

Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas*

A suggested theoretical model of risk exposure in HIV transmission among drug users

Flavio Pechansky

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

Resumo Descrevendo inicialmente as dificuldades na abordagem da Aids e da transmissão do HIV atualmente – em particular com usuários de drogas –, o autor ilustra alguns modelos teóricos relativos ao uso e abuso de substâncias e à exposição ao HIV. Descreve as teorias de aprendizado social como a base para a compreensão dos comportamentos associados ao uso de drogas, ressaltando a importância do meio como fator de risco. O modelo clássico de Crenças em Saúde é também ilustrado, ressaltando-se que esta é a base para o desenvolvimento de programas preventivos associados à Aids. Finalmente, baseando-se nos modelos descritos, o autor propõe um modelo original sobre a exposição ao HIV em usuários de drogas, no qual elementos relativos à informação, à escolaridade, ao gênero e à idade direcionam e interferem nas atitudes associadas ao uso de drogas e à percepção do risco envolvido, gerando um efeito em cascata que culmina no aumento da contaminação nesses indivíduos.

Descritores HIV. Aids. Prevenção, Aids. Abuso de drogas.

Abstract After a brief review on the challenges to approach AIDS and HIV transmission, especially among drug users, some theoretical models that try to explain and relate substance use and abuse and HIV exposure are described. Core concepts of social learning theories are also described and applied as a basis to the understanding of behaviors associated to drug use, emphasizing the importance of the user's surrounding environment. The classical Health Belief Model is also illustrated, highlighting its role in the development of actions and preventive programs associated to AIDS. Finally, based on the models described, an original model on HIV exposure among drug users is proposed, in which elements related to information, schooling, gender, and age serve as a guidance and interfere with the attitudes regarding drug use and risk perception, generating a cascade effect that leads to the increase of HIV infection among these individuals.

Keywords HIV. AIDS. Prevention, AIDS. Drug abuse.

Introdução

O manejo da infecção pelo HIV é particularmente difícil: algumas de suas formas de propagação se dão por meios de difusão que são socialmente pouco toleráveis ou contrários à prática social vigente da maioria da população, como o uso compartilhado de drogas injetáveis e a atividade homossexual masculina. Desta forma, o que deveria ser mais uma das gran-

des epidemias da era atual reveste-se de uma aura de mistério, intolerância e preconceito, o que dificulta a disseminação de informação científica sobre os meios de transmissão e proteção contra o HIV, tornando sua abordagem um desafio revestido de características especiais.

Uma vez que inicialmente a Aids se expressava nas camadas de comportamento menos típico da média social,^{1,2} acabava

*Artigo oriundo da tese de doutorado *Um estudo sobre situações de risco para contaminação pelo vírus HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre*, apresentada junto ao CPG Clínica Médica da UFRGS em 1999, e realizada com o auxílio de bolsa de doutorado-sanduíche da Capes (processo nº 722/93-04). O financiamento para o projeto foi obtido por meio do estudo *Assessment of behaviors for HIV transmission among high risk individuals in Porto Alegre, Brazil*, em colaboração com a Universidade de Delaware, EUA, e financiado por esta em 1994.

Recebido em 1/7/99. Revisado em 22/5/2000. Aceito em 14/8/2000.

Trabalho financiado pelo Capes e pela Universidade de Delaware, EUA.

Conflito de interesse inexistente.

sendo claramente identificada como a doença da timidez, da intimidade e do segredo, o que não auxiliou os profissionais da saúde a atingirem suas populações-alvo nas diversas campanhas realizadas desde então. Na verdade, tal atitude aumentou o grau de evitação para com o indivíduo-alvo, por identificá-lo como sendo de um “grupo de risco” (profissionais de sexo, homossexuais, usuários de droga injetável), e gerando preconceito com o indivíduo soropositivo, conseqüentemente afastando-o da busca de recurso imediato quando da contaminação ou aparecimento dos primeiros sintomas da Aids.

Para a compreensão do avanço da Aids na população, é preciso considerar que a responsabilidade principal sobre a infecção está em uma prática individual, que implica em aprendizado por reforço, sendo intensamente delineada pelos aspectos socioculturais envolvendo o indivíduo – suas crenças, juízo de valores e hierarquia social, e também sua crença pessoal sobre como o indivíduo afeta e é afetado pelo seu grupo. Todas as linhas de ação preventiva terminam no indivíduo e nas eventuais barreiras existentes nele para modificar comportamentos em direção à sua saúde e à saúde de sua comunidade, as quais podem eventualmente ser modificadas por processos sociais dirigidos adequadamente, conforme sugerem Des Jarlais et al.^{3,4} No que compete à Aids, a mudança de atitudes ou comportamentos implica uma intensa reorganização da vida de um indivíduo. Por exemplo, é fundamental a compreensão de que, ao parar de injetar drogas, o indivíduo provavelmente perderá completamente seu código social, seus pares (e portanto sua identidade social vigente) e também sua fonte de prazer imediato. Portanto, programas que apenas visem a interrupção de uma prática de risco sem o conseqüente suporte da longa modificação de seus hábitos estarão, por definição, incompletos.

Existem inúmeros modelos teóricos para explicar as bases etiológicas do uso de substâncias e a exposição a risco, sejam eles biológicos, comportamentais, sociais ou psicológicos. O modelo que dá sustentação teórica a este artigo está embasado em três pilares complementares: a fusão de teorias que buscam explicar o uso de substâncias psicoativas, um modelo original sobre a exposição ao risco para contaminação pelo HIV – proposto pelo autor – e a influência de alguns elementos da cultura como substrato para o desenvolvimento desses dois elementos. A intenção do autor, ao descrever esse modelo, é a de expor um constructo teórico à comunidade científica para que ele seja criticado, ampliado e, se necessário, completamente revisto.

Gênese da exposição a risco: uso e abuso de substâncias psicoativas

Segundo Mandell* (1992), a grande matriz que ilustra o uso de uma substância psicoativa está composta por diversos componentes sociais, familiares, da atividade produtiva e também do nível individual do sujeito, uma expressão que o autor descreve como sua “vulnerabilidade psicológica” (Figura 1). As inter-relações entre esses diversos fatores condicionam ao uso de uma substância psicoativa (SPA). O uso e a subseqüente experimentação repetida da substância sofrem o efeito direto

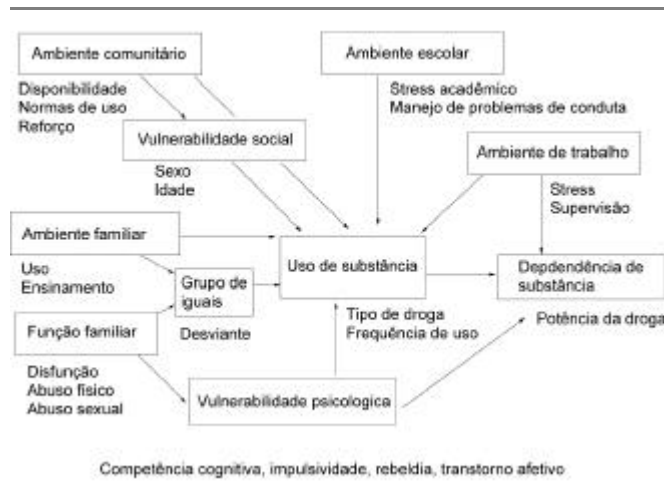


Figura 1 - Modelo de fatores de risco para uso e dependência de substâncias.

de algumas dessas variáveis, de forma a propiciar ou favorecer a dependência ou o uso abusivo.

Existem várias teorias que podem dar suporte aos exemplos mencionados a partir da Figura 1, desde as de cunho puramente psicológico, como a Hipótese de Automedicação de Khantzian,⁵ até as que consideram o uso de uma substância como um comportamento aprendido.⁶⁻⁸ As que servem de substrato a este artigo são principalmente as teorias de comportamento e aprendizado social, particularmente a Teoria de Aprendizado Social de Bandura,^{9,10} e os estudos de Jessor & Jessor¹¹ sobre desenvolvimento psicossocial, citados por Brook & Brook,¹² e sobre os estágios de desenvolvimento da adolescência de Kandel.¹³ Inicialmente, para uma melhor compreensão dos conceitos de Mandell, é importante descrever sucintamente o conceito de modelagem pelo aprendizado social proposto por Albert Bandura.

O conceito de modelagem de Bandura

Segundo Bandura, existe uma necessidade premente de explicação das forças que levam o indivíduo a adotar determinado comportamento, uma vez que um substrato teórico apropriado pode auxiliar fortemente na compreensão dos comportamentos desviantes, mas, principalmente, é útil no que diz respeito ao desenvolvimento dos comportamentos normais, aos quais todos os indivíduos se encontram expostos. O acréscimo teórico que esse autor faz às teorias previamente vigentes sobre comportamento é o de que “(...) os padrões de resposta [de um indivíduo] que são geralmente atribuídos a causas internas podem ser induzidos, eliminados e reinstalados por uma série de influências externas. (...)”⁹ Bandura não considera, entretanto, que os fatores extrapsíquicos sejam os únicos que exercem força sobre determinantes de comportamento de um indivíduo. Segundo ele, as diferentes forças que influenciam a equação comportamento/indivíduo/ambiente se modificam em diferentes situações e para diferentes compor-

*Mandell W. Modelo de utilização de substâncias psicoativas. Seminário apresentado ao Departamento de Higiene Mental da Johns Hopkins School of Public Health, 1993.

tamentos. Existem momentos em que os fatores ambientais exercem limitações importantes no comportamento de um indivíduo – como, por exemplo, no cerceamento da liberdade –, e existem circunstâncias em que os fatores pessoais são os reguladores principais do curso dos eventos ambientais. Dessa forma, sua teoria em relação ao efeito do ambiente como uma das forças que regem os comportamentos do indivíduo é uma abordagem nova ao behaviorismo clássico ou “extremo”, como cita o autor.

Talvez o conceito de *Modelagem* seja o mais útil para exemplificar comportamentos relacionados à experimentação e ao uso de uma substância psicoativa. Bandura cita que praticamente todo o processo de aprendizado ocorre de uma forma indireta, pela observação do comportamento de outro indivíduo e suas conseqüências. Salienta que a possibilidade de observar o comportamento de terceiros e de seu impacto abre via os processos de aquisição do aprendizado, sendo fundamental para o desenvolvimento e a sobrevivência. É por isto que é possível aprender sobre normas de segurança no tráfego sem ter de se submeter a um acidente de carro, ou poder perceber que pular de uma ponte traz riscos para a vida, sem ter que efetivamente realizar o ato em si. No que compete à modelagem propriamente dita, Bandura comenta que “(...) é difícil imaginar a transmissão social de processos nos quais a linguagem, os estilos de vida e as práticas institucionais são ensinados a cada novo membro [de uma comunidade] por reforço seletivo de comportamentos casuais sem o benefício de modelos que exemplifiquem os padrões culturais”.⁹

Quanto mais complexos os comportamentos, mais necessária é a modelagem. Segundo Bandura, o aprendizado seria extremamente cansativo se as pessoas tivessem que se basear apenas no efeito de suas próprias ações para se informar sobre o que fazer ou que atitudes tomar a seguir. A maior parte do comportamento humano é aprendida de forma observacional por meio da modelagem: por observar os outros, o indivíduo forma uma idéia de como os novos comportamentos são atuados e, em ocasiões posteriores, essa informação codificada serve como um guia de suas ações.

É importante compreender a relação entre o conceito de modelagem de Bandura e os processos presentes no uso de uma SPA. Dos quatro processos principais envolvidos no aprendizado observacional (atenção, retenção, reprodução motora e motivação), dois deles parecem estar mais diretamente associados ao tema deste artigo: a atenção e a retenção.

Dentre os diversos elementos presentes nos processos relativos à atenção, Bandura destaca a associação sistemática com grupos específicos – seja por preferência ou por imposição – como um dos delimitadores do tipo de comportamento que será observado e posteriormente aprendido. Cita como exemplo o fato de que é mais fácil aprender comportamentos agressivos dentro de uma gangue do que dentro de grupos pacifistas. Do ponto de vista terapêutico, esse conceito já é bastante estabelecido. O poder dos processos grupais em modelar comportamentos já está bem documentado nas narrativas referentes ao tratamento em comunidades te-

rapêuticas, seja para dependência química ou não.¹⁴ No que compete às características individuais do modelo, Bandura cita que dentro de todo grupo social haverá indivíduos com maior tendência a captar a atenção – e, potencialmente, influenciar a repetição de seus comportamentos – do que outros. Essa tendência a captar a atenção pode ser em parte determinada pela percepção do valor funcional do comportamento (as “vantagens” em desempenhar determinada conduta). É por esta única razão que todo um vasto processo de educação para a saúde é baseado na utilização de indivíduos que desempenham um papel de alto valor e recompensa social (artistas, atores, esportistas). O problema é que as circunstâncias de aprendizado e modelagem são fortemente influenciadas por elementos externos, como é a base de toda a teoria. Em determinados meios sociais, como por exemplo uma favela, a carreira de esportista ou ator de televisão é vista como um sonho potencialmente mais distante do que o de ser um traficante de drogas que possui algum *status* na comunidade. Esse interjogo de forças entre os modelos sociais percebidos desembocará em uma equação com variáveis opostas ou conflitantes, que ajuda a explicar a dificuldade de tomadas de decisão, conforme o Modelo de Crenças para a Saúde, que será descrito mais adiante.

O processo de modelagem se dá ao longo de toda a vida do indivíduo. Mas é razoável supor que ele se expresse de forma mais intensa durante as fases iniciais de desenvolvimento, diminuindo de intensidade ao longo da vida. Portanto, é importante compreender como se desenvolvem alguns dos elementos potencialmente influentes no processo de aquisição de comportamentos, em particular na idade em que mais há a experimentação de drogas, que é a adolescência.

Tarefas de desenvolvimento da adolescência e comportamento potencialmente desviante

Segundo Bukstein,¹⁵ com o desenvolvimento normal do adolescente que está saindo da puberdade, uma série de modificações – particularmente nas características físicas e nos caracteres sexuais secundários – permite ao adolescente o acesso às modificações nas relações sociais, em particular os pares de sexo oposto e os interesses e as atividades heterossexuais. As modificações sociais, acompanhadas de grande expectativa e ansiedade, caracterizam essa fase peculiar de desenvolvimento, na qual uma imensa gama de comportamentos e atitudes é experimentada pelo indivíduo. Segundo o mesmo autor, alguns dos comportamentos oriundos do desenvolvimento típico dessa fase e das tarefas “esperadas” de um adolescente normal podem promover o uso de substâncias. Bukstein denomina essas atividades de *Tarefas de desenvolvimento da adolescência*. São elas:

- estabelecimento de independência e uma identidade separada dos pais;
- experimentação de atitudes, estilos de vida e comportamentos alternativos;
- aumento nas atitudes e nos comportamentos voltados para seus pares;

- desejo por *status* adulto e por comportamentos percebidos como adultos.¹⁵

Segundo Bukstein,¹⁵ “(...) o uso de uma substância é um dos muitos comportamentos “adultos” que são adotados pelos jovens. Mais freqüentemente, o uso de substâncias é uma expressão [percebida] de independência e de autonomia”.

Nessa tentativa de usufruir das sensações de maturidade, o adolescente se utiliza de uma escala crescente de experimentações com substâncias, começando pelas que são de uso legal pelos adultos, como álcool e cigarros.¹³ À medida que se dá a experimentação de outras substâncias ilegais (maconha, por exemplo) ou o abuso de substâncias legais (uma intoxicação alcoólica), há um reforço tanto para o lado do comportamento normal (evitação de uso abusivo) como, para alguns indivíduos, para o comportamento desviante da norma social (abuso/dependência de drogas). Esse comportamento tido como desviante é pareado com um maior envolvimento com um grupo de pares para os quais a utilização abusiva de drogas faz sentido dentro de um determinado contexto. Conforme Margulies, Kessler & Kandel¹⁶ bem identificaram, existem fatores de risco nos pares que estão associados ao uso de substâncias por um indivíduo, dentre eles:

- o próprio uso de substâncias pelos pares;
- as atitudes sobre uso de substâncias no grupo;
- um grande apego entre os membros do grupo;
- as percepções e as atitudes a respeito do uso de drogas pelo grupo de iguais.

Alguns exemplos práticos baseados no modelo descrito anteriormente podem ser evidenciados pelo diagrama proposto por Mandell (Figura 1) (os elementos constantes no modelo aparecem destacados em itálico no texto).

Em uma comunidade onde há condições propícias para o uso de substâncias, como por exemplo uma alta *disponibilidade* da droga e uma cultura de utilização da substância ou de culto de seu efeito psicoativo, gerando *reforço* positivo às primeiras experimentações, é possível que *meninos jovens* percebam uma opção melhor de ascensão social do que por meio de estudo e trabalho. Mais ainda, o *tipo* e a *potência* da droga, associada à *freqüência* de sua utilização e à sua disponibilidade, poderão condicionar a que o uso de uma SPA se transforme em dependência.

Em continuação ao modelo de Mandell, outra hipótese teórica deve ser aqui associada. A Hipótese da Automedicação de Khantzian¹⁷ está intrinsecamente ligada aos conceitos de *vulnerabilidade psicológica* e às tentativas de aliviar a tensão causada por circunstâncias cotidianas – como o *estresse acadêmico ou profissional*. Segundo esse autor, “o abuso e a dependência de drogas estão intimamente ligados às tentativas do indivíduo de lidar/manejar* com seus ambientes interno e externo”. O uso de drogas deve, então, segundo esse conceito, ser compreendido pelo exame de como a organização de ego e o senso de *self**: triunfam ou falham nas tentativas individuais de manejar com o seu mundo, e

como os *efeitos específicos de cada substância (potência da droga, freqüência de uso, tipo de droga)* facilitam ou impedem tais tentativas.

Um bom exemplo desse fenômeno pode ser visto em famílias com história de uso abusivo de drogas em seus componentes. Nessas famílias, o *ensinamento* da utilização da droga e do aproveitamento de seu efeito tenderia a se dar de forma mais intensa, particularmente nas circunstâncias em que há *abuso físico e sexual*, ou seja, em *famílias disfuncionais*.

Dentro desse modelo etiológico, indivíduos mais vulneráveis estariam propensos a experimentar os efeitos de uma substância psicoativa, tendendo a desenvolver dependência como uma forma de lidar com o estresse excessivo. Acrescentando-se a esse conceito dinâmico o conceito de aprendizado social por modelagem baseado na teoria de Bandura, hipotetiza-se que o ensinamento sobre a utilização dos efeitos psicoativos de uma substância para buscar alívio social em famílias disfuncionais encontra um caldo de cultura fértil em um *grupo de iguais**** com comportamento desviante da norma social vigente – o grupo de amigos, não parentes da família, que usa drogas também.

A partir dos elementos aqui citados, pode-se perceber que a tendência para a utilização de substâncias sob forma sistemática e/ou abusiva pode encontrar diferentes e complementares teorias que a fundamentam. Entretanto, no que compete aos comportamentos de risco associados ao uso de drogas, tal variedade de teorias inexistente. Desta forma, examinar-se-á uma das mais conhecidas – o Modelo de Crenças para a Saúde –, para, em seguida, descrever-se uma proposta teórica original, proposta pelo autor, e que busca a convergência dos modelos descritos previamente.

Exposição a risco para contaminação pelo HIV

O Modelo de Crenças em Saúde

Dos diversos modelos utilizados na área específica dos comportamentos direcionados à saúde, um dos que têm especial ênfase nas questões relativas à Aids é o *Modelo de Crenças em Saúde*,**** e que pode auxiliar na compreensão da exposição ao risco de contrair HIV em usuários de drogas. Esse modelo postula que um comportamento de saúde de um indivíduo, em relação a uma ameaça à sua saúde, é dependente de quatro variáveis,¹⁸ e que as decisões quanto a condutas de risco são mediadas pelo equilíbrio gerado entre essas variáveis. São elas:

1. a susceptibilidade à ameaça para a saúde que é percebida pelo indivíduo;
2. a severidade (ou intensidade) da ameaça para a saúde;
3. os benefícios percebidos nas opções de auxílio, operando no contexto das crenças sobre a disponibilidade e a eficiência dessas opções;
4. as barreiras percebidas na adoção de ações que reduzam a ameaça para a saúde.

*Cope, no original

**Self: a pessoa total do indivíduo na realidade, incluindo seu corpo e sua organização psíquica; a “própria pessoa” do indivíduo, em contraste com “outras pessoas” e objetos fora do *self* do indivíduo (Moore & Fine, 1968).

***Peer group

****Health Belief Model

Segundo Johnston,¹⁹ o Modelo de Crenças em Saúde cumpre a finalidade de explicar o comportamento de um indivíduo no campo da prevenção de doenças, da utilização de cuidados de saúde, dos atrasos ou das dificuldades na busca de auxílio médico e da aquiescência quanto a prescrições e condutas médicas. No entanto, segundo Janz & Becker²⁰ e Montgomery et al,²¹ o modelo é útil para explicar condutas, mas não para prevê-las. O motivo básico seria o de que o modelo de crenças para a saúde foi desenvolvido para entender a busca de mecanismos de prevenção de doença, diferentemente do conceito aqui em discussão – o de utilização de drogas ilícitas –, que implica desistir ou mesmo abster-se de determinada conduta. Uma forma de compreender a implicação prática do modelo descrito é um exemplo clínico, utilizando os quatro elementos descritos previamente. Imagine-se um indivíduo fumante. Do ponto de vista cognitivo, considerando-se um sujeito com algum grau de escolaridade, é provável que ele já tenha conhecimento sobre comportamentos que o fazem suscetível a contrair câncer de pulmão pelo fumo (elemento 1).

Também é possível que, pelo contato com a mídia, ou mesmo com algum amigo, o sujeito em questão já reconheça a severidade ou letalidade de um carcinoma brônquico causado pelo uso excessivo de tabaco (elemento 2). Entretanto, para que esse indivíduo modifique seu comportamento estereotipado, aditivo e habitual, é necessário que lhe sejam colocados os benefícios inerentes à modificação do comportamento em questão – parar de fumar. Mais ainda, é fundamental que o sujeito tenha uma percepção correta de que, ao reconhecer-se em um grupo-alvo (elemento 3), e contornando as barreiras decorrentes da mudança de atitude (elemento 4), como os amigos fumantes ou mesmo os sintomas de abstinência, o resultado de sucesso será mais vantajoso do que a manutenção do hábito. Somente assim ele se permitirá modificar um comportamento negativo à sua saúde.

Um modelo original de exposição a situações de risco

Um outro modelo explanatório sobre exposição a risco para HIV e busca de auxílio para usuários de drogas é o que é proposto pelo autor neste artigo (Figura 2). Esse modelo, já apresentado recentemente sob uma forma preliminar,²⁵ parte do modelo de Mandell, considerando-se o indivíduo já como um usuário freqüente ou abusivo de drogas. Como um efeito específico do uso sistemático de SPA, o indivíduo tende a diminuir sua visão crítica referente a riscos específicos associados ao consumo sistemático de uma SPA e os riscos de saúde em geral.

As preocupações básicas com higiene, respeito à sua própria constituição física e mental, relações sociais, cidadania, valores morais e hierarquia social sofrem um impacto significativo nos usuários de drogas, numa relação direta com a forma de uso e a potência da substância. Desta forma, eles são mais intensos em usuários de drogas injetáveis e crack, por exemplo. Essa diminuição geral da crítica, que sofre grande interferência da mídia, da cultura, das crenças populares e da própria “contra-informação” e “contra-cultura” produzi-

das pelo usuário de drogas,²⁶ produz uma baixa percepção de risco por parte do indivíduo, tanto no âmbito físico, como moral e social. Por sua vez, essa baixa percepção de risco favorece ao usuário de drogas a participação em condutas ou situações de risco, tais como o compartilhamento de seringas entre usuários injetáveis, as trocas envolvendo sexo/drogas/dinheiro e as relações sexuais sem a devida proteção. Essas condutas tendem a sistematicamente aumentar o risco de contaminação e transmissão do HIV de indivíduo para indivíduo, particularmente dentro de sua rede social.²⁷

É possível que um grande número de variáveis individuais, tais como grau de escolaridade, gênero, idade e muitas outras, direcionem a um maior número de condutas e/ou situações de risco. Porém, o grau com que essas variáveis interagem ainda não é completamente conhecido. Eventualmente, no meio desse turbilhão de circunstâncias favoráveis à disseminação do HIV entre usuários de drogas, o indivíduo se aperceberá de um potencial grau de dano a que ele já se esteja expondo ou que venha a se expor no futuro. Essa percepção tanto pode ser desencadeada por um evento específico (uma overdose de cocaína ou um acidente sob efeito de uma SPA), como por uma série de eventos que, em conjunto, modificam a atitude de um indivíduo em direção à mudança, como bem descrito por Prochaska & DiClemente em seu Modelo de Estágios de Mudança.²⁸

A partir dessa percepção de um dano potencial, causada por um desequilíbrio em seu *status quo*, o indivíduo está apto a buscar auxílio, estabelecendo-se um marco referencial: o momento em que o indivíduo sai da malha social e individualiza-se como percebendo um risco para sua saúde e integridade, e desejando efetuar algum tipo de mudança em seu equilíbrio prévio. É aqui, vale a pena ressaltar, que o profissional de saúde pode também ser importante, se consegue se utilizar do conhecimento produzido pela análise das variáveis potenciais de risco para soropositividade.

Um outro elemento que compõe o modelo original proposto pelo autor é o da interferência da informação no uso de

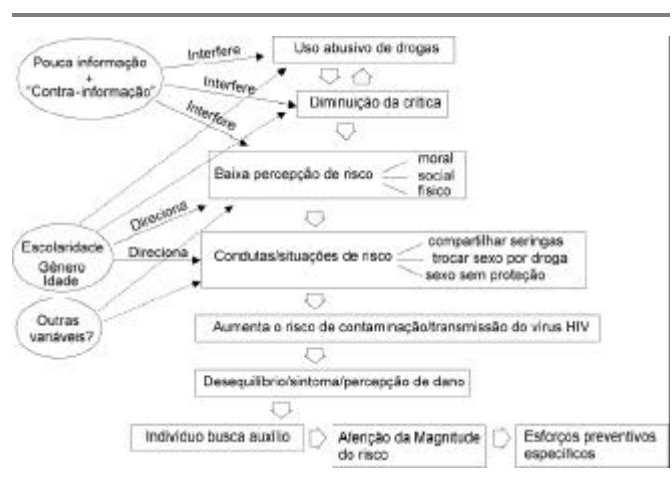


Figura 2 - Modelo de exposição a risco para contaminação pelo HIV em usuários de drogas.

drogas, na diminuição ou no aumento da crítica e na percepção de risco. Os achados de estudos recentes levam a considerar que este é um componente importante na gênese e na manutenção da epidemia de uso de drogas e da disseminação da Aids, conhecendo-se o princípio de que apenas saber sobre a transmissão do HIV não é suficiente para modificações substanciais nas condutas de um indivíduo.

Uma vez que o reforço dos pares e da “contra-informação” leiga sobre os efeitos prazerosos de uso de substâncias e de determinadas condutas de risco é de grande efeito na manutenção desses comportamentos, é preciso que a informação tenha um peso suficiente para interferir na prática ou na conduta vigentes desse indivíduo, contrariando as forças que o mantém exposto a uma circunstância de risco.

Bachman et al²⁹ reforçam esse elemento ao descreverem que um maior conhecimento sobre o risco dos efeitos da maconha antecedeu historicamente à diminuição do uso dessa droga em jovens americanos. Eles propõem a hipótese frontal de que quanto maior o perigo conhecido a respeito de uma droga, menor será a chance dela ser utilizada.

Em um estudo longitudinal dos autores com 17.000 respondentes, foi possível perceber que, mantida a disponibilidade de acesso à substância (maconha), e aumentada a percepção sobre o risco e, conseqüentemente, as expressões sobre desaprovação referente ao uso desta, utilizando-se a mídia como veículo, o uso da droga declinou sensivelmente e de forma estável em um período de nove anos.

Com o advento do preservativo feminino, aprovado pela Food and Drug Administration em 1993, criou-se uma nova circunstância para o desenvolvimento de atividades preventivas específicas para contatos heterossexuais. Por ser um produto novo a ser testado, e por apresentar características estéticas diferentes das do preservativo masculino, o preservativo precisou ser “vendido” para as mulheres que inicialmente quisessem fazer uso desse método contraceptivo. Surratt et al³⁰ relatam um exemplo similar com comportamentos protetores para a infecção pelo HIV.

Aos desconfortos iniciais, característicos de pouca prática com o preservativo, e à sensação de que o preservativo era esteticamente desagradável, foram contrapostas informações relativas à maior segurança desse dispositivo, tais como uma resistência 40% maior do que a do preservativo masculino, menor perda da sensibilidade e a continuidade da intimidade do casal mesmo depois da ejaculação, pois o preservativo não necessita ser removido imediatamente após o ato sexual. No final do estudo, Surratt et al comentam que as mulheres preferiram o preservativo feminino ao masculino, e salientam que, por ser um dispositivo novo e ainda pouco testado, essa reação das pacientes foi até surpreendente.

Os autores sugerem que por terem tido acesso livre ao preservativo, tendo longamente discutido as opções existentes e as maneiras de contornar as barreiras percebidas, além de terem sido estimuladas a ter uma primeira experiência prazerosa com o método, as pacientes decidiram por continuar a utilizá-lo, opondo-se à cultura vigente em seu meio

no que se refere à escolha de métodos contraceptivos. Entretanto, as circunstâncias descritas acima são raramente tão favoráveis.

Em geral, há uma cultura vigente no que compete a comportamentos e práticas associadas a prazer e dificilmente é possível modificá-las. Rafaelli et al³¹ ilustram essa dificuldade, ao descreverem um inquérito com 379 jovens de Belo Horizonte. Nesse estudo, a maioria dos entrevistados tinha conhecimento apropriado sobre a transmissão do HIV, mas 47% apresentavam concepções incorretas sobre sua transmissão. Dos indivíduos que já tinham vida sexual ativa (65% do total da amostra), apenas 18% reportavam ter utilizado alguma vez um preservativo, enquanto que apenas 10% relatavam uso de preservativos na última relação sexual, havendo uma associação direta entre um maior grau de conhecimento sobre HIV e a chance de relatar modificações de hábito na direção de atitudes preventivas.

Como é possível notar, apesar das campanhas maciças referentes ao uso de preservativos, isto não se cristalizou em mudanças de atitude, ao menos na amostra estudada pelos autores. No que compete ao conhecimento sobre Aids e atitudes sobre sexo seguro, as circunstâncias não são muito diferentes.

Chequer et al³² conduziram um inquérito telefônico com 500 adultos na faixa etária predominantemente de risco para HIV na cidade de Brasília. Os resultados mostraram que os respondentes demonstravam um bom domínio sobre as formas de transmissão conhecidas do vírus, mas também descreviam falsas crenças sobre contaminação, tais como a transmissão por picadas de mosquito e pelo contato com o vírus por meio de sanitários públicos. Apesar de os indivíduos solteiros e mais jovens relatarem atitudes mais apropriadas e positivas quanto ao uso freqüente de preservativos, apenas 19% dos últimos encontros sexuais haviam sido com preservativos.

Comentários finais

Como é possível perceber, o modelo de exposição a risco aqui exposto é uma colagem de elementos teóricos já consagrados, associados a algumas variáveis de importância específica para a compreensão do fenômeno da transmissão do HIV em meios ou culturas bem definidos.

Neste artigo, o objetivo foi divulgar essa proposta teórica, bem como iniciar uma linha de pesquisa que permita confirmá-la ou refutá-la à luz dos métodos disponíveis. Mais do que apenas servir para ilustrar um modelo original, a crítica a essa aproximação teórica se faz obrigatória.

Desta forma, a testagem ou validação desse modelo é parte da linha de pesquisa em que este artigo está incluído, sendo prevista para breve a publicação de informação empírica que permita refutar ou confirmar o modelo aqui proposto.

Agradecimentos

O autor agradece à assistente social Silvia Halpern pelas valiosas contribuições na revisão do manuscrito.

Referências

1. Brunet JB, Ancelle RA. The international occurrence of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985;103(5):670-4.
2. Cortes E, Detels R, Aboulaia D, Li XL, Moudgil T, Alam M, et al. HIV-1, HIV-2, and HTLV-I infection in high-risk groups in Brazil. *N Engl J Med* 1989;320(15):953-8.
3. Des Jarlais DC, Friedman SR, Friedmann P, Wenston J, Sotheran JL, Choopanya K, et al. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS* 1995;9(6):611-7.
4. Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, Goldberg D, Frischer M, Green S, et al. Main training low HIV seroprevalence in populations of injection drug users. *JAMA* 1995;274(15):1226-31.
5. Murphy SL, Khantzian EJ. Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washon AM, editor. *Psychotherapy and substance abuse - a practitioner's handbook*. New York: Guilford; 1995.
6. Sanchez-Craig M, Lei H. Disadvantages to imposing the goal of abstinence of problem drinkers: an empirical study. *Addiction* 1986;81:505-12.
7. Sanchez-Craig M. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. *Addiction* 1990;85:169-77.
8. Stockwell T. Behavioral approaches and alcohol sensitizing agents. In: Edwards G, Littleton, editors. *Psychopharmacological approaches to alcoholism treatment*. Londres: Croom Helm; 1985.
9. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice- Hall; 1977a.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
11. Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. San Diego: Academic Press; 1977.
12. Brook J, Brook DW. Risk and protective factors for drug use - etiological considerations. In: McCoy C, Metsch LR, Inciardi JA, editors. *Intervening with drug-involved youth*. California: Sage Publications; 1986.
13. Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975;190:912-4.
14. Mello CO, Pechansky F, Inciardi J, Surratt H. A participant observation of the Therapeutic Community as a model for drug dependence treatment. *J Drug Iss* 1996;27(2):299-314.
15. Bukstein OG. *Adolescent Substance Abuse*. New York: Wiley-Interscience; 1995.
16. Margulies RZ, Kessler RC, Kandel DB. A longitudinal study of onset of drinking among high school students. *J Stud Alcohol* 1977;38:807-912.
17. Khantzian EJ, Mack JE, Schatzberg AF. Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psych* 1974;131:160-4.
18. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2:328-35.
19. Johnston L. Toward a theory of drug epidemics. In: Donohew L, Sypher HE, Bukoski WJ, editors. *Persuasive communication and drug abuse prevention*. New Jersey: LEA; 1991.
20. Janz NK, Becker HM. The health belief model: a decade later. *Health Educ Behav* 1984;2:1-47.
21. Montgomery SB, Joseph JG, Becker MH, Ostrow DG, Kessler RC, Kirscht JP. The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful? *AIDS Educ Prev* 1989;1:303-23.
22. Siegal HA, Falck RS, Carlson RG, Li L. Changes in needle risk behaviors: a preliminary comparative analysis of the Dayton-Columbus NADR Program's standard and enhanced interventions. *NIDA Res Monogr* 1991;10:12-6.
23. Chitwood DD, Inciardi JA, McBride DC, McCoy CB, McCoy HV, Trapido E. A community approach to AIDS intervention: exploring the Miami Outreach Project for Injecting Drug Users and Other High Risk Groups. Westport, CT: Greenwood Press; 1991.
24. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Kass N, Anderson J. Women's protective sexual behaviors: a test of the health belief model. *AIDS Educ Prev* 1994;6:1-11.
25. Pechansky F, Soibelman M. In search of an explanatory model for exposure to HIV in a sample of drug users in Porto Alegre, Brazil. *Building International Research on Drug Abuse - Nashville, Tennessee Meeting Highlights*. National Institute on Drug Abuse, Rockville; 1997. p.32.
26. Busnello EAD. The psychiatric classification of drug abusers. Paper apresentado ao Departamento de Higiene Mental da Johns Hopkins University, 1972. (mimeo).
27. Latkin C, Mandell W, Vlahov D, Knowlton A, Oziemkowska M, Celentano D. Personal network characteristics as antecedents to needle-sharing and shooting gallery attendance. *Social Networks* 1995;17:219-28.
28. Prochaska C, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller W, Heather N, editor. *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum; 1986.
29. Bachman JG, Johnston L, O'Malley PM. How changes in drug use are linked to perceived risks and disapproval: evidence from national studies that youth and young adults respond to information about the consequences of drug use. In: Donohew L, Sypher HE, Bukoski WJ, editors. *Persuasive communication and drug abuse prevention*. New Jersey: LEA; 1991.
30. Surratt H, Wechsberg WM, Cottler LB, Leukefeld CG, Klein H, Desmond DP. Acceptability of the female condom among women at risk for HIV infection. *Am Behav Sci* 1998;41(8):1157-70.
31. Rafaelli M, Siqueira E, Payne Merritt A, Campos R, Ude W, Greco M, et al. HIV-related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *The street youth study group*. *AIDS Educ Prev* 1995;7(4):287-97.
32. Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators*. *AIDS* 1992;6(5):483-7.

Correspondência

Flavio Pechansky

Ramiro Barcelos 2350, sala 400-N

90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: fpechans@conex.com.br
