjunto de proposições, ora verdadeiras, ora falsas, em número aproximadamente igual e aleatoriamente distribuídas. É cotado de um modo estandarizado, sendo atribuídas às respostas correctas, «não sei» e erradas, as pontuações de 3, 2 e 1 valores, respectivamente. A pontuação total do questionário corresponde ao somatório das pontuações parcelares obtidas ao nível de cada item. Este questionário foi aplicado a consulentes do Diagnóstico Pré-Natal.

Considerámos ainda as variáveis psicossociais grau de religiosidade e a variável risco genético de cromossomopatia associado à idade materna.

A variável religiosidade foi operacionalmente definida em cinco níveis, tendo em conta o número de vezes que as consulentes participaram, no último ano, em actos religiosos.

O risco genético de cromossomopatia associado à idade materna é uma variável biológica que foi calculada pela equipa médica, para cada consulente, com base numa tabela utilizada, na consulta de Diagnóstico Pré-Natal (Harper, 1991).

Foram ainda recolhidas informações sobre a idade, o grau de instrução, o número de filhos anteriores ao Diagnóstico Pré-Natal, a experiência prévia com a síndrome de Down.

A variável grau de instrução foi operacionalmente definida como o nível mais elevado de ensino concluído, numa escala quantitativa de sete pontos, a saber: 1- Primário incompleto ou nulo; 2- Primário completo (4.º ano de escolaridade); 3- Básico completo (6.º ano de escolaridade); 4- Unificado completo (9.º ano de escolaridade);

5- Complementar completo (12.º ano de escolaridade); 6- Curso médio/bacharelato completo; 7- Curso superior/Licenciatura/Mestrado/Doutoramento.

A variável número de filhos anteriores ao Diagnóstico Pré-Natal foi avaliada através de uma resposta a uma questão simples.

A variável experiência prévia de convivência ou com síndrome de Down foi avaliada questionando as consulentes se tinham ou não experiência familiar, profissional ou social de contacto directo com pessoa com a referida sintomatologia clínica e registada sob a forma de Sim (1) ou Não (2).

3.5. Procedimento

A recolha de dados decorreu entre Dezembro de 1995 até Julho de 1996. O preenchimento dos instrumentos de avaliação levou, aproximadamente, 30 minutos, sem intervalo. Assegurou-se o anonimato de todas as respostas e garantiu-se a confidencialidade do tratamento dos dados e a sua utilização exclusiva para fins de investigação. As observações processaram-se de um modo estandarizado, em que os meios e instrumentos de avaliação foram, sistematicamente, ministrados de um modo individual, durante a entrevista a cada consulente na instituição ou no domicílio, conforme as conveniências das mesmas.

Os instrumentos de avaliação foram ministrados pela seguinte ordem: Escala de atitudes face aos médicos e à medicina (ADMS), Escala de custos/benefícios do Diagnóstico Pré-Natal (ECB-DPN), Escala de *locus* de controlo de saúde (ELCS), Escala de Atitudes face ao abortamento (EAA), Escala de atitudes face à pro-

criação (EAP), Questionário de conhecimentos sobre síndrome de Down (e o Diagnóstico Pré-Natal) (QCSD). Os dados socio-demográficos foram recolhidos pela entrevistadora, no final, através da leitura directa dos itens da folha de registo. A ordem de aplicação dos instrumentos não foi aleatória devido à delicadeza de certas temáticas, apresentou-se em primeiro lugar as escalas consideradas menos polémicas deixando mais polémicas para o fim. Pretendia-se assim evitar eventuais contaminações de respostas e criação de resistências ou mesmo recusa de participação, no preenchimento das escalas mais polémicas.

4. RESULTADOS

Os dados assim recolhidos foram submetidos a uma análise da Função Discriminante que teve um papel de destaque na nossa investigação, dados os objectivos da investigação e a natureza das variáveis em estudo. Esta técnica estatística é utilizada para o estudo multivariado das diferenças entre grupos e permite examinar a forma como múltiplas variáveis predictoras se relacionam com a variável independente (ou seja, a pertença ao grupo). Deste modo, é útil quando se pretende avaliar quais, de uma série de variáveis, diferenciam melhor grupos de indivíduos ou quando se pretende prever a pertença a um determinado grupo.

No nosso estudo, utilizámos todas as variáveis acima referidas. No sentido de validar o modelo global, incluímos, ainda, na Análise de Função Discriminante, as variáveis seguintes: o grau de religiosidade, o número de filhos anteriores ao Diagnóstico Pré-Natal e a experiência prévia com o Síndrome de Down.

Para controlar as relações entre as variáveis dependentes e apreciar em que medida no seu conjunto elas são capazes de diferenciar significativamente os grupos de aceitação e de rejeição efectuámos uma análise de variância multivariada (MANOVA) (Coeficiente Lambda de Wilks =.36; $F(13,46) = 6.19$; $p < .001$) revelando que no seu conjunto existem diferenças significativas entre os grupos nas variáveis psicossociais consideradas.

Através da Análise de Função Discriminante pretendemos averiguar, como referimos anteri-

ormente, qual o conjunto das variáveis avaliadas que diferenciam melhor o Grupo de Aceitação e de rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. Contudo antes de apresentar os resultados da análise de variância univariada, vamos avaliar a capacidade do conjunto de variáveis em estudo de prever a qual dos grupos (Grupo de Aceitação e de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal) pertencia cada consulente da amostra, através da Análise das Percentagens de casos classificados correctamente, em cada um dos grupos, mediante a Função Discriminante (ver Quadro 2).

Com efeito, utilizámos ainda a Análise da Função Discriminante com objectivos preditivos. Estes resultados indicam que a função discriminante é relevante, visto que 64% da variância das variáveis discriminantes é explicada pela pertença ao grupo. Com efeito, a correlação entre a função discriminante e o conjunto das variáveis psicossociais é de .80.

A análise de variância univariada para cada variável separadamente (Quadro 3) permitirá apreciar a relevância de cada uma das variáveis discriminantes para as diferenças dos grupos.

Constatámos que o grau de instrução, os bene-

QUADRO 2
Análise da Função Discriminante para os grupos de Aceitação e de Rejeição do DPN

Grupo Observado	Grupo Predito		Total n
	Aceitação	Rejeição	
Aceitação n %	25 (83%)	5 (17%)	30
Rejeição n %	2 (7%)	28 (93%)	30
Total n	27	33	60

Percentagem de classificações correctas

Aceitações=83% ; Rejeições=93% ; Total=88.3% ; $\chi^2=35.62$; $p < .001$

QUADRO 3
Análise da Função Discriminante: Grupo de Aceitação versus Grupo de Rejeição

Variável	F(1,58)	p
Grau de Instrução	55.22	<.0001
Custos inerentes ao DPN	41.54	<.0001
Benefícios inerentes ao DPN	22.95	<.0001
Conhecimentos sobre a SD e o DPN	19.89	<.0001
Atitudes face ao abortamento	8.78	.004
Atitudes face aos médicos e à medicina	7.20	.009
Atitude face à procriação	6.46	.013
Locus de controlo de saúde – internalidade	5.13	.027
Número de filhos	4.91	.030
Risco genético	4.26	.043
Locus de controlo de saúde – outros poderosos	1.77	n.s.
Experiência prévia com a síndrome de Down	.98	n.s.
Grau de religiosidade	.83	n.s.

fícios e os custos inerentes ao Diagnóstico Pré-Natal e os conhecimentos sobre a síndrome de Down e o Diagnóstico Pré-Natal, são as variáveis que melhor discriminam os grupos, seguidas pelas três escalas de atitudes (atitudes face ao abortamento, atitudes face aos médicos e à medicina e atitudes face à procriação). A capacidade de discriminação do *locus* de controlo de saúde, do número de filhos e do risco genético associado à idade materna é notavelmente menor enquanto que o grau de religiosidade, experiência prévia com a síndrome de Down e a atribuição do estado de saúde a outros poderosos não se diferenciam em função dos grupos.

Calculámos os valores das médias das variáveis discriminantes, com vista a averiguar em que sentido iam as diferenças entre os grupos (ver Quadro 4).

As tendências observadas nas diferenças de médias são confirmadas pelas conclusões entre cada variável psicossocial e a função discriminante.

Seguidamente passamos a analisar as variáveis que contribuíram significativamente para a discriminação dos grupos de aceitação e de rejeição do Diagnóstico Pré-Natal, de acordo com as

diferenças estatisticamente significativas e valores da correlação com a função canónica discriminante.

O grau de instrução ($F(1,58) = 55.22; p < .0001$) é superior no Grupo de Aceitação do Diagnóstico Pré-Natal ($M=5.00$; $DP=2.02$) ao do Grupo de Rejeição ($M=2.13$; $DP=.63$). No que se refere ao factor 2 custos da Escala de custos e benefícios decorrentes do Diagnóstico Pré-Natal ($F(1,58) = 41.54; p < .0001$) o Grupo de Aceitação revela valores mais elevados ($M=20.26$; $DP=2.80$), demonstrando um grau de percepção dos obstáculos ou custos menor do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal ($M=15.43$; $DP=3.00$), uma vez que esta escala pontua mais no sentido inverso à grandeza da percepção dos obstáculos ou custos. No factor 1 (benefícios percebidos) da mesma Escala de custos e benefícios decorrentes do Diagnóstico Pré-Natal ($F(1,58) = 22.95; p < .0001$) o Grupo de Aceitação apresenta valores mais elevados ($M=30.66$; $DP=5.06$) revelando um grau de percepção dos benefícios maior do que o Grupo de Rejeição ($M=25.50$; $DP=3.05$). No Questionário de conhecimentos sobre a síndrome de Down (e o Diagnóstico Pré-Natal) ($F(1,58) = 19.89; p < .0001$) o Grupo de

QUADRO 4

Médias e Desvios-Padrão das variáveis preditoras no Grupo de Aceitação e no Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal

Variável	Grupo de Aceitação		Grupo de Rejeição	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Grau de instrução	5.00	2.02	2.13	.63
Grau de religiosidade	2.76	1.35	3.10	1.47
Número de filhos	1.16	1.02	2.03	1.88
Experiência prévia com síndrome de Down	1.76	.43	1.86	.35
Conhecimento sobre a SD e o DPN	50.70	4.09	46.46	3.21
Atitudes face aos médicos e à medicina	52.00	5.11	48.40	5.28
Locus de controlo de saúde – internalidade	39.93	8.61	35.23	7.41
Locus de controlo de saúde – outros poderosos	23.23	2.8	22.40	1.98
Benefícios inerentes à realização de DPN	30.66	5.06	25.50	3.05
Custos inerentes à realização de DPN	20.26	2.80	15.43	3.00
Atitudes face à procriação	65.60	10.69	71.73	7.77
Atitudes face ao abortamento	71.03	14.71	60.60	12.76
Risco genético	1.69	.65	2.31	1.49

QUADRO 5

Estrutura matrix de correlações entre as variáveis discriminantes e a função canónica discriminante

Variáveis	Correlações
Grau de instrução	.74
Escala de custos e benefícios de DPN – custos	.64
Escala de custos e benefícios de DPN – benefícios	.48
Conhecimentos sobre o DPN e a SD	.44
Escala de atitudes face ao abortamento	.29
Escala de atitudes face aos médicos e à medicina	.27
Escala de atitudes face à procriação	.25
Escala de locus de controlo de saúde – factor internalidade	.22
Número de filhos	.22
Risco genético	-.20
Escala de locus de controlo de saúde – factor outros poderosos	.13
Experiência com a síndrome de Down	.1
Grau de religiosidade	.09

Aceitação obtém pontuações mais elevadas (M=50.70; DP=4.09) mostrando um maior grau de conhecimentos do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal (M=46.46; DP=3.21). Na Escala de atitudes face ao abortamento (F(1,58)=8.78; p=.004) o Grupo de Aceitação apresenta valores mais elevados (M=71.03; DP=10.69) significando que é mais favorável ao abortamento do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal (M=60.60; DP=12.76). Na Escala de atitudes face aos médicos e à medicina (F(1,58)=7.20; p=.009) o Grupo de Aceitação teve valores mais altos (M=52.00; DP=4.09), revelando possuir atitudes mais favoráveis em relação aos médicos e à medicina do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal (M=48.40; DP=5.28). Na Escala de atitudes face à procriação (F(1,58)=6.46; p=.013) o Grupo de Aceitação apresenta valores menos elevados (M=65.60; DP=10.69) significando que tem atitudes face à procriação menos favoráveis do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal (M=71.73; DP=7.77). No factor 1 (internalidade no locus de controlo de saúde) da Escala de locus de controlo de saúde (F(1,58)=5.13; P=.027) o Grupo de Aceitação obtém valores mais elevados neste factor (M=39.93; DP=8.61), evidenciando uma atribuição do locus de controlo de saúde com maior ní-

vel de internalidade do que o Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal ($M=35.23$; $DP=7.41$). Relativamente ao número de filhos ($F(1,58) = 4.91$; $p=.03$). O Grupo de Aceitação tem em média um número de filhos inferior ($M=1.16$; $DP=1.02$) ao do Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal ($M=2.03$; $DP=1.88$). No que se refere ao risco genético ($F(1,58) = 4.26$; $p=.043$) o Grupo de Aceitação possui um grau de risco genético de cromossomopatia associado à idade materna significativamente inferior ($M=1.69$; $DP=.65$) ao do Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal ($M=2.31$; $DP=1.49$). Finalmente o Grupo de Aceitação e o Grupo de Rejeição não se distinguiram na variável avaliada pelo factor 2 (outros poderosos) da Escala de *locus* de controlo de saúde (ELCS), nem quanto à experiência prévia com a síndrome de Down, nem quanto no que se refere à religiosidade.

A eficiência da classificação dos sujeitos obtida através da análise da função discriminante, foi avaliada e revelou-se bastante boa (Afifi & Clark, 1984). Com efeito o conjunto das variáveis discriminantes avaliadas permitiu uma classificação correcta de 88% dos casos, com 83% de acertos nas consulentes que aceitaram e 93% nas consulentes que rejeitaram.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As hipóteses experimentais não foram corroboradas na sua totalidade, uma vez que algumas das variáveis que se hipotetizaram como discriminantes dos dois grupos considerados de facto não o fizeram. A variável discriminante mais relevante foi o grau de instrução o que está em consonância com resultados de outras pesquisas. O grupo de aceitação tem um nível de instrução superior ao do grupo de rejeição. Entre os estudos empíricos realizados, que versam esta problemática, contam-se os de Shinno e Kellog (1976), Volodkevich e Huether (1981), Ever-Kiebooms et al. (1988), Evans et al. (1990) e Marteau et al. (1992), que apontam o grau de instrução, como sendo uma das variáveis predictoras mais relevantes para a aceitação do Diagnóstico Pré-Natal. Quase todos os estudos sobre o Diagnóstico Pré-Natal encontraram uma representação predominante de famílias com graus de instrução e estatutos socioeconómicos

médios ou superiores. Estes vão ainda ao encontro do modelo teórico do *Comportamento Planeado* de Ajzen (1985), evidenciando a importância da norma subjectiva do grupo, bem como da pressão social no sentido da realização de diagnósticos nos grupos com grau de instrução superior. Com efeito, as exigências das carreiras profissionais ligadas a esses grupos podem levar a um «adiamento» voluntário da procriação para idades mais avançadas, apesar dos riscos inerentes a tal opção, de que são conscientes. A segunda variável discriminante o grau de conhecimento sobre o Diagnóstico Pré-Natal e a síndrome de Down, confirma este ponto de vista: o grupo de aceitação apresentou mais conhecimentos sobre a temática mencionada do que o grupo de rejeição. Deste modo, para o grupo de aceitação parece ser importante minimizar os riscos de mal-formações genéticas recorrendo ao Diagnóstico Pré-Natal.

Estes resultados são mais uma vez convergentes com os resultados de Marteau et al. (1992), que evidenciaram que 902 consulentes entre as 1000 entrevistadas, que optaram por se submeter ao rastreio pré-natal para a síndrome de Down (cariótipo fetal) e para defeitos de encerramento do tubo neural (alfa-fetoproteína, no soro materno), tinham mais conhecimentos específicos acerca dos testes do que aquelas que o recusaram. Neste estudo esta variável foi o preditor psicológico mais relevante, contribuindo para os 21% da variância da decisão e comportamento de aceitação *versus* rejeição do teste. Esta variável pode ser considerada um indicador de susceptibilidade percebida no *Health Belief Model* e do valor para a *Teoria do Comportamento Planeado*, confirmando assim a importância dessas dimensões na tomada de decisão face ao DPN.

A terceira variável discriminante relevante foi a percepção dos custos e dos benefícios inerentes ao Diagnóstico Pré-Natal, tendo-se verificado como previsto que o grupo de aceitação percepciona com maior relevância os benefícios da realização do diagnóstico em detrimento dos seus custos. Os estudos realizados por Davies (1983), utilizando as variáveis descritas pelo *Health Belief Model* como predictoras da aceitação da amniocentese, obtiveram resultados abontórios da validade desse modelo. Os nossos resultados reforçam assim a importância do *Health*

Belief Model na predição do comportamento face ao DPN.

A quarta variável discriminante foram as atitudes face ao abortamento mais favoráveis no grupo de aceitação, resultado que converge com os resultados dos estudos empíricos efectuados nesta área (Ekwo et al., 1987). As consulentes que recusam fazer a amniocentese parecem mais preocupadas com a possibilidade de ser colocadas perante a situação de ter de considerar o abortamento como alternativa possível do que aquelas que a aceitaram. Assim, a recusa da amniocentese evitava o possível confronto com a questão do abortamento, e assim a possibilidade de ter que tomar decisões que contrariem os padrões de valores, o que poderia levar a auto-recriminações posteriores. Parece ser realçada assim a importância da norma subjectiva do grupo referida pela *Teoria do Comportamento Planeado* na decisão individual de aceitar ou recusar um diagnóstico.

A quinta variável discriminante foram as atitudes face aos médicos e à medicina. De acordo com a *Teoria do Comportamento Planeado* de Ajzen a intenção de realizar um determinado comportamento depende em grande parte das crenças e das atitudes em relação aos outros significativos que possibilitam o sucesso do comportamento. Deste modo, os nossos resultados vão ao encontro da referida teoria, no sentido em que o grupo de recusa revelou atitudes bastante mais desfavoráveis em relação aos médicos e à medicina o que pode implicar uma expectativa de sucesso baixa na eficiência da realização do Diagnóstico Pré-Natal, para evidenciar ou detectar possíveis doenças genéticas.

A sexta variável discriminante foram as atitudes e comportamentos face à procriação, confirmando os resultados de Cardoso (1995) que revelaram que níveis de instrução relativamente mais elevados estão associada ao «adiamento» do nascimento do primeiro filho e necessariamente associado à importância da procriação. No nosso estudo mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, ou seja grupos para os quais a procriação tem uma função social extremamente relevante. Ora a escala que utilizámos evidenciava essencialmente a função social da procriação (Cardoso, 1995), o que explica as médias inferiores para o grupo de aceitação.

A sétima variável discriminante foi o *locus* de

controlo para a saúde. Com efeito, o facto dos sujeitos se sentirem responsáveis pela sua saúde ou doença parece influenciar a adesão ou não a este tipo de diagnóstico. O grupo de aceitação assume maior responsabilidade pessoal pelo seu estado de saúde do que o grupo de rejeição. Podemos então inferir que esta responsabilidade se estende ao filho que irá nascer, o que induz a aceitação do Diagnóstico Pré-Natal como meio de controlo ao alcance dos pais, dimensão importante da *Teoria do Comportamento Planeado*.

Foi surpreendente verificar que as consulentes que aceitaram a realização do Diagnóstico Pré-Natal apresentam um grau de risco genético de cromossomopatia associada à idade materna significativamente mais baixo que o outro grupo. Estes resultados revelam que a informação relativa ao risco real de ocorrência de doenças genéticas, nomeadamente da síndrome de Down sistematicamente transmitido às consulentes não constitui um factor de ponderação na decisão de realizar ou não o exame por parte das consulentes. Provavelmente mais importante que o risco objectivo será a interpretação subjectiva deste risco por parte das consulentes, que, infelizmente não foi avaliado neste estudo.

Outra variável discriminante foi o número de filhos. De facto esta variável não parece estar fortemente associada com a aceitação ou rejeição do Diagnóstico Pré-Natal, embora se verifique que em média as consulentes que aceitaram têm menos filhos do que as que recusaram.

Variáveis que não são relevantes na discriminação dos grupos foi o caso do grau de religiosidade. No entanto os nossos resultados são corroborados pelos estudos de Seals et al. (1985) que obtiveram, numa investigação mais pormenorizada acerca das influências morais e religiosas, na decisão de fazer a amniocentese. Na referida investigação, os autores concluíram o seguinte: «Apesar das atitudes face ao abortamento e à moralidade das questões relativas à vida e à morte serem influenciadas pela religião, parece que os factores religiosos influenciam apenas indirectamente a decisão de aceitar ou recusar fazer a amniocentese» (Seals et al., 1985, p. 28).

A fraca visibilidade da atribuição de controlo de Saúde a Outros Poderosos e a Experiência anterior com a síndrome de Down pode ser devido à sobreposição da capacidade explicativa das va-

riáveis com as atitudes face aos médicos e à medicina.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Os nossos resultados sugerem alguns indicadores das atitudes e das decisões das consulentes em relação Diagnóstico Pré-Natal. A variável critério desta investigação foi constituída pelo comportamento de aceitação ou de rejeição do referido diagnóstico. Através da análise da função discriminante, verificámos que a maioria das variáveis consideradas diferenciam significativamente o Grupo de Aceitação do Grupo de Rejeição do Diagnóstico Pré-Natal permitindo prever com segurança quais as consulentes que pertenciam a cada um desses grupos. As variáveis discriminantes mais relevantes foram o grau de instrução, a percepção dos custos e dos benefícios inerentes ao Diagnóstico Pré-Natal, os conhecimentos específicos sobre o Diagnóstico Pré-Natal e a síndrome de Down, as atitudes face ao abortamento, as atitudes face aos médicos e à medicina, as atitudes e comportamentos face à procriação, a percepção da susceptibilidade e da gravidade das doenças genéticas e o *locus* de controlo para a saúde.

As consulentes que aceitaram o Diagnóstico Pré-Natal quando comparadas com as que rejeitaram o mesmo, apresentam valores mais elevados no grau de instrução, percepção dos custos e dos benefícios do Diagnóstico Pré-Natal, atitudes face ao abortamento, atitudes face aos médicos e à medicina, atitudes face à procriação e no *locus* de controlo de saúde. De um modo geral, parece-nos que as consulentes que aceitaram a realização do Diagnóstico Pré-Natal são mulheres que têm mais preocupações com os cuidados de saúde pré-natal, tendo provavelmente planeado a gravidez e estando menos predispostas a correr riscos de filho não saudável.

Os resultados indicam que as consulentes que aceitaram a realização do Diagnóstico Pré-Natal apresentam um grau de risco genético de cromossopatia associada à idade materna significativamente mais baixo que o outro grupo.

Outra variável que não apresentou, também, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados foi o grau de religiosidade. Será importante salientar que de acordo com alguns

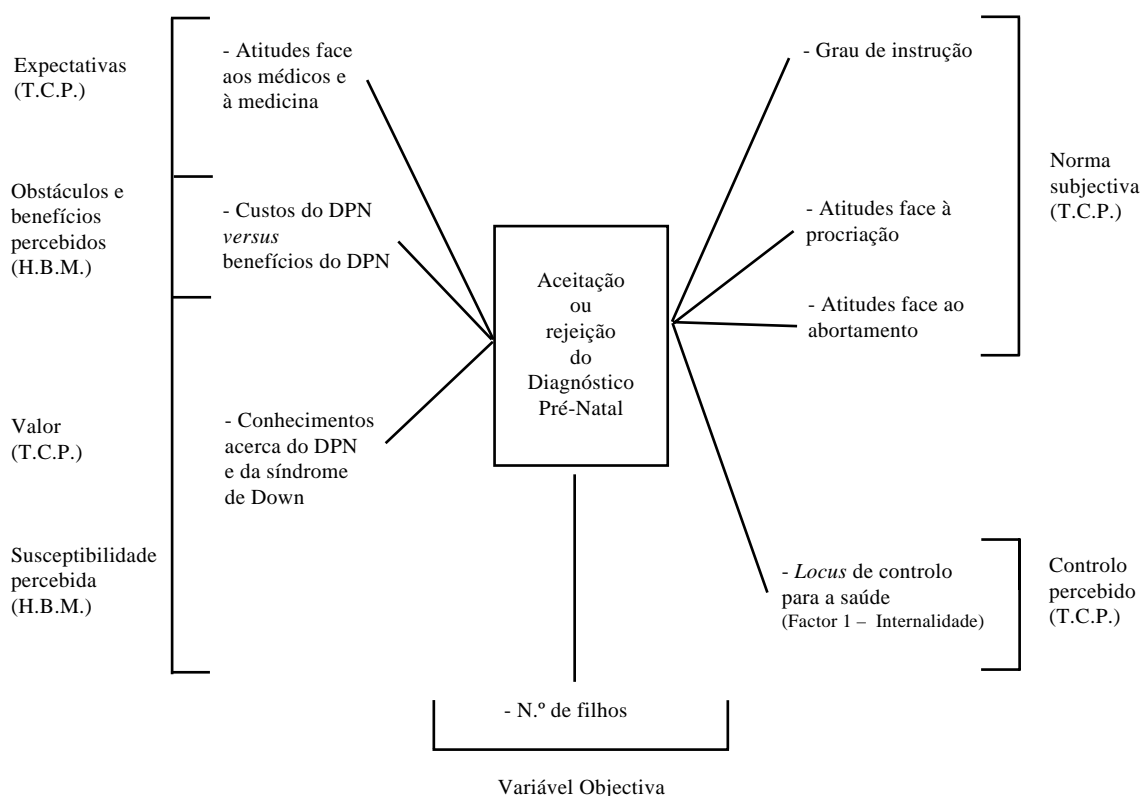
estudos existe uma discrepância entre a religiosidade e a importância das prescrições religiosas nas atitudes e nos comportamentos pessoais. De facto, e apesar da maioria das consulentes apresentar um grau de religiosidade considerável, este não constitui um valor assumido determinante para as decisões de aceitação do Diagnóstico Pré-Natal. A variável relativa à atribuição de outros poderosos de controlo de saúde, como já tivemos a oportunidade de mencionar é de certo modo sobreponível às atitudes face aos médicos e à medicina pelo que se revelou redundante no nosso estudo. A variável experiência anterior com a síndrome de Down também foi redundante indicando que de facto não é apenas a experiência com a síndrome de Down que influencia as atitudes, mas sim o conhecimento que se tem sobre a doença e sobre a sobrecarga emocional associada a este tipo de doenças genéticas (ver Figura 4).

Pelo exposto, as variáveis discriminantes do nosso estudo são variáveis consideradas nos modelos teóricos *Health Belief Model* e *Teoria do Comportamento Planeado*. Contudo, convém salientar que estamos numa situação bastante específica de cuidados de saúde pré-natais, pelo que os nossos resultados não deverão ser extrapolados para outros domínios do comportamento orientado para a saúde.

O grau de exposição dos consulentes ao processo de difusão social dos serviços de Diagnóstico Pré-Natal parece ser crescente. À medida que as inovações biomédicas e as novas tecnologias são progressivamente mais utilizadas, no dia-a-dia, é possível que o seu impacto, isto é, aceitação/rejeição se modifique. Por exemplo, à medida que um maior número de mulheres faz o Diagnóstico Pré-Natal, é bem mais provável que as grávidas que o podem solicitar conheçam outras que já o fizeram. As suas atitudes podem, por conseguinte, vir a ser, provavelmente, mais influenciadas por este processo de difusão social, do que seriam enquanto o procedimento foi menos frequente, tal como sugerem Marteau et al. (1992).

Dado o elevado nível de habilitações literárias dos consulentes e o considerável peso do grau de instrução, na aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, é importante desenvolver, no nosso país, os esforços necessários à promoção da Educação para a Saúde. De acordo com Cardoso (1995),

FIGURA 4
Variáveis preditoras da aceitação e da recusa do Diagnóstico Pré-Natal



Legenda:

H.B.M. – *Health Belief Model*

T.C.P. – *Teoria do Comportamento Planeado*

não devemos permitir que a deficiência se converta na marca de uma classe social menos instruída: os testes de diagnóstico pré-natal (e os tratamentos) devem ser acessíveis aos consulentes de todos os grupos sociais com as suas especificidades e diferenças. Nesse sentido parece-nos fundamental a divulgação dos serviços de forma direccionada para a população em geral de modo a promover o efectivo envolvimento das potenciais consulentes. Deverá haver, em simultâneo uma preocupação com o tipo de mensagem a transmitir de modo a que esta chegue efectivamente aos seus destinatários independentemente da classe social a que pertencem. Convém contu-

do salientar que o facto de existirem grupos de aceitação e de recusa do Diagnóstico Pré-Natal revela, desde já, e apesar da fraca cobertura populacional dos serviços, atitudes e comportamentos diferenciados o que remete para a importância da liberdade e do respeito pela escolha individual no envolvimento nos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afifi, A. A., & Clark, V. (1984). *Computer aided multivariate analysis*. Belmont, California: Lifetime Learning Publications.

- Almeida, J. M. (1985). *A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise: Estudo da influência da personalidade e das matrizes familiar, sócio-cultural e terapêutica*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Becker, M. H., & Mainan, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13 (1), 10-24.
- Becker, M., Kaback, M. M., Rosenstock, I. M., & Ruth, M. V. (1975). Some influences on public participation in a genetic screening program. *Journal of Community Health*, 1, 3-14.
- Brandenburg, H., Van der Zwan, L., Jahoda, M. G. J., Stijnen, T., & Wladimiroff, J. W. (1991). Prenatal diagnosis in advanced maternal age. Amniocentesis or CVS, a patient's choice or lack of information? *Prenatal Diagnosis*, 11, 685-690.
- Cardoso, J. A. (1991). Gravidez, Inovação Biomédica e Tomada de decisões. In M. L. Mendes (Eds.), *Curso de Obstetrícia* (pp. 375-379). Coimbra: Livraria Almedina.
- Cardoso, J. A. (1995). *Aconselhamento Genético: Um Estudo de Genética Comunitária*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra.
- Davies, B. L. (1983). Decision making in prenatal genetic diagnosis. *Issues Health Care Women*, 4, 69-76.
- Ekwo, E. E., Kim, J. O., & Gosselink, C. (1987). Parental perceptions of the burden of genetic disease. *American Journal of Medical Genetics*, 28, 955-963.
- Evans, M. I., Bottoms, S. F., Critchfield, G. C., Greb, A., & La Ferla, J. J. (1990). Parental perceptions of genetic risk: correlation with choice of prenatal diagnostic procedures. *International Journal of Gynecologic Obstetrics*, 31, 25-28.
- Evers-Kiebooms, G., Swerts, A., & Van den Berghe, H. (1988). Psychological aspects of amniocentesis: anxiety feelings in three different risk groups. *Clinical Genetics*, 33, 196-206.
- Faden, R. R., Chwalow, J., & Quaid, J. (1987). Prenatal screening and pregnant women's attitudes towards the abortion of defective fetus. *American Journal of Public Health*, 77, 288-290.
- Frets, P. G., Verhage, F., & Niermeijer, M. F. (1991). Characteristics of the postcounseling reproductive decision-making process: an explorative study. *American Journal of Medical Genetics*, 40, 298-303.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fletcher, J. (1972). The Brink: the parent-child bond in the genetic revolution. *Theologie Studies*, 33, 457-485.
- Green, L. (1970). Status identity and preventive health behavior. *Pacific Health Education Report*, 1.
- Hsia, Y. E. (1977). Approaches to the Appraisal of Genetic Counseling. In H. A. Lubs, & F. de la Cruz (Eds.), *Genetic Counseling* (pp. 53-81). New York: Raven Press.
- Harper, P. S. (1991). *Practical genetic counselling*. Bristol: John Wright.
- Hsia, Y. E. (1979). The genetic counsellor as information giver. *Birth Defects: Orig. Art. Srs.*, 15, 169-186.
- Jaccard, J. J., & Davidson, A. R. (1972). Toward an understanding of Family Planning Behaviors: an initial investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 2-3, 228-235.
- Leonard, C. O., Chase, G. A., & Childs, B. (1972). Genetic counseling: A consumers' view. *New England Journal of Medicine*, 287, 433-439.
- Lippman, A., & Piper, M. (1981a). Influence of obstetrician's attitudes on their use of prenatal diagnosis for the detection of Down's Syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 122, 1381-1386.
- Lippman, A., & Piper, M. (1981b). Prenatal diagnosis for the detection of Down Syndrome: Why are so few eligible women tested? *Prenatal Diagnosis*, 1, 249-257.
- Marteau, T. M., Johnston, M., Shaw, R. W., & Slack, J. (1989). Factors influencing the uptake of screening for open neural-tube defects and amniocentesis to detect Down's Syndrome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecologie*, 96, 739-748.
- Marteau, T. M. (1990). Attitudes to doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356.
- Marteau, T. M., Kidd, J., Cook, R., Michie, S., Johnston, M., Slack, J., & Shaw, R. S. (1991). Perceived risk not actual risk predicts uptake of amniocentesis. *British Journal of Obstetrics and Gynecologie*, 98, 282-286.
- Marteau, T. M. (1991). Psychological implications of prenatal diagnosis. In J. O. Drife, & D. Donnai (Eds.), *Antenatal Diagnosis for Fetal Abnormalities*. London: Springer-Verlag.
- Marteau, T. M., Johnston, M., Kidd, J., Michie, S., & Cook, R. (1992). Psychological models in predicting uptake of prenatal screening. *Psychology and Health*, 6, 13-22.
- Mckinlay, J. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services - An overview. *Journal of Health Social Behavior*, 13, 115-152.
- Mausner, B., & Plat, E. S. (1971). *Smoking: A behavioral analysis*. New York: Peragamon Press.
- Ribeiro, J. L. (1994). Reconstrução de uma escala Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15, 207-214.

- Rosensstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 354-386.
- Rowley, P. T., Loader, S., Sutra, C. J., Walden, M., & Kozyra, A. (1991). Prenatal Screening for Hemoglobinopathies III: Applicability of the Health Belief Model. *American Journal of Human Genetics*, 48, 452-459.
- Seals, B. F., Ekwo, E. E., Williamson, R. A., & Hanson, J. W. (1985). Moral and religious influences on the amniocentesis decision. *Social Biology*, 21, 13-30.
- Shinno, N. W., & Kellog, B. (1976). Genetic counseling for prenatal diagnosis. *Birth Defects Conference* (pp. 23-25). Vancouver, B. C.: University of British Columbia.
- Volodkevich, H., & Huether, C. A. (1981). Causes of low utilization of amniocentesis by women of advanced maternal age. *Social Biology*, 28, 176-186.

RESUMO

A presente investigação fundamentou-se nas teorias relevantes para a compreensão dos comportamentos orientados para a saúde, nomeadamente o *Health Belief Model* desenvolvido por Rosentock (1974), e nos seus desenvolvimentos aplicados ao contexto específico do Diagnóstico Pré-Natal (Davies, 1983). Este modelo foi articulado com a teoria de Ajzen e Fishbein (1980), o *Modelo da Acção Reflectida* aplicado ao domínio da saúde.

As atitudes e comportamentos face ao Diagnóstico Pré-Natal (DPN) em duas sub-amostras (30 mulheres que aceitaram a realização do DPN e 30 mulheres que recusaram a realização do DPN) permitiu discriminar 83% das aceitações, 93% para as rejeições ou seja 88.3% das escolhas. Estes comportamentos reflectem a influência das variáveis como o grau de instrução, a avaliação dos custos e dos benefícios inerentes à realização do DPN, os conhecimentos sobre a síndrome de Down (e o DPN), as atitudes face ao abortamento, as atitudes face aos médicos e à medicina, as atitudes face à procriação e o locus de controlo da saúde. As variáveis socio-demográficas mais importante foram o número de filhos e o grau de instrução. Os resultados vão de encontro com alguns aspectos dos modelos teóricos psicossociais que lhe serviram de suporte teórico. As variáveis grau de religiosidade, experiência prévia com a síndrome de Down e a influência de outros poderosos no *locus* de controlo de saúde foram redun-

dantes para a discriminação dos grupos. Os resultados evidenciam alguns dos fundamentos das atitudes, decisões e comportamentos das consulentes, em relação ao DPN e permitem retirar certas implicações ao nível da influência dos factores psicossociais na organização do conhecimento, atitudes e representações, estabelecendo os limites e o alcance da sua relevância para a tomada de decisão de rejeição do Diagnóstico Pré-Natal.

Palavras-chave: Aceitação do Diagnóstico Pré-Natal, rejeição do Diagnóstico Pré-Natal, idade materna avançada, Teoria do Comportamento Planeado, Health Belief Model.

ABSTRACT

The framework of this study draws from two social-cognitive and motivational models: Rosenstocks's (1974) *Health Belief Model*, that was developed to explain and to predict behaviour in health contexts, and Ajzen and Fishbein's (1980) *Theory of Reasoned Action* as applied to the field of prenatal diagnosis (Davies, 1983).

The aim of this study is to describe attitudes and behaviours of women who accept or decline prenatal diagnosis. Results of a discriminant function analysis conducted on 60 subjects classified 83% of acceptance group, 93% for the declining group and 88.3% of correct classifications in general. The factors involved in the decision making process, such as education, perceived barriers and advantages of taking the exam, previous knowledge of prenatal diagnosis and of Down's syndrome, attitudes towards abortion, medicals and medicine, and procreation, and health locus of control significantly discriminated between those who accepted and those who declined prenatal diagnosis. The most important demographic variables were the number of previous children and education level. Religion, previous experience with Down's syndrome and the influence of powerful others in health locus of control failed to discriminate between the groups.

The results appear in line with the theoretical models, and support an attitude based explanation of decision making about prenatal diagnosis and, of more general prenatal health related behaviours.

Key words: Uptake prenatal diagnosis, decline prenatal diagnosis, advanced maternal age, Theory of Reasoned Action, Health Belief Model.

Agradecimentos: O estudo aqui apresentado foi financiado pela Junta Nacional de Investigação Científica. Baseia-se na dissertação de Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) realizada pela primeira autora sob a orientação da segunda, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O contacto com os sujeitos da amostra, na Maternidade Dr. Daniel de Matos Coimbra, efectuou-se no quadro de um protocolo de investigação entre a referida Maternidade e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, coordenado pelo Prof. Doutor Zagallo Cardoso. As autoras agradecem ao Prof. Doutor Zagallo Cardoso ter proporcionado o acesso aos sujeitos deste estudo no quadro de uma colaboração inter-institucional. A primeira autora agradece-lhe ainda ter possibilitado o uso de instrumentos da sua autoria, referenciados ao longo do artigo, bem como a adaptação da versão original da *Attitudes to Doctors and Medicine Scale* de Marteau (1990) que a mesma efectuou no âmbito da preparação da dissertação. Agradece-lhe também as sugestões bibliográficas e outras que lhe fez no domínio do Diagnóstico Pré-Natal.