



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**IMPLEMENTAÇÃO DE INTENÇÕES E
ADESÃO A UM PROGRAMA DE
CAMINHADA DIÁRIA EM PESSOAS COM
DOENÇA PULMONAR OBSTRUCTIVA
CRÓNICA (DPOC) E MAIS DE 65 ANOS**

ANA CATARINA MARQUES BARGE RAMOS

Orientador de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA CARVALHO

Coordenador do Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA CARVALHO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dra. Cláudia Carvalho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março de 2007.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Carvalho, por todas as oportunidades que me deu para eu acreditar que era possível... para eu realizar. São características como o rigor, a dedicação e principalmente o interesse pela psicologia que eu apreendi do seu exemplo e que espero saber tão bem reproduzir para uma boa prática clínica e investigação.

Aos meus pais, por todo o apoio incondicional... por todo o amor.

Aos meus amigos, por todos os momentos, que apesar de não poderem ser tão longos como gostaria, são fonte de alegria e prazer e são essenciais para o meu bem-estar ao longo de todo o percurso.

À Inês, Ana e Sara, companheiras de uma vida em Lisboa, uma vida de partilha e de verdadeira amizade.

Ao Filipe, por sempre acreditar em mim. É a ti que devo esta força.

O meu muito obrigada por hoje e sempre.

Resumo

A prática de actividade física traduz-se em benefícios na evolução clínica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A implementação de intenções parece constituir uma estratégia de auto-regulação eficaz na promoção de comportamentos pró-saúde, como a actividade e o exercício físico. Neste projecto, o objectivo consiste em promover a adesão à actividade física em doentes com DPOC através da implementação de intenções. A amostra proposta será cerca de 100 sujeitos com mais de 65 anos e DPOC, clinicamente estável e em ambulatório, para a realização da caminhada diária de 30 minutos durante nove semanas (mais 24 semanas do follow-up). Serão divididos em dois grupos. Apenas o grupo experimental, estará envolvido na formação da implementação de intenções com especificação de “onde, quando e como” realizará a caminhada. Este comportamento será avaliado através de exames médicos, questionários (variáveis da teoria do comportamento planeado e actividade física anterior) e pedómetro, em avaliações a realizar num Hospital da Grande Lisboa. Espera-se obter benefícios a nível da evolução da DPOC em todos os participantes e uma maior adesão à caminhada diária nos participantes envolvidos na implementação de intenções.

Palavras-chave: implementação de intenções, DPOC, adesão à actividade física.

Abstract

The practice of physical activity results in benefits in the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) clinical evolution. Implementation intentions seem to be an effective self-regulatory strategy in the promotion of pro-health behaviors, such as active life and physical exercise. This project's main objective is to promote adherence to physical activity, in patients with COPD, through the implementation intentions. The proposed sample consist about 100 subjects over 65 years old with clinically stable COPD, and in clinic ambulatory, that will go for daily walks of 30 minutes during 9 weeks (plus 24 weeks of follow-up). The group sample will be divided in two. Only one of the groups will be accompanied with the implementation intentions, regarding "where, when and how" they will do their walks. This behavior will be evaluated in a Hospital of Metropolitan Lisbon, through medical exams, questionnaires (Planned Behavior Theory and previous physical activity) and a pedometer. The expectations are that benefits will be observed on the evolution of DPOC in all subjects, with a bigger participation in the daily walks from those that were subject to intention implementation.

Keywords: Intention implementation, COPD, adherence to physical activity.

Índice

1.	Introdução	1
	1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	2
	1.2. Adesão à Actividade Física	6
	1.3. Teoria do comportamento planeado e implementação de intenções	8
	1.3.1. Implementação de intenções e comportamentos de Saúde	13
	1.4. Objectivos do projecto	16
	 PROJECTO	
2.	Metodologia	20
	2.1. Participantes	20
	2.2. Design	20
	2.3. Procedimento	21
	2.4. Variáveis	22
3.	Resultados Esperados	24
4.	Bibliografia	25
5.	Anexos	31
	Anexo A – Recomendações para a utilização do pedómetro	32
	Anexo B – Carta de Consentimento Informado	33
	Anexo C – Cronograma	34
	Anexo D – Índice de dispneia basal de Mahler	35
	Anexo E – Questionário de Identificação	37
	Anexo F – Questionário	40
	(Variáveis da TCP e Implementação de Intenções/Intenções de meta)	
	Anexo G – Formulário de implementações de meta	42
	Anexo H – Formulário de implementação de intenções	43

1. Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença broncopulmonar, progressiva e irreversível, caracterizada por limitação do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas tóxicas ou gases (Sociedade Portuguesa de Pneumologia[SPP], 2008; World Health Organization [WHO], 2009a). A DPOC é considerada a quarta causa de morbilidade e mortalidade, representando cerca de 5,1% das mortes a nível mundial (WHO, 2009a) Em Portugal esta patologia tem cerca de 5,2% de prevalência na população com idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2008).

A DPOC é uma doença crónica que condiciona várias áreas de funcionamento individual. (Doll e Miravittles, 2005; Make & Casuburi, 2007) A prática de actividade física é um comportamento que promove melhorias na evolução do quadro clínico destes doentes, como demonstram os estudos (Butcher & Jones, 2006; Lacasse et al. 2002, cit. por Foy et al., 2006; Brooks, Krip, Mangovski-Alzamora, & Goldstein, 2002; Foy et al., 2006; Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Antó, 2006)

Neste trabalho pretende-se apresentar um projecto de intervenção para a adesão de actividade física em sujeitos com DPOC, através da implementação de intenções.

O primeiro capítulo inclui uma revisão da patologia, dos seus efeitos a nível do funcionamento individual, bem como a sua relação com a prática de actividade física, comprovada por alguns estudos empíricos. A adesão à actividade física é um tema que será abordado noutro ponto (1.2.) deste trabalho. O final deste capítulo introdutório diz respeito à implementação de intenções, a sua perspectiva histórica, a implicação nos comportamentos de saúde e mais especificamente, na adesão à actividade física.

A implementação de intenções, conceito definido por Gollwitzer (1993), é uma estratégia de auto-regulação para facilitar a concretização de determinado comportamento ou objectivo. Através da especificação de “onde, como e quando” será desempenhada a acção, é elaborada uma associação a nível cognitivo entre a “situação crítica” e o comportamento desejado, que assume o formato “se-então”, para permitir a identificação de boas oportunidades para a concretização dos objectivos e facilitar ao sujeito a iniciação e a manutenção dos comportamentos (Gollwitzer & Sheeran, 2006; Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005). Esta estratégia é eficaz na operacionalização da intenção de aumentar a prática de actividade ou exercício físico, como confirmam os estudos (Prestwich, Lawton & Conner, 2003; Milne, Orbell, & Sheeran, 2002; Latimer, Ginis, & Arbour, 2006; Luszczynska, 2006; Ziegelmann,

Luszczynska, Lippke, & Schwarzer, 2007; Rise et al., 2003; Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006; Budden & Sagarin, 2006; Stadler et al., 2009).

O segundo capítulo descreve um projecto com o objectivo de avaliar os efeitos da implementação de intenções na adesão à actividade física, através de um plano de 30 minutos de caminhada diária, durante nove semanas, em sujeitos com mais de 65 anos e DPOC.

1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença broncopulmonar progressiva e irreversível que resulta de uma obstrução das vias aéreas (SPP, 2008). Também designada por bronquite crónica e enfisema a DPOC é caracterizada por uma limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível. Esta limitação é habitualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas tóxicas ou gases (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI] /WHO, 2001).

O diagnóstico é realizado na presença de sintomas de “tosse, expectoração, ou dispneia (falta de ar) e/ou com história de exposição a factores de risco para a doença” (NHLBI/WHO, 2001, p.399). A nível etiológico, a DPOC está relacionada com os seguintes factores de risco, tabagismo, exposição passivo ao fumo do tabaco, exposição a produtos químicos ou poeiras ocupacionais (e.g. vapores, irritantes e fumos), poluição ambiental e fumo proveniente de combustíveis de uso doméstico (NHLBI/WHO, 2001; WHO, 2009a).

A definição da gravidade da DPOC está relacionada com o tipo de sintomas presentes e com a alteração funcional diagnosticada através de espirometria. A DPOC é classificada em quatro estádios: Estádio 0 (em risco de DPOC); Estádio I (DPOC ligeira); Estádio II (DPOC moderada); Estádio III (DPOC grave) (Rodrigues, 2004; NHLBI/WHO, 2001).

A DPOC é considerada uma das causas de morbilidade e mortalidade mundial (Rodrigues, 2004). Segundo as estatísticas da WHO (2009a), a DPOC representa, em 2004 a quarta causa de morte, sendo responsável por 5,1% das mortes a nível mundial. Em 2030 espera-se que a DPOC seja a terceira causa de morte a nível mundial, aumentando a percentagem para 8,6% das mortes. Em Portugal, estima-se que esta patologia tenha uma prevalência de 5,4 % na população com idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos, e com maior incidência no género masculino. Verificam-se 8,7 mortes por 100.000 habitantes com DPOC (SPP, 2008).

A DPOC não apresenta um desenvolvimento constante ao longo dos anos. Observa-se uma diversidade na intensidade dos sintomas que vão evoluindo no curso desta doença crónica. Inicialmente verifica-se o aparecimento de tosse e expectoração crónicas, que evoluem para

um agravamento da obstrução das vias aéreas e alterações do parênquima pulmonar, à medida que aumenta o défice da função respiratória (Rodrigues, 2004). Em última análise, um doente com DPOC moderada/grave pode confrontar-se com a incapacidade/ intolerância para as mais diversificadas tarefas, incluindo actividade física durante a realização de actividades da vida diária, condicionando a sua qualidade de vida (QDV). Segundo Make e Casaburi (2007) as limitações para o exercício físico em doentes com DPOC relacionam-se com uma redução da actividade física diária, um agravamento da QDV e também com o aparecimento/ aumento de níveis de depressão e ansiedade, como demonstrado na Figura 1 (Make & Casaburi, 2007):

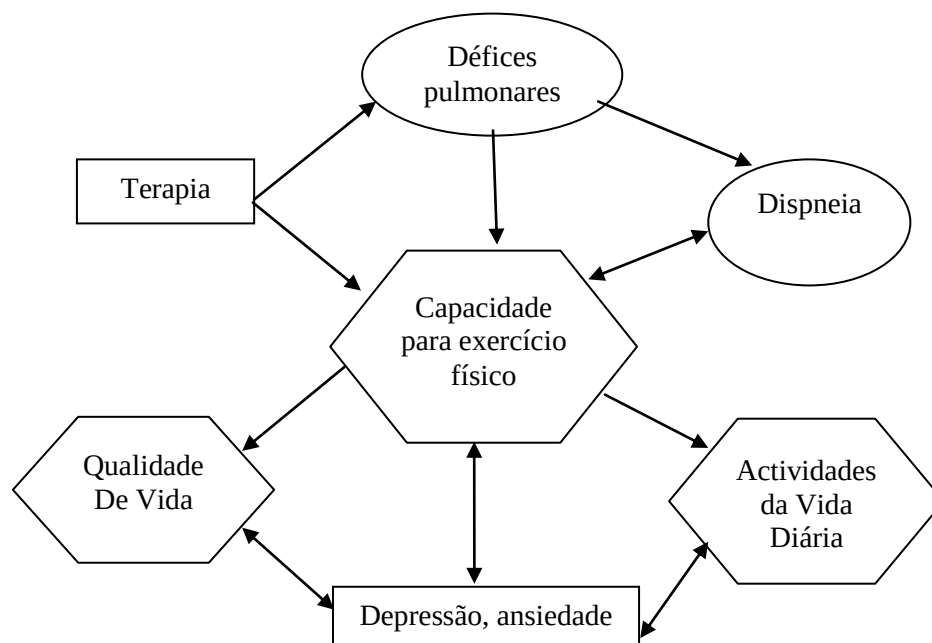


Figura 1: Relação entre capacidade para o exercício físico e a DPOC

Os efeitos da DPOC na vida do sujeito são de ordem física e psicológica, como comprovam estudos realizados com a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Schlenk et al. 1998, cit. por Doll e Miravittles, 2005).

No que concerne aos prejuízos físicos no quotidiano de um doente com DPOC, um dos principais domínios afectados é a capacidade para a realização de exercício físico. Na literatura recente, surgem vários estudos referentes à avaliação das limitações na capacidade de exercício físico em doentes com DPOC (*vide* Butcher & Jones, 2006). A dificuldade/ intolerância ao exercício físico está relacionada com a interacção entre sintomas, défices no sistema respiratório e ventilatório, limitações nas trocas gasosas e dificuldades no movimento dos músculos periféricos. A influência de cada factor na limitação da capacidade de exercício

varia de pessoa para pessoa e de acordo com a modalidade de exercício físico (Pepin, Saey, Laviolette, & Maltais, 2007). Neste sentido, *“It is clear that understanding the meaning and the relationship between activities that patients can perform, exercise, and quality of life is important to employing therapies to maximize patient outcomes”* (Make & Casaburi, 2007, p. 186).

A nível psicológico os efeitos da DPOC distinguem-se no aumento da ansiedade e depressão que podem ser normativos ou mesmo clinicamente significativos (Make & Casaburi, 2007; Yohannes, Baldwin, & Connolly, 2000). Segundo, Mikkelsen, Middelboe, Pisinger e Stage (2004) a prevalência de ansiedade e depressão é cerca de 50% em doentes com DPOC, observando-se uma elevada comorbilidade entre a DPOC e perturbações psiquiátricas, em particular a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Pânico e a Depressão (Mikkelsen et al., 2004). Particularmente na depressão Ede, Yzermans, e Brouwer (1999) apresentam um estudo de revisão, conclusivo de que a depressão está associada à DPOC e que em três dos seis estudos analisados a presença de depressão é superior ao valor da população geral. Em doentes idosos, o diagnóstico de depressão e ansiedade é inconclusivo e não é comprovado pela literatura, porém Yohannes et al. apresentam um estudo com uma amostra de doentes com DPOC e idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos, do qual 75% dos participantes são diagnosticados com depressão moderada e sujeitos com depressão apresentam concomitantemente ansiedade clinicamente significativa.

Conforme o acima referido, os sintomas da DPOC são condicionantes da QDV, no entanto, a DPOC pode ser agravada pela permanência de uma perturbação depressiva ou da ansiedade, o que induz um ciclo de acontecimentos que se influenciam reciprocamente: o humor depressivo diminui a capacidade individual para lidar com a doença crónica, os sintomas físicos tornam-se mais intensos ou menos toleráveis e os efeitos psicossociais da doença são intensificados pelos estados depressivos. Por seu lado, o agravamento da doença aumenta os sentimentos de incapacidade e de tristeza que se reflectem num aumento dos níveis de ansiedade e depressão clinicamente significativos (Ede, Yzermans, & Brouwer, 1999). Estudo de Yellowlees et al. (1987, cit. por Mikkelsen et al., 2004) realizado em doentes com DPOC e comorbilidade psiquiátrica conclui que estes apresentam um internamento mais longo, em comparação com doentes sem comorbilidade psiquiátrica.

No que concerne ao tratamento das perturbações psiquiátricas associadas à DPOC é utilizado o tratamento farmacológico (e.g. antidepressivos, benzodiazepinas), mas também o tratamento não-farmacológico, no qual a Terapia Cognitivo-Comportamental revela eficácia

(Mikkelsen et al., 2004). Num estudo de revisão, Coventry e Gellatly (2008), concluem que a Terapia Cognitivo-Comportamental é eficaz na redução de sintomas de ansiedade e depressão em doentes com DPOC, quando associada com psico-educação e com treino de exercício físico.

Diversos estudos (*vide* Butcher & Jones, 2006) comprovaram os efeitos positivos da prática de actividade física, particularmente exercícios de resistência, na capacidade individual para o exercício físico, nos sintomas de dispneia e na qualidade de vida de doentes com DPOC.

Apesar das limitações, a prescrição de exercício físico de resistência apropriado à própria resistência do paciente é prática comum em muitos programas de reabilitação pulmonar (*vide* Butcher & Jones, 2006). Devido ao seu carácter crónico, a reabilitação da DPOC tem objectivos de manutenção e não agravamento das dificuldades clínicas individuais. Lacasse et al. (2002, cit. por Foy et al., 2006) desenvolveram uma meta-análise, na qual concluíram que 23 estudos evidenciam resultados significativos da reabilitação pulmonar com prática de actividade física, nos sintomas de dispneia, cansaço físico e na percepção individual de auto-controlo. Brooks, Krip, Mangovski-Alzamora, & Goldstein (2002) confirmam a eficácia de um programa na capacidade funcional para o exercício e na QDV de sujeitos com DPOC, com as seguintes actividades: psicoeducação e apoio psico-social (e.g. reuniões de grupo, terapia de relaxamento e terapia ocupacional); exercícios com supervisão, entre os quais, treino de exercícios de respiração, treino de exercício físico intenso, actividade física diária (caminhadas, tarefas de lazer) e circuito de treino específico.

Embora não demonstrem efeitos no melhoramento da função pulmonar, o treino físico apresenta benefícios a longo-prazo, na evolução da DPOC (Foy et al., 2006). No entanto, estes autores referem que a maioria dos programas de reabilitação, são habitualmente de 3 meses, devido aos custos associados a um prolongamento dos programas. Berry et al. (2003 cit. por Foy et al., 2006) realizaram um estudo que comprova a efectividade de um programa de 18 meses em comparação com um programa de 3 meses, em doentes com DPOC, a nível da melhoria da capacidade física e auto-relato da capacidade individual.

Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Antó (2006) num estudo longitudinal realizado com 2386 participantes com DPOC e com avaliações todos os 5 e 10 anos após o início da intervenção, que teve início em 1981 e término em 2000, comprovam que o treino de actividade física regular está relacionado não só com a melhoria da capacidade física e o aumento da taxa de sobrevivência, como também na diminuição do número de internamentos hospitalares.

Os benefícios efectivos da prática de actividade física na evolução da DPOC e nas diversas áreas de funcionamento individual comprovados através de estudos diferenciados são cada vez mais reconhecidos pela população em geral e pelos técnicos de saúde em particular. A recomendação do aumento de prática de actividade física está incluída nas prescrições médicas, contudo, é uma acção que implica uma maior mudança a nível comportamental, em comparação com as outras prescrições médicas, como a toma medicamentosa, sendo por isso caracterizada por uma menor taxa de adesão por parte dos doentes (Dunbar-Jacob, Burke, & Puczynski, 1995).

1.2. Adesão à actividade física

Em contextos de saúde a não-adesão aos tratamentos é um problema comum e que preocupa os serviços de saúde, sendo considerado um problema de saúde pública e que implica elevados gastos económicos como atesta, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério de Saúde, 2004).

A adesão à medicação é cerca de 50% num intervalo de 0% a 100% (Vermeire et al., 2001; Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996). A baixa adesão está associada a uma diminuição dos benefícios e da eficácia global dos tratamentos (Haynes et al., 1996). Desta forma, a problemática da adesão assume um papel fundamental nos sistemas de saúde nacionais e internacionais, sendo considerada uma área prioritária de intervenção nos cuidados de saúde primários. A nível empírico têm sido desenvolvidos estudos no sentido de perceber as causas, bem como prevenir eventuais resistências à adesão (Haynes et al., 1996)

A adesão tem sido definida como o comportamento realizado pelo sujeito que coincide com as prescrições ou conselhos de saúde recomendados pelo médico ou técnico de saúde. Este comportamento pode ser relativo aos regimes médicos (e.g. toma de medicação, ir a consultas de médicos especialistas), mudanças de hábitos e de estilos de vida (e.g. deixar de fumar, perder peso, seguir um regime alimentar pouco calórico, realizar exercício físico) ou utilização de medidas preventivas (e.g. usar cintos de segurança) (Ley, 1997; McDonald, Grag, & Haynes, 2002).

A não-adesão a tratamentos farmacológicos tem sido uma área bastante estudada. Observa-se, no entanto, uma menor taxa de adesão em tratamentos não farmacológicos como dieta e exercício físico. A adesão a regimes alimentares adequados, a mudança no padrão de dieta alimentar ou ambos, é fundamental, particularmente no tratamento da hipertensão, doenças

cardiovasculares, diabetes, doença renal bem como na DPOC e em doenças oncológicas (Dunbar-Jacob et al., 1995).

A adesão a actividade física e exercício associa-se com a manutenção da saúde assumindo-se como um factor protector contra a mortalidade precoce e a progressão de determinadas doenças, nomeadamente, doença coronária, hipertensão, diabetes, osteoporose, artrite e DPOC (Dunbar-Jacob et al., 1995). Para além de prevenir a instalação de doença, o exercício físico regular pode também conduzir à melhoria de estados de doença, quando esta já está instalada, envolvendo benefícios não só a nível fisiológico como psicológico. Deste modo, a promoção deste comportamento assume também um papel de prevenção secundária (Marcus et al., 2000; Jones, Sinclair, Rhodes, & Courneya, 2004).

A importância da prática da actividade física é, na sua maioria, compreensível pelos sujeitos, contudo, a adopção de um novo estilo de vida, mais activo e menos sedentário envolve esforços individuais e de reestruturação pessoal que interferem na concretização deste objectivo. Embora, o sujeito seja capaz de aumentar a prática de actividade física diária, a manutenção do nível de actividade física é por vezes mais difícil de concretizar, verificando-se recaídas nos 6 meses após o início da acção (Marcus et al., 2000). Para a realização do comportamento desejado, contribui a necessidade a nível médico e individual para mudar, que conduz à elaboração da intenção para a mudança comportamental. Contudo, a intenção não é o suficiente para modificar um comportamento, para passar à acção propriamente dita. Como é que a intenção de prática de actividade física é iniciada? E que intervenções podem ser realizadas para facilitar a adopção e a manutenção deste comportamento? (Stadler, Oettingen, & Gollwitzer, 2009).

A intervenção cognitivo-comportamental parece estar relacionada com a concretização de objectivos, a gestão de dificuldades ou barreiras para o iniciar da acção, assim como a prevenção de recaídas na mudança de comportamentos (e.g. aumento da prática da actividade física), permitindo a realização do comportamento de forma autónoma e regular (Stadler et al. 2009; Foy et al., 2006). Para tal, são utilizadas estratégias de auto-regulação como a implementação de intenções. Uma meta-análise de 94 estudos independentes comprova os efeitos de médios a elevados da implementação de intenções na implementação de objectivos (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

De seguida, ainda neste capítulo segue-se a revisão teórica deste conceito, a perspectiva histórica, bem como a associação desta estratégia com a promoção da actividade física e os efeitos benéficos comprovados empiricamente.

1.3. Teoria do comportamento planeado e implementação de intenções

Na investigação, ao longo dos anos verificam-se inúmeros estudos com o objectivo de clarificar e explorar a relação entre a intenção e o comportamento (Rise, Thompson & Verplanken, 2003). Ajzen e Fishbein (2000) consideram que na execução de determinado comportamento a intenção é o factor imediatamente subjacente ao comportamento, no entanto a sua investigação é centrada não nos processos psicológicos envolvidos nesta relação, mas sim, nos factores não-motivacionais que influenciam a concretização do comportamento. Estes autores defendem que na formação de uma atitude (subjacente ao comportamento/acção), as crenças individuais e as expectativas sobre determinada situação são elementos determinantes para a concretização de um objectivo ou comportamento. Nesta perspectiva, desenvolveram a teoria da acção racional (TAR) (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975, cit. por, Ajzen, 1985), na qual consideram que o comportamento ocorre em função de informações e/ ou crenças relevantes para aquele determinado comportamento. Neste sentido, a motivação do sujeito e as suas vontades individuais são consideradas como o principal motor da acção.

De acordo com esta teoria, o antecedente imediato para o desempenho do sujeito é a intenção. Esta variável define a probabilidade de executar ou não determinado comportamento, uma vez que, quanto maior a intenção do sujeito, maior o envolvimento pessoal e a disponibilidade individual para iniciar e manter um comportamento. A intenção identifica o quanto o sujeito está disposto a tentar e quanto esforço pretende despende a fim de realizar o comportamento (Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986).

A TAR especifica dois conceitos independentes que determinam a intenção. O primeiro - atitude face ao comportamento, consiste na avaliação positiva ou negativa que o sujeito faz acerca do seu desempenho. É um construto de natureza pessoal, uma vez que a avaliação é subjectiva e tem por base as crenças do indivíduo nos resultados directos do comportamento e respectiva valorização. O segundo, de carácter mais social é identificado como norma subjectiva – pressão social percebida para desempenhar ou não determinado comportamento (Ajzen, 1985). Este segundo conceito pode ser entendido como a motivação individual para concordar com o ponto de vista de outra pessoa, sobre o comportamento em questão (Straub, 2007). O sujeito desenvolve fortes intenções para desempenhar determinado comportamento quando o avalia positivamente e quando acredita que os outros consideram a execução da acção apropriada ou importante (Ajzen, 1985; Straub, 2007).

Apesar não serem factores determinantes para o agir, nesta teoria as crenças do sujeito assumem um papel fundamental, uma vez que, segundo Ajzen (1985) a atitude face ao comportamento é determinada pelas crenças acerca desse mesmo comportamento, as quais são construídas ao longo da trajectória evolutiva do sujeito e em consonância com a informação que o sujeito adquiriu/apreendeu até ao momento. Esta informação compreende não só dados factuais como aspectos demográficos, traços de personalidade ou valores sócio-culturais.

A TAR, evidencia, como qualquer teoria pioneira, algumas limitações nos seus pressupostos teóricos (Ajzen, 1985; Ajzen, 1991). Ao definir a intenção como o único factor capaz de prever o comportamento, a TAR, torna-se insuficiente quando o controlo do sujeito sobre o comportamento é escasso ou incompleto (Ajzen & Madden, 1986). Em 1985, Ajzen, acrescenta que o controlo do sujeito é condicionado por diversos factores, quer externos quer internos ao indivíduo, que interferem na execução do comportamento, tais como, capacidades individuais, conhecimento, recursos e fontes de informação, oportunidades e dependência de outros para a realização do comportamento. Estes factores representam o controlo actual do sujeito sobre o comportamento (Ajzen, 1991).

Ajzen (1985) alargou a TAR, acrescentando uma nova variável, o controlo comportamental percebido que se refere à percepção individual do grau de dificuldade no desempenho de determinado comportamento. Assim, o comportamento do sujeito está fortemente relacionado com a auto-percepção na sua capacidade para o executar – teoria do comportamento planeado (TCP), como demonstra a Figura 2 (Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1985).

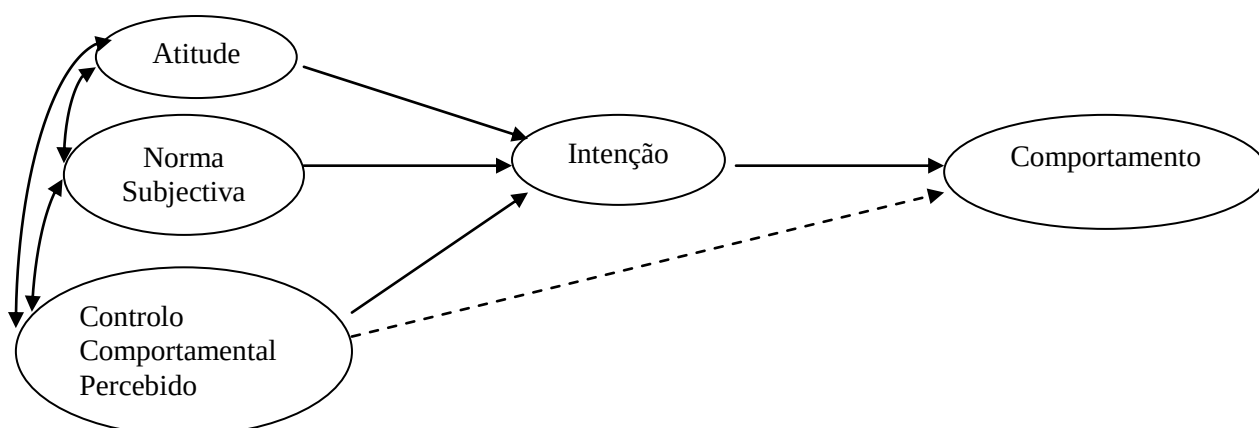


Figura 2: teoria do comportamento planeado

Este modelo tem em consideração as crenças de controlo (Ajzen & Fishbein, 2000) sendo que quanto maior é o número de recursos avaliados pelo sujeito, mais forte é a crença de que

pode controlar o comportamento. De acordo com esta teoria, o controlo comportamental percebido, associado à intenção comportamental pode antecipar a realização de um comportamento.

Gollwitzer (1993 cit. por Rise et al., 2003), acrescenta que o controlo comportamental percebido interfere na primeira fase da implementação de intenções: deliberação. Esta variável da TCP parece ser moderadora da relação entre a implementação de intenções e a concretização do objectivo, na medida em que, se o sujeito percepção um elevado grau de controlo sobre determinado comportamento, ele considera menos necessário a formação de implementação de intenções para o alcance do objectivo. A implementação de intenções só é elaborada se o sujeito identificar dificuldades na realização do comportamento. Desta forma, o mais importante para a concretização do objectivo é obter um elevado grau de motivação, e para isso a intenção comportamental é o mais directo preditor do comportamento (Rise et al., 2003).

Gollwitzer (1993;1999) introduziu o conceito de implementação de intenções, com o objectivo de clarificar a relação entre a intenção de realizar um comportamento ou objectivo e perceber por que a intenção para desempenhar determinado comportamento (apesar da elevada percepção de controlo) pode não ser suficiente para a execução efectiva desse mesmo comportamento.

Na implementação de intenções, após a especificação de “onde, quando e como” se irá realizar o comportamento, a intenção é activada perante a “situação crítica”, transformando-se em acção. A relação entre a atitude e o comportamento é assim explicada através da associação entre a situação e o comportamento (“se-então”) e através dos processos automáticos que estão na base da operacionalização da intenção em comportamento (Gollwitzer, 1993; 1999).

A concretização de objectivos está dependente do grau de desejabilidade dos resultados consequentes, contudo relaciona-se também com outros factores que podem interferir na finalização do desejo/vontade do sujeito. A formação de uma intenção não garante a concretização do objectivo, na medida em que não prepara o sujeito para lidar com problemas de auto-regulação no processo de iniciar e manter o comportamento (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Gollwitzer (1993) define que o processo de concretização de objectivos decorre num contínuo de 4 fases de acção:

1- Pré-decisão (Deliberação): selecção de vontades e desejos para a decisão de quais os objectivos são prioridade para o sujeito e para os quais é desenvolvido um compromisso individual para a sua concretização.

2- Pré-acção (Implementação): nesta fase, também designada de pós-decisão, ainda não há a acção efectiva. Está presente a disponibilização de esforços para o estabelecimento de planos efectivos com vista à iniciação da acção.

3- Acção: ocorre o início da acção, através da operacionalização dos planos definidos na fase anterior. O sujeito centra os seus esforços na concretização dos objectivos desejados e definidos na fase de pré-acção.

4- Pós-acção (Avaliação): esta fase ocorre após o término das acções necessárias para a concretização do objectivo. O sujeito compara os comportamentos efectuados com os que tinha desejado realizar. É avaliado se é necessário investir novas tentativas para a realização dos respectivos desejos.

Achtziger e Gollwitzer (2008) acrescentam que cada fase está relacionada com um “mindset” específico, ou seja, um determinado modelo/orientação mental que permite uma selecção adequada de qual a informação necessária para processamento em cada fase de acção, facilitando o desempenho individual.

Para o iniciar da acção que conduz à concretização do objectivo, as fases de acção estão conectadas por três pontos de transição, descritos por Gollwitzer e Brandstätter (1997). O primeiro ocorre entre a fase de pré-decisão e a fase de pré-acção, e corresponde à selecção de desejos ou vontades específicos e posterior transformação em metas/ objectivos. É nesta fase que são formadas as intenções de meta (“goal intentions”) definidas por Gollwitzer (1993), com a configuração de “Tenho a intenção de realizar X”, em que o “X” representa um estado final de desejo/objectivo alcançado, a nível abstracto ou concreto.

O segundo ponto de transição ocorre entre a fase de pré-acção e acção e implica a iniciação de comportamentos (acções) direccionados para o cumprimento do objectivo/ meta. Para tal, são formadas estratégias de auto-regulação que permitem a resolução dos problemas de iniciação dos comportamentos, facilitando a acção – implementação de intenções. Assumem o formato de “Eu pretendo fazer Y quando ocorrer a situação Z”, para assim garantir que uma situação (oportunidade) futura será associada a comportamentos específicos que vão levar o sujeito ao alcance da meta pretendida. A situação específica é meticolosamente definida, através da planificação de “onde, quando e como” ocorrerá o comportamento (Gollwitzer, 1993, 1999).

A implementação de intenções não é independente das intenções de meta, estando hierarquicamente subordinada, uma vez que é construída ao serviço da intenção de meta (Gollwitzer, 1993, 1999). A partir da delineação de um objectivo, é que é possível para o sujeito construir todos os passos para a sua concretização.

A transição da fase de acção para a fase de pós-acção é feita pelo último ponto, que corresponde ao compromisso que o próprio sujeito estabelece, para que quando a situação crítica surgir desempenhar o comportamento específico, elaborado na implementação de intenções. Neste sentido, o auto-controlo para a concretização do objectivo não está apenas dependente do compromisso individual, sendo delegado para a situação crítica (Gollwitzer, 1993). Contudo, é importante salientar que, em virtude da dependência da implementação de intenções para com as intenções de meta, o compromisso individual está associado, em primeiro lugar à importância que o sujeito atribui à concretização do objectivo. Por outras palavras, quando existe um conflito entre os interesses e os desejos que são escolhidos, estes necessitam de maior determinação para a sua realização. A especificação de “onde, quando e como” o comportamento será efectuado permite minimizar a influência dos obstáculos, barreiras e conflitos, e facilitar a implementação da intenção e a prática do comportamento desejado.

Como a implementação de intenções implica a selecção de uma situação (e.g. uma boa oportunidade), a representação mental da situação é mais vezes activada e está mais facilmente acessível. A alta acessibilidade cognitiva torna mais fácil a detecção da situação crítica no ambiente envolvente e a identificação das suas “pistas situacionais” (“onde, como e quando”) que vão activar, por sua vez, o comportamento definido pela implementação de intenções (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998). Este acto mental conduz a uma automatização dos comportamentos em direcção ao objectivo, quando a situação crítica é encontrada. A iniciação da acção torna-se assim, imediata, eficiente, e não requer intenção consciente (consciencialização). Neste sentido, as oportunidades para agir que são definidas na formação da implementação de intenções não são facilmente despercebidas ao sujeito, quando a sua atenção está centrada noutras situações ou acontecimentos (e.g. preocupações, emoções fortes, esforços para atingir outros objectivos) ou até mesmo quando o objectivo interfere com outros objectivos determinados (e.g. objectivos relacionados com a carreira podem insurgir contra objectivos focados para a vida social) ou com (maus) hábitos já interiormente instalados (Gollwitzer & Schaal, 1998).

No imediato da execução do comportamento, a racionalização do sujeito está diminuída, sendo que todos os estímulos exteriores ou factores internos que possam distrair o sujeito do seu objectivo não são relevantes, visto que aquando da presença da situação crítica a acção é iniciada de forma automática (Gallo & Gollwitzer, 2007b). É criado um link mental entre a situação desejada (excluindo a situação não desejada ou temida) e os comportamentos. Este link é, preferencialmente, de forte intensidade de forma a manter a sua resistência tornando-se num “link comportamental de hábitos” em resultado do frequente e consistente emparelhamento situação – comportamento (Gollwitzer & Brandstätter, 1997).

Bargh (1997) é um dos autores responsáveis pelo estudo do automatismo e formação de hábitos. Segundo este autor a aquisição de capacidades/ competências de desempenho de determinada actividade perceptiva, motora ou cognitiva requer cada vez menor atenção conforme aumenta o compromisso individual (que ocorre, geralmente no sentido directo do número de vezes que é executado o comportamento). Caminhar na rua é um exemplo de uma competência automática, visto que permite pensar, planear actividades, etc., sem o sujeito ter que tomar atenção à forma como posiciona os pés e pernas para andar. Com a experiência, estas tarefas tornam-se cada vez mais automatizadas adaptando-se progressivamente à complexidade do meio envolvente.

Uma vez activadas as tarefas / esquemas mentais, a informação relevante para o objectivo é absorvida e são executadas as respostas adequadas, com base na informação adquirida (pelos estímulos ambientais), sem a presença ou envolvimento da consciência nestas respostas. Esta perspectiva está incluída no modelo de auto-motivação “*Auto-Motive Model*” (Bargh, 1997), o qual define que os estímulos do meio ambiente podem activar directamente o objectivo ou intenção.

É importante referir que, inicialmente, está presente uma escolha consciente fundamental para o desempenho do comportamento desejado assim como para a gestão de expectativas e para a antecipação e planificação do que vai ocorrer na situação (Bargh & Chartrand, 1999). No entanto, se o objectivo é prosseguido sempre em situações com características semelhantes, o poder de escolha consciente irá, eventualmente diminuir, passando o controlo sobre o objectivo para a situação e respectivas características do meio (Bargh, 1982).

1.3.1. Implementação de intenções e Comportamentos de Saúde

Vários estudos consideram a formação de implementação de intenções como uma estratégia eficaz de auto-regulação, uma vez que sustentam a iniciação e manutenção de comportamentos nos diferentes domínios, nomeadamente, na área de saúde, académica,

ambiental, de consumo, ambiental, pró-social, anti-racista e em investigação cognitiva em contexto laboratorial (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

No âmbito da saúde, a maioria dos estudos empíricos apresentam a seguinte metodologia: preenchimento de um questionário com itens para a avaliação de constructos de teorias motivacionais como a TCP e posterior preenchimento de um formulário (para o grupo experimental) relativo à formação de implementação de intenções. Segue-se a avaliação do comportamento de saúde (Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005).

Encontram-se estudos para o desempenho de determinado comportamento unitário, ou seja, comportamentos nos quais os participantes realizam a tarefa pelo menos uma vez (Carvalho, 2008). Neste grupo, destacam-se estudos relacionados com: a promoção do auto-exame da mama no período de um mês (Orbell, Hodgkins, & Sheeran, 1997, cit por Gallo & Gollwitzer, 2007a) no período de seis meses e com a colaboração do companheiro (Prestwich et al., 2005, estudo 1 e estudo 2); a promoção do auto-exame testicular pelo menos uma vez durante 3 meses (Steadman & Quine, 2004); a ida a uma consulta para rastreio cervical (Sheeran & Orbell, 2000); a implementação de um dia de alimentação saudável num período de 5 dias (Verplanken & Faes, 1999) e um estudo com o objectivo de promover o aumento do uso das escadas, imediatamente após a intervenção de implementação de intenções, realizado por Kwak, Kremers, Baak e Brug (2007, cit. por Carvalho, 2008).

Ainda no âmbito da saúde, evidenciam-se um grupo de estudos relacionados com a promoção de outro tipo de comportamentos - acções realizadas durante um maior período de tempo com o objectivo de avaliarem uma mudança comportamental mais prolongada no tempo e não apenas por curtos períodos (Carvalho, 2008). No que concerne à área da alimentação, a implementação de intenções foi efectiva, na redução da ingestão de gorduras na dieta diária durante um mês (Armitage, 2004); na adopção de uma alimentação saudável, através da ingestão de maior número de alimentos saudáveis ou da ingestão de menor número de alimentos não- saudáveis durante duas semanas (Sullivan & Rothman, 2008); no aumento de consumo de pelo menos uma peça de fruta diária durante duas semanas (Armitage, 2007a); no aumento de ingestão de pelo menos uma peça de fruta ou vegetal durante uma semana em estudantes universitários (Kellar & Abraham, 2005). Jackson et al. (2005) apresentaram um estudo também com o objectivo de aumento do consumo de fruta, mas aplicado a sujeitos com elevado risco de doença coronária. Neste estudo, ao contrário dos anteriores, o aumento exponencial de consumo de fruta não foi atribuído à implementação de intenções. Sheeran e Orbell (1999) confirmaram a eficácia da implementação de intenções na toma diária de

vitamina C. Os comportamentos foram avaliados através de auto-relato e contagem de comprimidos dez dias e três semanas (estudo 1) e duas semanas e cinco semanas (estudo 2).

Armitage realizou dois estudos relativos à redução dos hábitos tabágicos. O primeiro realizado em 2007 (Armitage, 2007b), teve como objectivo a redução da dependência de nicotina em sujeitos, através da implementação de intenções num contexto de trabalho. O segundo, em 2008, foi realizado com trabalhadores de variados locais de trabalho, sendo realizada a avaliação, após um mês da intervenção por implementação de intenções, do número de cigarros diários, da dependência de nicotina, a auto-regulação, a intenção e a auto-eficácia.

Relativamente à área de promoção de exercício físico evidencia-se a eficácia da implementação de intenções, num estudo realizado com um grupo de estudantes com o objectivo de aumentar a frequência de exercício físico. Foram acrescentadas mais duas sessões por semana aos participantes do Grupo Experimental em relação à sua prática corrente de exercício semanal, em comparação com o Grupo de Controlo. (Prestwich, Lawton, Conner, 2003). Milne, Orbell e Sheeran (2002) comprovaram a eficácia da implementação de intenções na promoção de uma sessão de 20 minutos durante duas semanas, em comparação com a intervenção da teoria da protecção motivacional (“protection motivation theory”). Outros estudos relacionam a implementação de intenções e a promoção de exercício físico com determinada condição física de doença. Latimer, Ginis e Arbour (2006) realizaram uma intervenção de oito semanas para a promoção de 30 minutos de actividade física de moderada a intensa, três vezes por semana, em sujeitos com lesão da espinal-medula. Observou-se uma maior taxa de participação na caminhada no grupo experimental, em comparação com o grupo de controlo. Luszczynska (2006) demonstrou a eficácia da implementação de intenções no desempenho de actividade física moderada em participantes sobreviventes a um enfarte de miocárdio. Apenas os sujeitos que participaram na implementação de intenções aumentaram a utilização do “planeamento de tarefas” e aderiram à recomendação de actividade física três vezes por semana, em comparação com o grupo de controlo. Ziegelmann, Luszczynska, Lippke e Schwarzer, (2007), realizaram um estudo na área da reabilitação, no qual confirmaram que a implementação de intenções, em comparação com as intenções de meta, é mais eficaz na prática de exercício físico numa amostra de 368 sujeitos, com diagnóstico variado, que frequentavam um centro de reabilitação ortopédica diariamente.

Rise et al. (2003) apresentam um estudo com estudantes, com o objectivo de analisar a implementação de intenções no contexto da TCP para a prática regular de exercício físico. A implementação de intenções mostrou-se eficaz na transposição da intenção de exercício

regular para o comportamento efectivo. Um outro estudo realizado por Brickell, Chatzisarantis e Pretty (2006) veio cruzar a implementação de intenções, o comportamento anterior e as variáveis da TCP, na intenção de realizar exercício físico. A implementação da intenção de realizar exercício físico parece estar relacionada com o comportamento anterior de actividade física, uma vez que, a implementação de intenções prediz o comportamento para o exercício apenas nos participantes que não realizavam exercício físico, com frequência, no passado. Budden e Sagarin (2006) realizaram um estudo que para além destas variáveis anteriores (implementação de intenções, variáveis da TCP e intenção para o exercício físico) acrescentam o stress ocupacional, num grupo de adultos trabalhadores no activo. Concluíram, que a atitude para o exercício físico e o controlo comportamental percebido são preditores da intenção para o exercício e que a implementação de intenções não está relacionada com um aumento da intenção para a realização do exercício físico. Um estudo recente (Stadler et al., 2009) comparou a actividade física em mulheres que receberam informação para a prática de actividade física e mulheres que adicionalmente receberam intervenção com a estratégia de implementação de intenções. Participantes do segundo grupo são duas vezes mais activas fisicamente (mais uma hora de exercício semanal).

1.4. Objectivos do projecto

Neste projecto pretende-se aplicar a implementação de intenções à promoção da actividade física em sujeitos com DPOC e com mais de 65 anos. A amostra proposta neste projecto é constituída por doentes com DPOC uma vez que a implementação de intenções, apesar de eficaz na adesão à prática de actividade física (como demonstra a literatura atrás referida) ainda não foi testada em populações de sujeitos com esta doença crónica. A intenção para a actividade física será avaliada pelas variáveis da TCP e pela avaliação do comportamento anterior de exercício ou actividade física. A implementação de intenções será a estratégia utilizada para a realização da actividade física. Neste projecto a actividade física implementada será a caminhada diária, através da implementação de intenções (no Grupo Experimental) e avaliada através de medidas de auto-relato (diário) e uma medida comportamental – pedómetro.

Os objectivos são os seguintes: a) testar a eficácia da implementação de intenções como intervenção para a adesão ao plano de caminhada diária; b) avaliar se a caminhada diária produz efeitos benéficos na evolução da DPOC.

A actividade física a promover neste projecto será a caminhada diária de 30 minutos, de acordo com as recomendações da WHO (2009b), que defendem para sujeitos com idades superiores a 65 anos a prática de 30 minutos de actividade física moderada 5 dias por semana, 30 minutos de actividade física intensa 3 dias por semana, ou uma combinação entre actividade física moderada e intensa. São recomendados, nesta faixa etária, a prática de exercícios para a manutenção da flexibilidade e de exercícios de equilíbrio em simultâneo.

A distinção entre actividade física moderada e vigorosa é feita de acordo com a intensidade do exercício realizado. A actividade física intensa está relacionada com um dispêndio elevado de esforço, com um aumento do ritmo cardíaco e da respiração. A actividade física moderada requer um dispêndio moderado de esforço e mantém o ritmo cardíaco. Caminhar em passo acelerado; dançar; fazer jardinagem; trabalho doméstico; caçar; envolvimento activo em jogos e desportos com crianças/ passear animais domésticos; tarefas gerais (construção, bricolagem, pintura); carregar pesos/ mover cargas moderadas (menos de 20kg), são exemplos deste tipo de actividade (WHO, 2009b). A idade e todos os condicionantes normativos que ela implica, é um critério que determina a opção por actividade física moderada.

A prática de actividade física será avaliada, neste projecto, através de medida objectivas, o pedómetro e de auto-relato, o diário de registo. O pedómetro é um instrumento utilizado para a medição dos passos através dos movimentos verticais da anca durante a actividade ou o exercício físico. Apresenta, contudo, outras funções como a contagem do tempo, distância, e calorias. Pode ser colocado no cinto ou na bolsa de cintura (Blok et al., 2006; Alves, 2009). É uma medida consideravelmente fiável e por isso tem sido utilizada em várias investigações relacionadas com a promoção da actividade física em intervenções para determinadas condições de doença, como obesidade, diabetes, hipertensão ou hiperlipidemia, como confirma a revisão bibliográfica realizada por Bravata et al. (2007). Na DPOC, Blok et al. (2006) comprovam que o uso do pedómetro em combinação com o aconselhamento para o exercício, e a realização da actividade física diária são fundamentais na reabilitação de doentes com DPOC. Estes autores realizaram o primeiro estudo em que foi utilizado o pedómetro como instrumento de medição da actividade física em pacientes com DPOC. Durante nove semanas, 21 sujeitos em reabilitação pulmonar utilizaram o pedómetro durante todo o dia a fim de avaliar a actividade física diária. O número de passos era anotado num diário de registo, diariamente. As sessões de avaliação decorreram na primeira, quinta e sétima semana após início do programa de reabilitação, incluindo uma avaliação inicial duas semanas antes para a análise da motivação para a prática de actividade física.

Neste projecto pretende-se avaliar o número de passos cronometrados pelo pedómetro. A avaliação será feita em cada sessão intermédia (semanalmente), durante a fase experimental. Os pedómetros serão todos da mesma marca e modelo e serão entregues no início na experimentação (na primeira avaliação, aquando do preenchimento dos questionários) e devolvidos ao investigador, no fim da fase experimental (após nove semanas).

A utilização do pedómetro requer algumas recomendações (anexo A) que serão explicadas no seguimento deste projecto no capítulo seguinte correspondente à metodologia.

As hipóteses a colocar neste projecto, serão as seguintes: - os sujeitos de ambos os grupos revelam melhorias a nível da DPOC após o programa de caminhada diária; - maior adesão dos sujeitos do Grupo Experimental (implementação de intenções) às caminhadas diárias do que o Grupo de Controlo; - o maior número de passos é realizado pelos participantes do Grupo Experimental, em comparação com o Grupo de Controlo.

PROJECTO

2. Metodologia

2.1. Participantes

O presente estudo será realizado num hospital público, na zona da Grande Lisboa, na unidade de pneumologia, com a aprovação da Comissão de Ética do respectivo hospital e após o consentimento informado do doente (participantes foram informados e esclarecidos que poderiam desistir da investigação a qualquer altura, sem serem necessárias justificações) (anexo B). Os participantes serão recolhidos após a indicação do médico clínico, que recomendará a participação no estudo aos indivíduos com DPOC e que apresentem características clínicas passíveis da realização de actividade física. Desta forma a amostra será intencional heterogénea e representativa, uma vez que será constituída por cerca de 100 doentes de ambos os sexos com mais de 65 anos, com DPOC, e que estejam em regime de ambulatório. Outro critério para a inclusão do estudo é a presença de DPOC clinicamente estável nos três meses que antecedem o estudo, ou seja, sem agravamento da dispneia, da tosse ou da quantidade ou purulência da expectoração, na medida em que se pretende avaliar a adesão a um comportamento que envolve dispêndio de algum esforço físico (caminhada diária).

2.2. Design

Neste projecto será utilizado um Design Quasi-Experimental, devido ao facto de os sujeitos serem seleccionados através de critérios de inclusão e não de forma aleatória. O delineamento será o Pré e Pós-teste em dois grupos de sujeitos, distribuídos aleatoriamente. No pré e pós teste todos os participantes são sujeitos à mesma avaliação (questionários de avaliação e exames médicos) e ao mesmo programa de caminhada (todos os dias, durante 30 minutos). Apenas o grupo experimental será envolvido no plano de implementação de intenções (variável independente), enquanto que o grupo de controlo realizará a mesma actividade após o planeamento das intenções de meta. Após nove semanas (pós-teste) serão aplicados os mesmos questionários e exames (variáveis dependentes - adesão à actividade física, comportamento anterior e grau de DPOC) para avaliar os efeitos da caminhada diária. Após o período experimental, o follow-up decorrerá durante 24 semanas.

2.3. Procedimento

A intervenção decorrerá durante 33 semanas - nove semanas da fase experimental e 24 semanas correspondentes ao follow-up, conforme figura no cronograma (anexo C). Durante a fase experimental os participantes serão submetidos a avaliações semanais, realizadas pelos técnicos de saúde e dispostas em três fases:

1ª fase

Na primeira sessão todos os participantes serão sujeitos a uma avaliação médica para determinar o tipo de DPOC (leve, moderada, grave) através de exames médicos (anexo D). De seguida procede-se ao preenchimento dos questionários. Um questionário para a obtenção de dados demográficos e dados relativos aos hábitos anteriores de actividade física (anexo E) e outro questionário para a avaliação das variáveis da TCP (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido e intenção comportamental) (anexo F). Serão entregues diferentes formulários relativos à realização da caminhada diária durante 9 semanas, para o Grupo de Controlo (anexo G) e para o Grupo Experimental (anexo H). O formulário do Grupo de Controlo apresentará apenas a indicação para a realização da actividade física (intenções de meta), enquanto o formulário do Grupo Experimental incluirão um conjunto de itens relativos à implementação de intenções, para o planeamento por escrito de “onde, quando e como” o sujeito espera realizar as caminhadas. Os pedómetros serão fornecidos a ambos os grupos, incluindo as respectivas instruções de utilização.

2ª fase

Esta fase compreende as sessões de avaliação que ocorrerão no período experimental (da 1ª à 8ª semanas). Semanalmente e durante nove semanas, os pacientes irão ao hospital para mostrar os pedómetros e o valor de passos registados na respectiva semana. O dia da semana será, preferencialmente o mesmo, a combinar com o participante de acordo com a disponibilidade individual e disponibilidade dos técnicos de saúde. Se o sujeito não puder comparecer no dia combinado terá que contactar os serviços hospitalares e adiar a sessão para o próximo dia o mais breve possível e antes da próxima avaliação. Em cada sessão, será também realizada uma breve entrevista, com os técnicos de saúde, no sentido de perceber onde, quando e como o sujeito realizou a caminhada e se corresponde ou não ao planeado aquando da implementação de intenções, no Grupo Experimental e das intenções de meta, no Grupo de Controlo. São questionadas também, se foram sentidas algumas dificuldades a nível

fisiológico, evitando a exacerbação de esforços que possam comprometer a condição física individual. Se tal acontecer são contactados os médicos a fim de tomar as medidas necessárias.

3ª fase

Esta fase indica o final do período experimental. Corresponde à última sessão de avaliação onde ocorrerá a repetição dos exames médicos e o preenchimento dos mesmos questionários da fase inicial, para avaliar os efeitos da caminhada diária não só no grau de DPOC como também nas variáveis da TCP e nas respostas individuais sobre a actividade física. O pedómetro é entregue aos técnicos de saúde e é indicado aos participantes os procedimentos necessários para a fase seguinte – follow-up. É combinado com o sujeito os dias de cada sessão de seguimento, durante as 24 semanas, e é entregue o diário de registo.

O follow-up tem como objectivo avaliar se o comportamento de actividade física foi mantido, diminuído ou aumentado após o período experimental e se o sujeito o conseguiu realizar de forma autónoma e regular. É realizado durante 24 semanas, com sessões de periodicidade mensal. Em cada sessão será realizada uma entrevista à semelhança do período experimental e os participantes entregam o diário de registo, onde figuram o local, os dias e as horas a que efectuaram a caminhada no último mês. Na última sessão do follow-up é devolvido o diário de registo.

2.4. Variáveis

Tipo de DPOC

Para determinar o tipo de DPOC bem como os valores funcionais da doença são efectuados os seguintes exames médicos: avaliação funcional respiratória realizada em repouso, avaliação da dispneia através do índice de dispneia basal de Mahler (anexo D), e a prova de esforço cardiorrespiratória de acordo com Rodrigues (2004). A escala de Mahler avalia o grau de dispneia em três categorias: incapacidade funcional, incapacidade de acordo com a intensidade da actividade e incapacidade no esforço. O índice de dispneia basal é calculado através das somas das pontuações dos itens I, Ia, II e III. Os valores de cada item são iguais ao grau da resposta que o participante assinalou. A pontuação máxima possível é de 12 valores e a mínima de 0. Quando menor a pontuação final, mais grave será a dispneia e, como tal, mais grave o estágio de DPOC.

Comportamento anterior relativamente a hábitos de actividade física, exercício físico ou ambos (Baseline)

Os comportamentos que o sujeito efectua actualmente relativos a actividade ou exercício físico, assim como exercício físico que realizou durante determinada altura da sua vida, são avaliados através de algumas questões inseridas no questionário de identificação onde figuram as questões sobre os dados demográficos (anexo E). “*Faz alguma actividade física?*”; “*Indique a actividade física que realiza num período típico de 2 semanas, durante o último ano*” são um exemplo de questões relativas ao comportamento anterior. Este questionário será aplicado na primeira sessão e na última sessão de avaliação do período experimental.

Intenção para a actividade física (Baseline)

A intenção para a actividade física é avaliada através das variáveis da TCP (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido, intenção comportamental).

Cada variável é avaliada pela média das respostas a três itens standardizados numa escala de 7 pontos, de acordo com o questionário desenvolvido por Armitage e Arden (2008). As questões são adaptadas do questionário de Ajzen (2006) (anexo F). A escala da atitude compreende, entre outros, o seguinte item “*Para mim, caminhar 30 minutos nas próximas nove semanas é [bom - mau]*”. A escala da norma subjectiva é constituída, entre outros, pelo item “*É esperado de mim, que eu nas próximas nove semanas realize a caminhada diária de 30 minutos: [extremamente improvável - extremamente provável]*”. O controlo comportamental percebido corresponde, entre outros, ao item “*Para mim, caminhar 30 minutos todos os dias nas próximas nove semanas é: [impossível - possível]*”. A última variável avaliada, a intenção comportamental é descrita pelo seguinte item: “*Vou realizar a caminhada diária, nas próximas nove semanas*” [extremamente improvável ou extremamente provável].

A intenção é implementada através da estratégia de intenções de meta para o Grupo de Controlo (anexo G) e de implementação de intenções para o Grupo Experimental (anexo H)

Caminhada Diária

A caminhada de 30 minutos, todos os dias da semana será avaliada através de duas medidas utilizadas em fases diferentes do procedimento.

O número de passos contabilizados pelo pedómetro e o auto-relato (na breve entrevista durante a avaliação) serão as medidas para a avaliação da caminhada durante o período

experimental. Na entrega do pedómetro serão dadas algumas recomendações aos participantes relativamente à sua utilização, com base no guia para a utilização de pedómetro (Alves, 2009) (anexo A). Será fornecida aos sujeitos uma cópia deste documento assim como as respectivas instruções específicas para o funcionamento que acompanham o pedómetro, para uma correcta utilização. O pedómetro será ligado na primeira caminhada a realizar no primeiro dia da semana e deverá acompanhar o sujeito em todas as caminhadas efectuadas. Após terminar esta actividade, o sujeito deverá pousar o pedómetro, sem o desligar. No final da semana, na avaliação, é anotado o registo de passos e apagada a memória anterior. O pedómetro é reprogramado (“reset”) e reiniciada a contagem do valor zero, imediatamente antes da primeira caminhada da semana seguinte.

O diário de registo e novamente o auto-relato na entrevista breve, são as medidas utilizadas no follow-up. Os diários são fornecidos pelos técnicos de saúde na última sessão do período experimental e entregues no último dia de follow-up, e têm como função a anotação do local, a duração e o momento em que foi realizada a caminhada diária.

3. Resultados Esperados

Com esta intervenção espera-se obter os seguintes resultados: uma melhoria na evolução da DPOC em todos os sujeitos envolvidos na caminhada diária; uma maior adesão ao programa de caminhada diária, ou seja maior número de caminhadas efectuadas pelos participantes envolvidos na implementação de intenções. Pretende-se também que o grupo de implementação de intenções efectue um maior número de total de passos, em comparação com o Grupo de Controlo.

Ao realizar a caminhada diária durante a participação na investigação, espera-se que os sujeitos aumentem o seu nível individual de actividade física, em comparação com o nível de actividade anterior, podendo até manter este nível ou até superá-lo numa perspectiva a longo-prazo, nas situações quotidianas.

Pretende-se confirmar se a implementação de intenções, pode ser considerada, uma estratégia eficaz para a promoção desta actividade física, nomeadamente nesta população específica.

4. Bibliografia

- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2008). Motivation and volition during the course of action. In J. & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation and action* (pp. 272-295). London: Cambridge University Press.
- Alves, J. (2009). Guia de utilização do seu pedómetro. Consultado em 14 de Junho através de <http://www.rituais.iol.pt/tabid/139/language/pt-PT/Default.aspx>
- Armitage, C. J. (2004). Evidence That Implementation Intentions Reduce Dietary Fat Intake: A Randomized Trial. *Health Psychology*, 23, 319-323.
- Armitage, C. J. (2007a). Effects of an implementation intention-based intervention on fruit consumption. *Psychology and Health*, 22, 917-928.
- Armitage, C. J. (2007b). Efficacy of a brief worksite intervention to reduce smoking: the roles of behavioral an implementation intentions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 376-390.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11- 39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. Consultado em 31 de Maio de 2009 através de <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (pp. 1-33). John Wiley & Sons.
- Ajzen, I. & Madden, T. (1986). Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Bargh, J. A. (1982). Attention and Automaticity in the Processing of Self-Relevant Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 425-436.
- Bargh, J. A. (1997). The automaticity of everyday life. In R. S. Wyer (Ed.), *Advances in Social Cognition* (Vol. 10, pp 1-61). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Consultado em 28 de Janeiro através de <http://pantheon.yale.edu/~jab257/publications.html>
- Bargh, J. A. & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.

- Block, M. J., Greef, M. H. G., Hacken, N. H. T., Sprenger, S. R., Postema, K. & Wempe, J. B. (2006). The effects of a lifestyle physical activity counseling program with feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation in patients with COPD: a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 61, 48-55.
- Bravata, D. M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V. et al. (2007). Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health: A Systematic Review. *Journal of American Medical Association*, 298, 2296-2304.
- Brickell, T. A., Chatzisarantis, N. L. D. & Pretty, G. M. (2006). Using past behavior and spontaneous implementation intentions to enhance the utility of the theory of planned behavior in predicting exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11, 249-262.
- Brooks, D. Krip, B., Mangovski-Alzamora, S. & Goldstein, R.S. (2002). The effect of postrehabilitation programmes among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 20, 20-29.
- Budden, J. S. & Sagarin, B. J. (2007). Implementation Intentions, Occupational Stress, and the Exercise Intention–Behavior Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 391–401.
- Butcher, S. J. & Jones, R. L., (2006). The Impact of Exercise Training Intensity on Change in Physiological Function in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Sports Med*, 36, 307-325.
- Carvalho, C. (2008). *Adherence to health-related behaviors: Effectiveness of implementation intentions and posthypnotic suggestion in college students*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Nova de Lisboa / Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Coventry, P. A., & Gellatly, J. (2008). Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *British Journal of Health Psychology*, 13, 381-400.
- Doll, H. & Miravittles, M. (2005). Health-Related QoL in Acute Exacerbations of Chronic Bronchitis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A review of the Literature. *Pharmacoeconomics*, 23, 345-363.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L.E. & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and management of adherence to medical regimens. In P.M. Nicassio & T.W. Smith (Eds), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 313-349). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Ede, L., Yzermans, C. J. & Brouwer, H. J. (1999). Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 54, 688–692.

- Foy, C. G., Wickley, K. L., Adair, N., Lang, W., Miller, M. E., Rejeski, W. J., Woodard, C. M. & Berry, M. J. (2006). The Reconditioning Exercise and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Trial II (REACT II): Rationale and study design for a clinical trial of physical activity among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Contemporary Clinical Trials*, 27, 135–146.
- Gallo, I. S. & Gollwitzer, P. M. (2007a). Implementation Intentions: A look back at fifteen years of progress. *Psicothema*, 19 (1), 37- 42.
- Gallo, I. S. & Gollwitzer, P. M. (2007b). Implementation Intentions: Control of fear despite cognitive load. *Psicothema*, 17 (2), 280-285.
- Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P. & Antó, J. M. (2006). Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*, 61, 772-778.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M. & Brandstätter, V. (1997). Implementation Intentions and Effective Goal Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73 (1), 186-199.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.
- Gollwitzer, P. M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in Action: The Importance of Implementation Intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 124-136.
- Haynes, R. B., McKibbon A. & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, 148, 383-386.
- Jackson, C., Lawton, R., Knapp, P., Raynor, D. K., Conner, M., Lowe, C., & Closs, S. J. (2005). Beyond intentions: do specific plans increase health behaviours in patients in primary care? A study of fruit and vegetable consumption. *Social Sciences & Medicine*, 60, 2383-2391.
- Jones, L. W., Sinclair, R. C., Rhodes, R. E., & Courneya, K. S. (2004). Promoting exercise behavior: An integration of persuasion theories and the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology*, 9, 505-521.
- Kellar, I., & Abraham, C. (2005). Randomized controlled trial of a brief research-based intervention promoting fruit and vegetable consumption, *British Journal of Health Psychology*, 10, 543-558.

- Latimer, A. E., Ginis, K. A. M. & Arbour, K. P. (2006). The Efficacy of an Implementation Intention Intervention for Promoting Physical Activity Among Individuals With Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. *Rehabilitation Psychology*, 51, 273-280.
- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManis (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.281-284). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Luszczynska, A. (2006). An implementation intentions intervention, the use of a planning strategy, and physical activity after myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 62, 900–908.
- Make, B. & Casaburi, R. (2007). Is Exercise Important in Chronic Obstructive Pulmonary Disease? *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 185-189.
- Marcus, B. H., Forsyth, L. H., Stone, E. J., Dubbert, P. M., McKenzie, T. L., Dunn, A. L., & Blair, S. N. (2000). Physical Activity Behavior Change: Issues in Adoption and Maintenance. *Health Psychology*, 19, 32-41.
- McDonald, H. P., Garg, A. X. & Haynes, R. B. (2002). Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions Scientific Review. *Journal of American Medical Association*, 288, 2868-2879.
- Mikkelsen, R. M., Middelboe, T., Pisinger, C. & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord Journal of Psychiatry*, 58, 65-70.
- Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163-184.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I: Prioridades. J.P. Miguel (Ed.), Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO. (2001). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 7, 398-400.
- Pepin, V., Saey, D., Laviolette, L. & Maltais, F. (2007). Exercise Capacity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Mechanisms of Limitation. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 195-204.

- Prestwich, A., Conner, M., Lawton, R., Bailey, W., Litman, J. & Molyneaux, V. (2005). Individual and collaborative implementation intentions and the promotion of breast self-examination. *Psychology and Health*, 20, 743-760.
- Prestwich, A., Lawton, R., & Conner, M. (2003). The use of implementation intentions and the decision balance sheet in promoting exercise behavior. *Psychology and Health*, 18, 707-721.
- Rise, J., Thompson, M., & Verplanken, B. (2003). Measuring implementation intentions in the context of the theory of planned behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 87-95.
- Rodrigues, F. (2004). Estudo dos factores limitativos do exercício físico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 10, 9-61.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T.L. & Gollwitzer, P.M. (2005). Implementation intentions and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. Buckingham UK: Open University Press.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behavior: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349-369.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Using Implementation Intentions to Increase Attendance for Cervical Cancer Screening. *Health Psychology*, 3, 283-289.
- Sin, D. D., McAlister, F. A., Paul Man, S.F. & Anthonisen, N. R. (2003). Contemporary Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Scientific Review. *Journal of American Medical Association*, 290, 2301-2312.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2008). Consultado em 15 de Dezembro de 2008 através de <http://www.sppneumologia.pt/textos/?imc=51n78n>.
- Stadler, G., Oettinger, G. & Gollwitzer, P. M. (2009). Physical Activity in Women. Effects of a Self-Regulation Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (1), 29-34.
- Steadman, L., & Quine, L. (2004). Encouraging young males to perform testicular self-examination: A simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology*, 9, 479-487.
- Straub, R. O. (2007). *Health Psychology. A biopsychological approach* (2ª ed). New York: Worth Publishers.
- Sullivan, H. W. & Rothman, A. J. (2008). When Planning is needed: Implementation Intentions and Attainment of Approach Versus Avoidance Health Goals. *Health Psychology*, 27, 438-444.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

- Verplanken, B. & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591-604.
- World Health Organization (2009a). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Consultado em 17 de Fevereiro de 2009 através de <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
- World Health Organization (2009b). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Consultado em 17 de Fevereiro de 2009 através de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/.
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2000). Depression and anxiety in elderly outpatients with COPD: prevalence and validation of the basdec screening questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1090-1096.
- Ziegelmann, J. P., Luszczynska, A., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2007). Are Goal Intentions or Implementation Intentions Better Predictors of Health Behavior? A Longitudinal Study in Orthopedic Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 52, 97-102.

5. Anexos

Anexo A

Recomendações para a utilização do pedómetro (Alves, 2009)

1. O pedómetro deverá ser colocado na cintura, de preferência na região lateral por cima da crista ilíaca (i.e. bacia).
2. Poderá utilizar-se fixo ao cinto, ao cóis das calças ou por dentro das mesmas. A utilização do pedómetro no bolso não é recomendável, uma vez que pode não ser totalmente fiável.
3. As definições pessoais do comprimento do passo e do peso são necessárias para obter valores exactos de distância.
4. Para calibrar o pedómetro, dar 100 passos e depois verificar o número de passos registados. Se o valor for superior a 105, ajustar o regulador de sensibilidade (“ADJ”) para o lado direito (-). Dividir a distância por 10 para encontrar o comprimento do seu passo. Se o valor for inferior a 95, ajustar o regulador de sensibilidade para o lado esquerdo (+). Repetir o procedimento para verificar se o ajustamento está correcto .
5. O pedómetro deve ser utilizado durante o período das caminhadas. Não utilizar durante outro tipo de actividade física, no período de sono e em actividades em meio aquático (tomar banho, hidroginástica, natação), uma vez que o aparelho não é à prova de água.
6. Andar, preferencialmente, num local consistente e não irregular. Os movimentos bruscos para cima ou para baixo podem causar um erro na contagem.
7. Ligar o pedómetro no primeiro dia da semana imediatamente antes do início da caminhada. Após terminar a caminhada pousar o pedómetro, sem o desligar e colocá-lo, de preferência num local isolado de outros objectos ou pessoas que possam tocá-lo ou movimentá-lo.
8. Não reprogramar o pedómetro durante a semana. Os valores são anotados na sessão de avaliação. No início da caminhada da semana seguinte deverá carregar na tecla “reset” para voltar a reiniciar o cursor com a memória em zeros.

Anexo B

Carta de consentimento informado

Eu, abaixo assinado, _____
certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação que Ana Catarina Marques Barge Ramos está a desenvolver no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa e sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Carvalho. O projecto de investigação pretende promover a adesão a um comportamento de caminhada diária em sujeitos com DPOC e mais de 65 anos.

A investigação, assim como a minha participação, foram-me claramente definidas e inteiramente explicadas por Ana Catarina Marques Barge Ramos. Tive oportunidade de formular as questões que considerei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Tomei conhecimento dos objectivos, métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto, bem como a possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa. Sei, também, que toda a informação recolhida durante toda a investigação é confidencial, não sendo o meu nome nunca revelado.

Se necessitar de alguma informação adicional, por favor, contacte-nos para os seguintes e-mails: acatarina_amos@hotmail.com ou claudia.carvalho@ispa.pt.

A sua assinatura neste documento tem por objectivo indicar que o leu, compreendeu e concordou com toda a informação implícita neste.

Assinatura do Participante

Data_____

Assinatura do investigador

Data_____

Muito Obrigada.

Anexo C

Cronograma

Actividade	Período experimental semanas									Follow-up meses					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6
<i>1ª fase</i> – avaliação médica; questionários; entrega pedómetros															
<i>2ª fase</i> – sessões de avaliação (entrevista com auto-relato e visionamento valores pedómetro)															
<i>3ª fase</i> – avaliação médica; questionários; devolução pedómetros; entrega diário de registo															
<i>Follow-up</i> – sessões de avaliação (entrevista com auto-relato e visionamento diário de registo)															

Anexo D

Índice de dispneia basal de Mahler (Rodrigues, 2004)

Este questionário ajuda-nos a compreender melhor a sua dificuldade respiratória e o modo como ela afecta a sua vida.

Por favor responda cuidadosamente às perguntas.

Em cada um dos itens I, Ia, II, II, identifique o grau a que pertence (assinale apenas um grau em cada item).

I- Avaliação da incapacidade funcional no trabalho

(Se actualmente se encontra reformado (a), não por motivos de saúde, por favor passe para o item seguinte)

Grau 4 ☐

Consegue efectuar as actividades habituais no seu emprego sem sentir a falta de ar.

Grau 3 ☐

A falta de ar obrigou-o a alterar algumas actividades no emprego, sem abandonar completamente as responsabilidades profissionais.

Grau 2 ☐

Foi obrigado (a) a reduzir o horário de trabalho, a modificar ou reduzir as actividades ou até mesmo a mudar de emprego devido à falta de ar que desenvolvia.

Grau 1 ☐

Já não trabalha porque se reformou antecipadamente ou foi obrigado(a) a deixar o emprego devido às dificuldades respiratórias (falta de ar, cansaço a respirar).

Ia – Avaliação da incapacidade funcional em casa

Grau 4 ☐

Não diminuiu nem o número nem a velocidade de realização das actividades em casa. Não desenvolve falta de ar nessas actividades.

Grau 3 ☐

Desenvolve alguma falta de ar, de modo a que pelo menos uma actividade é efectuada mais lentamente ou com menor frequência devido à dificuldade em respirar. Por exemplo, aspirar a casa, jardinagem, etc.

Grau 2 ☐

Abandonou completamente uma série de actividades devido à falta de ar. A maioria de todas as outras actividades é efectuada muito mais lentamente. Por exemplo, lava o automóvel mas menos vezes e mais lentamente ou passa a ferro a roupa menos vezes e mais lentamente.

Grau 1 ☐

A falta de ar levou-o(a) a abandonar a maioria ou todas as actividades. Por exemplo, não sai à rua sem ajuda ou depende de outra pessoa para ir às compras ou a outro local.

II – Avaliação da incapacidade no grau da tarefa

Grau 4 ☐

Só desenvolve falta de ar em tarefas muito intensas, como por exemplo: carregar com objectos pesados em terreno plano; carregar com objectos leves em terreno inclinado ou a subir escadas; quando corre.

Grau 3 ☐

Desenvolve dificuldade a respirar: na subida de terrenos planos muito inclinados; na subida de dois ou mais lances de escadas; ao carregar objectos pesados em terreno plano.

Grau 2 ☐

Fica com falta de ar: na subida de um lance de escadas; na subida de um terreno pouco inclinado; ao caminhar a passo apressado em terreno plano; ao carregar um peso ligeiro em terreno plano.

Grau 1 ☐

Desenvolve falta de ar com actividades ligeiras como: andar em terreno plano com pessoas da mesma idade; ir à casa de banho dentro da própria casa; actividades de higiene diária como tomar banho ou vestir-se.

Grau 0 ☐

Tem falta de ar mesmo sem realizar tarefas: deitado, sentado ou em pé.

III – Avaliação da incapacidade no esforço

Executa tarefas que envolvem um maior dispêndio de energia durante pelo menos 5 minutos da seguinte maneira:

Grau 4 ☐

Rapidamente e sem pausas.

Grau 3 ☐

Lentamente mas sem pausas.

Grau 2 ☐

Lentamente e com pausas para descansar e retomar a actividade ou até mesmo desistir.

Grau 1 ☐

Muito lentamente, com muitas paragens e por vezes abandona a tarefa.

Grau 0 ☐

Tem falta de ar em repouso, sentado ou deitado.

Anexo E

Questionário de Identificação

1. Identificação

1.1. Nome: _____

1.2. Etnia: _____

1.3. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.3.1. Idade: _____

1.4. Profissão: _____

1.5. Situação Profissional: _____

1.6. Localidade: _____ Contacto: _____

2. História Actual

2.1. Diagnóstico: _____

2.2. Internamentos anteriores: _____

2.3. Data e Local último internamento: _____

2.4. Situação actual: _____

3. Hábitos de Actividade e Exercício físico

3.1. Faz alguma actividade física actualmente? Sim _____ Não _____

3.1.1. Se sim, qual? _____

3.1.2. Quantas vezes por semana?

1 2 3 4 5 6 7

3.1.3. Quanto tempo dura cada sessão de actividade que mencionou no item anterior?

- a) Menos do que 10 minutos;
- b) 10 a 20 minutos;
- c) 20 a 30 minutos;
- d) 30 a 60 minutos;
- e) Mais de 60 minutos.

3.2. Indique a actividade física que realizou, por norma, num período de 15 dias durante o último ano

3.3. Actualmente, faz algum exercício físico intenso que dure pelo menos 30 minutos?

Sim _____ Não _____

3.3.1. Se sim, qual? _____

3.3.2. Quantas vezes por semana?

1 2 3 4 5 6 7

3.3.2. Quanto tempo dura cada sessão de exercício físico intenso que mencionou no item anterior?

- a) Menos do que 10 minutos;
- b) 10 a 20 minutos;
- c) 20 a 30 minutos;
- d) 30 a 60 minutos;
- e) Mais de 60 minutos.

3.4. Em anos anteriores já realizou algum tipo de exercício físico intenso, que já não pratique actualmente? Sim _____ Não _____

3.4.1. Se sim, qual? _____

Se só realiza um tipo de actividade física por semana, o questionário para si, termina aqui. No entanto, se realiza mais do que uma actividade ou exercício físico intenso, por favor, continue a responder o questionário mencionando as respectivas actividades.

Actividade Física 2

3.5. Qual a actividade? _____

3.5.1. Quantas vezes por semana?

1 2 3 4 5 6 7

3.5.2. Quanto tempo dura cada sessão de actividade que mencionou no item anterior?

- a) Menos do que 10 minutos;
- b) 10 a 20 minutos;
- c) 20 a 30 minutos;
- d) 30 a 60 minutos;
- e) Mais de 60 minutos.

Exercício Físico Intenso 2

3.6. Qual o exercício físico intenso que dura pelo menos 30 minutos?

3.6.1. Quantas vezes por semana?

1 2 3 4 5 6 7

3.6.2. Quanto tempo dura cada sessão de exercício físico intenso que mencionou no item anterior?

- a) Menos do que 10 minutos;
- b) 10 a 20 minutos;
- c) 20 a 30 minutos;
- d) 30 a 60 minutos;
- e) Mais de 60 minutos.

Actividade Física 3

3.7. Qual a actividade? _____

3.7.1. Quantas vezes por semana?

1 2 3 4 5 6 7

3.7.2. Quanto tempo dura cada sessão de actividade que mencionou no item anterior?

- a) Menos do que 10 minutos;
- b) 10 a 20 minutos;
- c) 20 a 30 minutos;
- d) 30 a 60 minutos;
- e) Mais de 60 minutos.

(Ajzen, 2006)

I- Esta escala é composta por 7 itens (do mais negativo para o mais positivo). Assinale com uma cruz (X) apenas no espaço que melhor define a sua opinião.

$$\begin{array}{ccccccc} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 \\ & ; & ; & ; & ; & ; & \end{array}$$

prejudicial : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : benéfico
 desagradável : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : agradável
 mau : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : bom
 inútil : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : útil
 desprazível : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : aprazível

2. A maioria das pessoas que são importantes para mim consideram que iniciar a caminhada diária durante 9 semanas é:

mau para mim/: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: bom para mim/ devo
 não devo fazer fazer

3. É esperado de mim, que eu nas próximas 9 semanas realize a caminhada diária de 30 minutos.

extremamente improvável:____:____:____:____:____:____:____: extremamente provável

4. As pessoas da minha vida, cujas opiniões são significativas para mim, em relação ao meu envolvimento na caminhada diária de 30 minutos nas próximas 9 semanas:

não aprovam:____:____:____:____:____:____:____: aprovam

5. A maioria das pessoas que são importantes para mim, caminham pelo menos 30 minutos diários.

completamente verdadeiro: _____: completamente falso

6. As pessoas da minha vida que eu valorizo, caminham pelo menos 30 minutos diários.

não: _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : sim

7. A maioria das pessoas como eu caminha pelo menos 30 minutos diários.

extremamente improvável:____:____:____:____:____:____:____:____: extremamente provável

8. Para mim, caminhar 30 minutos todos os dias nas próximas 9 semanas é:

impossível:____:____:____:____:____:____:____:____: possível

9. Se eu quiser eu caminho 30 minutos por dia nas próximas 9 semanas.

definitivamente falso :____:____:____:____:____:____:____:____: definitivamente verdadeiro

10. Qual o nível de controlo que acha que tem, em relação ao comportamento de caminhar 30 minutos por dia, nas próximas 9 semanas?

nenhum controlo :____:____:____:____:____:____:____:____: total controlo

11. É importante para mim o facto de conseguir caminhar 30 minutos diários durante as próximas 9 semanas.

completamente em desacordo:____:____:____:____:____:____:____:____: completamente em acordo

12. Vou realizar a caminhada diária de 30 minutos nas próximas 9 semanas.

extremamente improvável :____:____:____:____:____:____:____:____: extremamente provável

13.Vou tentar caminhar diariamente por 30 minutos, nas próximas 9 semanas.

definitivamente verdadeiro :____:____:____:____:____:____:____:____: definitivamente falso

14. Planeio caminhar por 30 minutos todos os dias nas próximas 9 semanas.

concordo totalmente :____:____:____:____:____:____:____:____: discordo totalmente

Anexo G

Em baixo, seguem-se as instruções para a realização da fase experimental desta investigação.

Solicitamos-lhe a realização de uma caminhada diária de 30 min, durante 7 dias por semana.

A execução desta actividade pode variar de acordo com os gostos individuais e os hábitos diários, ficando ao critério individual a forma como planeia esta actividade.

Anexo H

Em baixo, seguem-se as instruções para a realização da fase experimental desta investigação.

Solicitamos-lhe a realização de uma caminhada diária de 30 min, durante 7 dias por semana.

Por favor preste particular atenção às situações em que irá implementar os planos de caminhada diária. De seguida, solicitamos que elabore um plano detalhado especificando “quando, onde e como” pretende executar a actividade da caminhada.

a) Quando pretendo realizar a caminhada? (Dias e horas da semana)

b) Onde e como pretendo realizar a caminhada? (local e trajecto)
