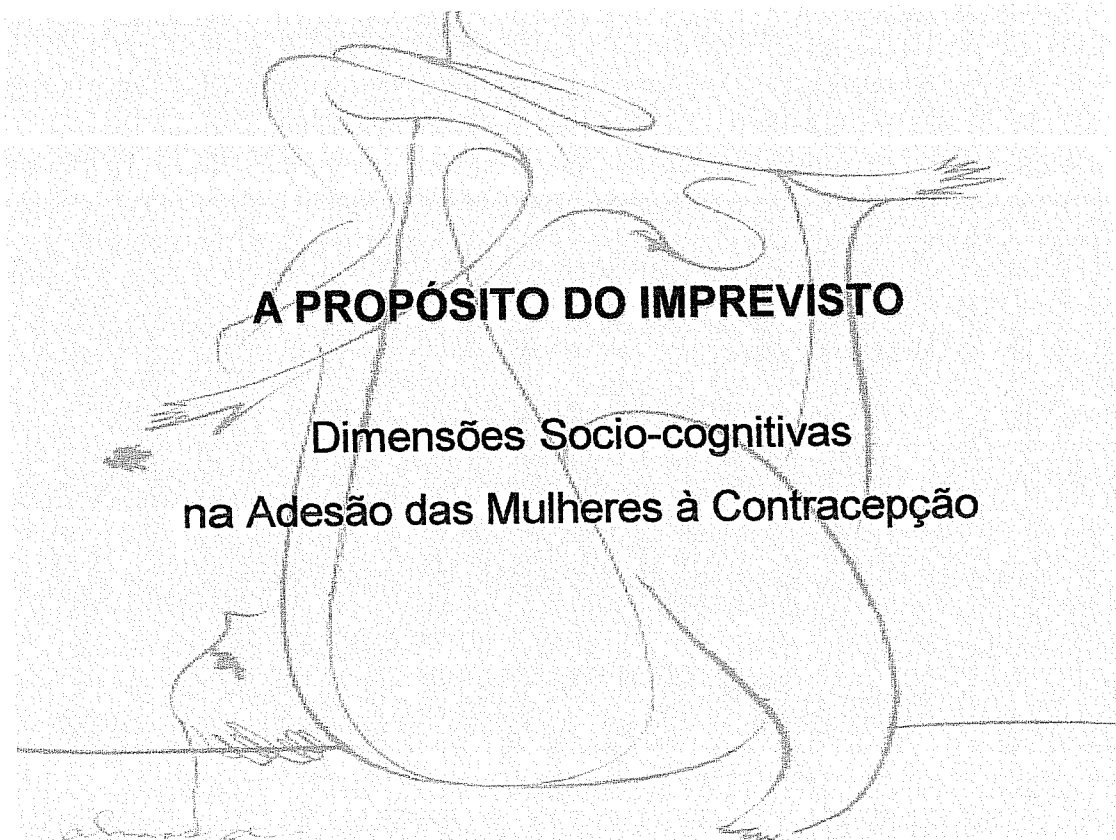


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

DM
COST/E.

TESE DE MESTRADO




A PROPÓSITO DO IMPREVISTO
Dimensões Socio-cognitivas
na Adesão das Mulheres à Contraceção

Emília Isabel Martins Teixeira da Costa – 1323

ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a Isabel Leal
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

LISBOA

2001

	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo:	14504
Data:	17/11/2003
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt	



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. ^a Dr. ^a Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, em conformidade com o disposto na portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea b) do nº 2 do art. 5º do DL nº 216/92 de 13 de Outubro.



À minha mãe por todo o suporte financeiro e emocional.

À Professora Doutora Isabel Leal, pela sua orientação, motivação e confiança.

A todas as colegas que se prontificaram a colaborar em todo o processo de recolha de dados.

A todas as mães que prescindiram de algum tempo com os seus filhos, acedendo a participar nesta investigação.

A todos aqueles que pela sua colaboração ou tolerância contribuíram para a execução deste trabalho



INDICE

	pag.
RESUMO	VI
ABSTRACT	VIII
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
INTRODUÇÃO	14
ADESÃO EM SAÚDE	18
DIMENSÕES SOCIO-COGNITIVAS	22
Auto-eficácia Geral	23
Locus de Controlo	26
Locus de Controlo para a Saúde	32
Suporte Social	33
Suporte Social Formal	37
Atitudes	41
Atitude face à Sexualidade	44
CONTRACEPÇÃO & CONCEPÇÃO	46
Planear o Nascimento	51
Métodos Contraceptivos	54
Gravidez	59
OBJECTIVO DO ESTUDO	63



MÉTODO

	pag.
PARTICIPANTES	66
MATERIAL	68
Nível de Informação de Carácter Contraceptivo	69
Valorização da Gravidez	70
Satisfação com o Suporte Social	71
Auto-eficácia Geral Percepcionada	74
Locus de Controlo para a Saúde	77
Atitude Face à Sexualidade	80
PLANIFICAÇÃO	83
PROCEDIMENTO	84

RESULTADOS

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	87
Relações entre Variáveis	88

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	
ANEXO A - Protocolo de recolha de dados – pré-teste	109
ANEXO B - Protocolo de recolha de dados	110
ANEXO C – Codificação do protocolo de recolha de dados	111



LISTA DE TABELAS

	pag.
TABELA 1. Identificação das associações existentes entre o planeamento da gravidez e outras variáveis	90
TABELA 2. Identificação das correlações significativas existentes entre variáveis	92



RESUMO

Esta investigação teve como objectivo, explicitar a relação existente, entre dimensões socio-cognitivas e adesão das mulheres à contracepção, num grupo de puerperas de um hospital distrital. A adesão é o conceito central do estudo, tendo-se recorrido à sua mensuração de uma forma considerada indirecta, pelo planeamento da gravidez.

Após consentimento informado, todos os participantes preencheram um protocolo de investigação. Recorreu-se ao uso de vários instrumentos de auto-preenchimento, através dos quais se pretendeu avaliar não só a adesão à contracepção, mas também, as dimensões socio-cognitivas, nomeadamente o nível de informação de carácter contraceptivo, a valorização da gravidez, a satisfação com o suporte social, a auto-eficácia geral percebida, o locus de controlo para a saúde e a atitude face à sexualidade.

Participaram neste estudo 171 mulheres, com uma média de idades de 27.67 anos ($s= 4.60$). 66.7% das mulheres referem ter abandonado o método contraceptivo em uso antes da gravidez actual pelo desejo de engravidar, 26.9 % utilizavam inadequadamente o contraceptivo e 6.4% não usavam qualquer tipo de contracepção. 71.3% das mulheres considera a gravidez actual planeada, 28.7% considera a gravidez actual imprevista.

Da análise dos dados destaca-se a associação encontrada entre o planeamento da gravidez e o nível de informação de carácter contraceptivo. Salientam-se ainda as correlações: nível de informação de carácter contraceptivo e auto-eficácia geral percebida, atitude face à sexualidade e valorização da gravidez, auto-eficácia geral percebida e valorização da gravidez actual, valorização da gravidez e satisfação com o suporte social, nível de informação de carácter contraceptivo e locus de controlo.



Constata-se a associação existente entre adesão das mulheres à contracepção e o nível de informação de carácter contraceptivo, verificando-se também que variáveis como a auto-eficácia geral e o locus de controlo para a saúde se correlacionam por sua vez com o nível de informação de carácter contraceptivo. Os resultados desta investigação permitem uma reflexão sobre a actuação dos serviços de saúde, concluindo que, os critérios de eficácia das estratégias de educação para a saúde não passam exclusivamente pela massificação, mas também, pela adequação da informação que se pretende transmitir. Os indivíduos são os sujeitos dos cuidados de saúde, pelo que, todo o seu contexto socio-cognitivo deve ser tido em conta no momento de definir estratégias de intervenção.

Comprova-se também que os fenómenos e nomeadamente a adesão à contracepção, não podem ser entendidos com base em relações de causa – efeito, verifica-se sim que, diferentes dimensões se conjugam, condicionando respostas particulares a situações comuns.



ABSTRACT

The aim of this research was to clear up the relation between the social cognition dimensions and the adherence of women to contraception, in a group of puerperas from a district hospital. The adherence is the main concept of this study, we choosed to measure it in an indirect way, by pregnancy planning.

After their informed consent, all the participants filled up a research protocol. We went into the use of many instruments of filling up, through the which, we pretended to measure not only the adherence to contraception, but also, the social cognition dimensions, namely the contraceptive information level, the pregnancy valorisation, the perceived social support, the perceived self-efficacy, health locus of control and the sexual opinion.

Participated in this study 171 women, with an average age of 27.67 years old ($s = 4.60$). 66.7% of the women refered to quit the contraceptive method in use for the wish of getting pregnant. 26.9% used inadequately the contraceptive method and 6.4% did not use any method of contraception. 71.3% of women considered it as a planned pregnancy and 28.7% considered as an unplanned one.

From the analysis of data, we emphasize in the found association between the planning of pregnancy and the contraceptive information level. We also stand out the correlations: contraceptive information level and perceived self-efficacy, sexual opinion and pregnancy valorisation, perceived self-efficacy and pregnancy valorisation, pregnancy valorisation and perceived social support, contraceptive information level and health locus of control.

We report the association between the adherence of women to contraception and the contraceptive information level, we also noticed that dimensions as perceived self-efficacy and health locus of control are correlated at the same time with the level of contraceptive information. The results obtained permit a reflection



about the role of the health services, concluding that, the efficacy criteria of the health educational strategies not only goes in the mass communication but also in the adequation of the information we pretend to transmit. The individuals are the subjects of the health care, that is why, its entire social cognitive context should be taken into account in the moment of defining the interventional strategies.

We too corroborate that the phenomenon and specifically the contraception adherence can not be understand based on a cause-effect relation, but we verified that different dimensions are conjugated, conditioning specific answers to common situations.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTRODUÇÃO

Diminuir a incidência de gravidez imprevista, tem sido uma preocupação dominante nas estratégias de intervenção, traçadas pelas entidades ligadas à promoção da saúde, nomeadamente na área da saúde reprodutiva. A associação entre esta temática e a interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma característica importante. Muito embora os dados disponíveis requeiram uma análise reservada, dado o presente enquadramento legal da IVG, os números são significativos: em cada 1000 gravidezes ocorridas em mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, cerca de 100 terminaram em IVG; 10 % a 40 % das gravidezes ocorridas em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos terminam em IVG; em cada 100 gravidezes de mulheres com idade superior a 45 anos 70 terminam em IVG (Portugal – Instituto Nacional de Estatística, 1997).

Quando, face à gravidez imprevista, a opção é a manutenção da mesma, outras questões se colocam, nomeadamente, a adesão à vigilância de saúde no decurso da gravidez, verificando-se uma associação entre a baixa adesão às consultas pré-natais e a gravidez imprevista (Mbizvo et al., 1997). No documento “Saúde em Números” Calado et al. (1997), face à temática da vigilância da gravidez, aponta Portugal como um dos países europeus com maior número de grávidas sem vigilância de saúde. A gravidez não desejada é apontada como uma

das causas que concorrem para a vigilância pré-natal inadequada. Surge ainda como relevante, a influência que a vivência de uma gravidez com estas características exerce na saúde mental da mulher e na relação afectiva mãe-filho (Barber et al., 1999).

A prevenção da gravidez imprevista constitui pois, uma importante linha de intervenção no âmbito da promoção da saúde. Ribeiro (1998: 68) referenciando-se a diversos autores, considera que: *"a promoção da saúde é um conceito multidisciplinar, (...) inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de comportamento, conducente à adopção de um estilo de vida saudável"*

Para Banyard (1996), o conjunto de estratégias que os técnicos de saúde encontram, no sentido de encorajar as pessoas a mudar os seus comportamentos, por forma a incrementar a sua saúde e a evitar a doença, é um dos aspectos fundamentais da promoção da saúde. Não é no entanto suficiente, apelar ao bom senso nas tentativas de mudar comportamentos, é imperativo compreender os indivíduos, relativamente ao porquê das suas escolhas e conhecer as formas de suporte, para a manutenção dos comportamentos ditos saudáveis.

Cada vez mais, se reconhece a capacidade que os indivíduos possuem, de fornecer contributos importantes para a sua própria saúde, pela adopção de comportamentos saudáveis, evitando os comportamentos comprometedores do seu bem estar. A identificação dos factores que estão na base dos comportamentos ditos imunogénicos (Matarazzo, 1984) tem sido foco de grande parte da investigação em Psicologia, assim como, em outras áreas relacionadas com a saúde, na opinião de Conner & Norman (1996), a extensa investigação referida foi motivada essencialmente pelo:

- Desejo de delinear intervenções que permitam mudar a prevalência dos comportamentos inadequados e dessa forma promover a saúde individual e colectiva.
- Desejo de adquirir uma maior compreensão das razões pelas quais os indivíduos adoptam uma tão grande variedade de comportamentos.

A presente pesquisa pretende servir ambos os objectivos, na medida em que, se pretende compreender as razões pelas quais as mulheres aderem de formas distintas aos recursos contraceptivos existentes e a partir daí poder delinear intervenções que permitam diminuir a incidência da gravidez imprevista.

Conner & Norman (1996) partilhando a perspectiva de outros autores, defendem a existência de uma variedade de factores, no universo das diferenças individuais, que condicionam a predisposição para aderir ou desenvolver comportamentos de saúde, nos quais se incluem, factores demográficos, sociais, emocionais, percepção de sintomas, factores relacionados com o acesso aos serviços de saúde, factores da personalidade e factores cognitivos. Pela revisão da literatura, verificou-se que os factores cognitivos têm sido amplamente estudados. Os modelos que referem, os factores cognitivos, como bons preditores da variação dos comportamentos sociais, são habitualmente denominados como Modelos de Cognição Social, são largamente reconhecidos, como tendo fornecido um importante contributo para a compreensão dos indivíduos, que desenvolvem os comportamentos de saúde. Na perspectiva de Ogden (1999: 45) "*os Modelos de Cognição Social analisam os factores que predizem os comportamentos e/ou as intenções comportamentais e além disso, analisam a razão pela qual os indivíduos falham na manutenção de um comportamento que se comprometem ter.*".

Como componente fundamental dos modelos de cognição social, surgem as cognições sociais. Tem sido dada especial importância às dimensões socio-

cognitivas no contexto dos comportamentos de saúde. Conner & Norman (1996) justificam:

- As dimensões socio-cognitivas assumem-se, como sendo importantes causas dos comportamentos que mediam os efeitos de muitos outros determinantes (e.g. classe social).
- As dimensões socio-cognitivas assumem-se como mais facilmente alteráveis do que outros factores (e.g. personalidade).

Os autores acima citados enumeram, neste contexto, diferentes variáveis socio-cognitivas:

- Atitudes
- Informação
- Potencial eficácia dos comportamentos
- Características da rede social
- Controlo sobre o desempenho do comportamento

Os factores referidos, que são identificáveis na presente investigação, são apontados como centrais, num número significativo de modelos, que abordam as condicionantes dos comportamentos no âmbito da saúde. Estes factores suportam características individuais que modelam os comportamentos e que são adquiridas pelo processo de socialização. Permitem diferenciar indivíduos com o mesmo “*background*”, em termos da sua predisposição para desenvolver determinados comportamentos de saúde. Como atrás referido, são ainda variáveis predisponíveis à mudança, sobre os quais se pode intervir. Daí, decorre o seu lugar central na presente investigação, através da qual se pretende **esclarecer a relação entre dimensões socio-cognitivas e a adesão das mulheres à contracepção.**

ADESÃO EM SAÚDE

Na contextualização dos condicionamentos aos comportamentos de saúde é inevitável a abordagem ao conceito de adesão. Em inglês, surgem dois termos paralelos, muito embora de conteúdos distintos.

Turk & Meichenbaum (1991) sublinham nesta distinção a componente passiva “*versus*” activa do sujeito, dos cuidados de saúde. O termo “*compliance*” é entendido como a medida em que, o paciente é obediente e segue estritamente as instruções e prescrições dos técnicos de saúde, conotando com este termo um papel passivo para o paciente. “*Noncompliance*”, implica ainda neste sentido, uma atitude negativa relativamente ao paciente, sendo este frequentemente entendido como o responsável por não aderir ao prescrito. Contrapondo, o termo “*adherence*” é defendido como sendo mais activo, implicando um envolvimento voluntário, mais colaborante em aceitar um determinado comportamento com o qual, pretende atingir um resultado desejado, preventivo ou terapêutico. Os mesmos autores sublinham ainda que “*adherence*” implica escolha e reciprocidade no planeamento e implementação do tratamento.

No Dicionário da Língua Portuguesa (Torrinha, 1999) o termo adesão é concordante com o conceito atrás referido como “*adherence*”, tendo na base da sua definição conceitos essenciais, como sejam, união e consentimento,

pressupondo neste sentido a figura participativa e responsável do indivíduo em qualquer programa de saúde.

A temática da adesão em saúde tem sido amplamente estudada, particularmente a partir dos anos 70, Trostle (1988) aponta aproximadamente 3200 artigos publicados em língua inglesa entre 1979 e 1985 abordando este tema. Numerosos autores (Dunbar-Jacob et al., 1996; Ogden, 1999; Turk & Meichenbaum, 1991) concordam em reconhecer o importante impacto que o problema da baixa adesão às prescrições de saúde tem tido, quer ao nível dos sistemas de saúde em si, quer particularmente ao nível de todos os profissionais na área da saúde. Os números são relevantes, segundo Dunbar-Jacob et al. (1996) presentemente calcula-se que, 80% dos pacientes não aderem ao seu tratamento na medida suficiente, por forma a obter benefícios terapêuticos.

Os estudos efectuados versam essencialmente as doenças de evolução crónica. Tem sido dada particular atenção aos hipertensos, diabéticos, indivíduos com artrite reumatoide, asmáticos, epiléticos, aos indivíduos com doença mental e às crianças com doença crónica. A presente pesquisa ao abordar a temática da **Adesão à Contracepção** apresenta características comuns ao tratamento de doenças crónicas, como posteriormente será esclarecido.

Uma análise sobre a problemática da adesão, exige numa primeira fase a compreensão do tipo de solicitação que é efectuado. Banyard (1996) considera quatro tipos distintos de solicitação:

- Solicitações de adesão por um curto período, com um tratamento simples, como seja, o uso de um antibiótico durante 7 dias, três vezes ao dia;
- Solicitações para o incremento de comportamentos positivos ao estilo de vida, como seja, a indicação de aumentar a ingestão de legumes e o exercício físico;
- Solicitações para abandonar determinados comportamentos prejudiciais, como seja, o deixar de fumar;



- Solicitações de adesão a regimes terapêuticos por longos períodos, como seja, o caso dos diabéticos e hipertensos.

Face à diferenciação efectuada, identificamos o uso de métodos contraceptivos como uma solicitação de adesão a um regime por um longo período, implicando um determinado comportamento periódico e sistemático. Na presente investigação, a adesão é avaliada de uma forma considerada indirecta. Assume-se o pressuposto, que a tecnologia contraceptiva actual permite, com um nível aceitável de segurança, o planeamento da gravidez, pelo que o acontecimento de uma gravidez imprevista é entendido como resultante de uma atitude pouco assertiva relativamente à contracepção.

Turk & Meichenbaum (1991) fazem uma importante ressalva, os indivíduos não devem ser entendidos ou classificados como aderentes ou não, pois cada indivíduo pode apresentar níveis de adesão diferentes em diferentes aspectos do tratamento ou manifestar adesão variável em diferentes momentos da sua vida. Neste sentido, conclui-se que em cada indivíduo estão presentes factores que condicionam os níveis de adesão em diferentes momentos ou circunstâncias. Estes factores podem ser agrupados segundo Dunbar- Jacob et al. (1996) em:

- Características do regime terapêutico:

- Quanto maior for a frequência em que o regime tem de ser repetido maior a probabilidade de episódios de não adesão;
- A adesão tende a diminuir ao longo do tempo.

- Característica do prestador de cuidados:

- Estes autores defendem que as habilidades relacionais dos prestadores de cuidados e as suas atitudes perante os pacientes são factores chave na adesão aos regimes terapêuticos, segundo estes, os prestadores que são mais afáveis e dedicados provavelmente terão utentes com maiores níveis de adesão.



- Características do paciente ou utente:

- Factores demográficos, socio-económicos, género, estado civil e idade ainda não foram consistentemente relacionados com a adesão;
- A relação entre características da personalidade e adesão não foi ainda claramente definida;
- Foi encontrada relação entre alguns elementos cognitivos e a adesão;
- Entre as características relevantes identificadas, encontram-se as expectativas de auto-eficácia e o suporte social.

Os técnicos de saúde ao terem acesso a este tipo de informação, poderão mais eficientemente traçar estratégias no âmbito da promoção da saúde, por forma, a incrementarem a adesão aos regimes terapêuticos dado que, em grande parte as características citadas, são manipuláveis. Relativamente ao prestador de cuidados, este deverá ter presente a importância da sua atitude face ao utente, não só no que diz respeito à informação técnico/científica fornecida mas também, nas habilidades relacionais que desenvolve com vista à implementação de um clima de confiança recíproco. No que diz respeito às características do utente são assumidas como potencialmente modificáveis pela habilidade e competência dos profissionais, que com eles interagem.



DIMENSÕES SOCIO-COGNITIVAS

O conceito adesão, surge como central na presente investigação. A adesão quer a regimes terapêuticos, quer a estilos de vida tem na sua base a individualidade de cada utente dos serviços de saúde. As orientações para a saúde são recebidas num contexto psicossocial específico, avaliadas de acordo com as expectativas pessoais e implementadas em vários níveis face aos padrões socio-culturais (Turk & Meichenbaum, 1991).

Pretende-se pois ressaltar, que cada indivíduo possui um universo de condições que se conjugam de uma forma, que pode considerar-se aleatória, condicionando diferentes reacções a situações comuns. Estas condições têm vindo a ser investigadas e é claramente assumido, que o conjunto de dimensões de carácter socio-cognitivo possui uma influência significativa na forma como os indivíduos percebem a sua saúde e no investimento que fazem para a sua promoção. Turk & Meichenbaum (1991: 260) acreditam mesmo que se os técnicos de saúde pretendem incrementar a adesão em saúde é necessário que tenham em consideração as expectativas dos clientes e nomeadamente: "(...) *perceptions of the goals of the treatment, (...); existing health-related knowledge, skills, and practices; (...); self-efficacy (...); family involvement*".

No conjunto das dimensões socio-cognitivas associadas teoricamente ao conceito de adesão, enfatiza-se na presente investigação, a percepção de auto-

eficácia, o locus de controlo para a saúde, a satisfação com o suporte social, o nível de informação de carácter contraceptivo e a atitude face à sexualidade, face à situação específica da adesão à contraceção, concretizável no conceito: planeamento da gravidez.

Auto-eficácia Geral

Na linha do que tem vindo a ser abordado e indo ao encontro do defendido por Ribeiro (1998) revela-se fundamental a compreensão da relação existente entre comportamento, saúde e doença não só no âmbito geral da Psicologia mas particularmente em Psicologia da Saúde. No sentido de atingir esta compreensão, ao longo dos últimos anos, foram surgindo diversas teorias e modelos que se propõem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento individual, a saúde e a doença.

Neste contexto, encontra-se entre muitas outras a já abordada Teoria da Cognição Social, desenvolvida por Albert Bandura e na qual se sugere, segundo Ogden (1999), que o comportamento é governado por expectativas, incentivos e cognições sociais. No que diz respeito às expectativas, encontramos:

- As expectativas relativas aos resultados da situação, que se traduzem na expectativa de que determinado comportamento pode ser perigoso;
- As expectativas em relação aos resultados, que representam a expectativa de um comportamento reduzir os malefícios relativamente ao estado de saúde;
- As expectativas em relação à auto-eficácia, que traduzem a expectativa do indivíduo ser capaz de manter o comportamento desejado.

Ao longo da história, é notória a ambição permanente do homem em controlar, todo o tipo de acontecimentos que exercem influências quer sobre a sua vida em geral, quer sobre o seu bem estar em particular. Neste sentido, o indivíduo ao influenciar ou modificar os aspectos da sua vida, sobre os quais tem poder para exercer algum tipo de controlo, tem a oportunidade de atingir objectivos desejados e de prevenir factos indesejados.

A crença de se poder actuar adequadamente numa situação particular, foi definida como conceito por Albert Bandura em 1977 e denominada como auto-eficácia. Este autor acredita que *“among the different aspects of self-knowledge, perhaps none is more influential in people’s everyday lives than conceptions of their personal efficacy”* (Bandura, 1986: 390).

Bandura (1997) defende, que os níveis de motivação, os estados afectivos e os comportamentos dos indivíduos estão essencialmente baseados nas suas crenças, mais do que, nos factos reais ou causas. Nesta sequência o mesmo autor afirma que, a percepção da auto-eficácia é relativa às convicções que os indivíduos possuem nas suas capacidades de organização e execução de acções, no sentido de gerir prováveis acontecimentos. Acrescenta ainda que, estas crenças influenciam o sentido da acção escolhido, o esforço despendido, o tempo de persistência face aos obstáculos e às experiências de insucesso, a sua resistência à adversidade, a forma como os seus padrões de pensamento funcionam face ao estímulo negativo ou positivo, que níveis de stress e depressão irão experimentar ao lidar com sobrecargas de exigências ambientais e os seus níveis de realização.

Segundo Ribeiro (1995) a teoria da auto-eficácia apresentada por Bandura aponta uma das variáveis mais importantes dos últimos anos, no âmbito da promoção e protecção da saúde e também na prevenção e reabilitação das doenças. O mesmo autor reportando-se ainda a Bandura defende que as pessoas tendem a evitar as situações que julgam exceder as suas capacidades e a enfrentar

aquelas que se julgam capazes de gerir. De facto quanto maior for a percepção de eficácia mais persistente o esforço: aqueles que se sentem incapazes de fazer frente às exigências da situação evitam envolver-se nela recorrendo às mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a acção e deslocam a atenção da tarefa para a centrar em si próprio.

O'Leary (1992) defende que a auto-eficácia exerce influência sobre a saúde de duas formas distintas:

- Pela prática de comportamentos que influenciam a saúde, dado que, indivíduos com percepções elevadas de auto-eficácia adoptam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde, modificando os que lhe são prejudiciais;
- Através da resposta fisiológica ao stress, pela redução do seu impacto negativo.

Bandura (1977) acrescenta ainda que, as expectativas de auto-eficácia se traduzem na convicção de executar com êxito os comportamentos necessários para atingir as consequências desejadas. Cerdeira & Palenzuela (1998) defende, que este constructo pode ser entendido como uma experiência de controlo percebido, dado que, envolve crenças sobre as capacidades que os indivíduos possuem de mobilizar os recursos cognitivos, motivacionais e comportamentais necessários, para o exercício de controlo sobre as exigências das tarefas.

Schwarzer (1992) destaca a importância da auto-eficácia, dentro do contexto da abordagem do processo de acção para a saúde, em termos de desenvolvimento da intenção de agir e implicitamente em termos da fase cognitiva em que decorre a acção, dado que e segundo defende, a auto-eficácia promove e mantém os planos e o controlo da acção, contribuindo para a manutenção da mesma. Schwarzer teoriza ainda que, relativamente a determinados comportamentos, a auto-eficácia é consistentemente o melhor predictor das intenções e da mudança de



comportamentos, facto confirmado por diversas investigações que o revelaram notório nomeadamente no uso efectivo de contraceptivos.

Neste enquadramento, Holden (1991) estudou a relação entre auto-eficácia e saúde em 56 artigos publicados entre 1981 e 1989, donde pôde concluir, verificar-se de facto que, a auto-eficácia prediz consistentemente a variável saúde. Ribeiro (1995) salienta também alguns estudos efectuados, destacando-se o estudo de O'Leary em 1992 que comprova a importância da auto-eficácia no controlo do comportamento sexual e os estudos de Kaeming & Bootzin em 1990 e Basen-Engquist & Parcel em 1992, que documentam a importância da auto-eficácia na protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Ressalta-se ainda a relação encontrada por Levinson (1996) entre as decisões de carácter contraceptivo e a confiança pessoal na capacidade de usar um método contraceptivo de forma correcta e constante, tendo este autor concluído que, a auto-eficácia funciona como contributo importante na escolha de métodos contraceptivos mais eficazes. Outros estudos referidos por Oddens (1997) e realizados por Brafford & Beck em 1991, por Basen-Engquist & Parcel em 1992 e Kasen, Vaughan & Walter em 1992 documentam a associação entre a auto-eficácia e o uso correcto do preservativo.

Locus de Controlo

O contacto com utentes situados em distintos níveis do continuo saúde-doença, permitiu a aquisição de alguma sensibilidade no que diz respeito à possível evolução dos cuidados, face às atitudes e expectativas do indivíduo. Constata-se, de facto, que cada indivíduo assume atitudes particulares quando surge o confronto

com determinado problema de saúde. Existe o indivíduo activo que sente como sua a responsabilidade da saúde ou doença, existe também aquele que tudo atribui à sorte ou ao destino ou ainda quem considera como única fonte do seu bem ou mal estar, os profissionais de saúde, as instituições, o estado. O que de facto se verifica é que esta atitude inicial condiciona a forma como o indivíduo reage aos desequilíbrios, determinando grande parte das vezes o curso da sua recuperação.

Estas diferentes percepções do controlo que os indivíduos assumem face aos acontecimentos, foi uma temática abordada por Julian Rotter no âmbito da Teoria da Aprendizagem Social, onde teve origem o constructo Locus de Controlo. Barros et al. (1993: 3) definem, usando a denominação de Rotter, o locus de controlo, como sendo as expectativas generalizadas de controlo interno “versus” externo do reforço e explicam, este *“refere-se basicamente às expectativas que as pessoas mantêm, relativamente às relações de contingência versus não contingência, entre os reforços e o comportamento”*.

O locus de controlo tem por base o que Norman & Bennett (1996) consideram o princípio essencial da Teoria da Aprendizagem Social de Rotter, que considera que a probabilidade de um determinado comportamento ocorrer, face a uma dada situação, resulta em parte, da expectativa individual que aquele comportamento irá conduzir a um determinado reforço e por outro lado, da valorização atribuída a esse reforço. Neste sentido Rotter parece pois sugerir, que o indivíduo ao enfrentar determinada situação fá-lo munido de expectativas relativas aos prováveis resultados do seu comportamento, expectativas estas alicerçadas em experiências anteriores. Assim, determinado comportamento será mais frequente na medida em que, as experiências passadas e presentes sugiram um resultado compensador, verificando-se da mesma forma o inverso (Barros et al., 1993).

Assim, o locus de controlo é definido como uma crença, uma percepção ou expectativa de controlo do reforço. Empiricamente concorda-se com Barros et al.

(1993), quando afirmam que a percepção do controlo conduz a reacções positivas ao passo que, a percepção da incontrolabilidade desencadeia desânimo.

Esta percepção do controlo (controlo percebido, não controlo real) encontra-se imbuída de uma particularidade – a individualidade. Rotter sugere que as pessoas diferem na forma como percebem a origem ou o “lugar” do controlo sobre os acontecimentos das suas vidas. Banyard (1996: 174) esclarece, algumas pessoas sentem que possuem um **locus de controlo externo**, o que significa que não sentem controlo sobre os acontecimentos, sentem as suas vidas controladas por forças exteriores: “*things happen to them*”. Por outro lado existem pessoas que se sentem com um **locus de controlo interno**, o que se traduz na percepção de controlo sobre os acontecimentos das suas vidas: “*they do things*”.

Relativamente ao locus de controlo Rotter (1990) faz questão de clarificar que não podemos polarizar, não existe uma fronteira perfeitamente definida entre internalidade /externalidade, está presente sim, um grau de tendência, segundo este autor o controlo interno versus o controlo externo refere-se ao grau em que as pessoas esperam que um reforço ou um resultado do seu comportamento esteja dependente (contingente) do seu próprio comportamento ou de características pessoais, versus o grau em que as pessoas esperam que o reforço ou o resultado seja uma função do acaso, da sorte ou do destino, ou esteja sob controlo de outros poderosos ou seja simplesmente imprevisível.

Neste sentido, de acordo com o grau de tendência para a internalidade ou externalidade, os indivíduos assumem-se com características diferentes, Barros et al. (1993) tendo por base diversos autores caracterizam o indivíduo com locus de controlo interno como:

- Estando mais atento aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento;
- Procurando melhorar as suas condições ambientais;

- Atribuindo maior valor às competências ou reforços de realização, sentindo-se mais interessado com as próprias capacidades;
- Mostrando-se mais informado, mais atento e competente.

Relativamente a aspectos afectivo-sociais estes indivíduos são ainda:

- Mais tolerantes, sociáveis, eficazes intelectualmente, mais assertivos, altruístas e mais resistentes aos grupos de pressão;
- Assumem mais os riscos e tarefas que exigem esforço;
- São mais rápidos a resolver situações ficando ansiosos se o não conseguem, dado que, responsabilizam-se pelo fracasso, podendo por isso, usar mais o recalco e outros mecanismos de defesa.

Platt & Eisenman (cited in Fanelli, 1977) acrescentam que os indivíduos com maior grau de internalidade têm uma melhor perspectiva dos acontecimentos a longo prazo e concluem que os indivíduos que só conseguem ter em conta o presente, têm baixas probabilidades de serem bem sucedidos.

Barros et al. (1993) tendo por base o descrito por Rotter caracterizam os indivíduos com um locus de controlo externo como:

- Mais ansiosos e agressivos, devido à impotência social e à frustração;
- Dogmáticos, desconfiados de si e dos outros;
- Menos intuitivos, mais conformistas e influenciáveis;
- Menos activos e altruístas.

Face ao exposto, facilmente teríamos tendência a fazer juízos de valor sobre a internalidade / externalidade. Rotter (1975) sublinha a importância de não nos rendermos a uma dicotomia de mau / bom, ou seja, não é correcto generalizar e considerar que é melhor ser interno do que externo. Barros et al. (1993: 28) defende mesmo, que *"não é lícito afirmar que quanto mais interno melhor"* e explica, que por exemplo, um indivíduo com uma forte internalidade pode por vezes experimentar acentuados sentimentos de culpa quando a situação não resulta no

esperado. Barros et al., defendem também, que o indivíduo com um locus de controlo externo pode em determinadas situações, ter comportamentos mais adaptados à realidade e ainda que, em determinadas actividades de competência, pode estar simultaneamente presente, uma alta expectativa de internalidade com uma moderada expectativa de sorte. Fanelli (1977: 62) comenta este facto: "*while extreme externality is pathologic in its posture of helplessness and avoidance of responsibility, extreme internality is potentially pathologic since it flaunts reality*". Segundo este autor a posição que revela maior maturidade é aquela em que o indivíduo adopta uma internalidade geral com uma ligeira dose de externalidade.

Desta forma, Rotter considera o locus de controlo não como uma tipologia, mas sim, como uma variável que afecta o comportamento e que oscila num continuo entre dois pólos. Considera-se assim o locus de controlo como "*uma variável sociocognitiva da personalidade ou uma cognição menos estável, quer a nível do indivíduo (que pode mudar em função da idade e das circunstâncias) quer dos grupos sociais ou das populações*" (Barros et al., 1993: 27).

Existem pois, factores que concorrem para a internalidade ou externalidade dos indivíduos. Estes factores podem ser de ordem pessoal, familiar ou sociocultural. Barros et al. (1993) apontam entre outros:

- A idade (a internalidade aumenta com a idade),
- O sexo (os homens tendem a ser mais internos),
- A saúde (em situações de doença grave e duradoura cresce a externalidade).

Rotter (cited in Barros et al., 1993) considera ainda que as classes sociais mais desfavorecidas tendem à externalidade, assim como, os indivíduos pertencentes a religiões mais tradicionais e fanáticas.

Neste enquadramento, surge uma questão: o locus de controlo é uma expectativa geral ? ou seja, um indivíduo com um elevado grau de internalidade em

meio laboral, comporta-se da mesma forma no seio da sua família?. Muito embora, Barros et al. (1993) consideram existir um substracto mais ou menos estável, admitem que cada indivíduo segundo as circunstâncias face às quais se encontra, pode assumir-se simultaneamente interno ou externo. Rotter (1975), considera o locus de controlo uma expectativa essencialmente geral, não excluindo no entanto as expectativas específicas, pois segundo ele, se as expectativas gerais exercem influência sobre as específicas é também a partir destas, que se dá a generalização.

Este constructo foi largamente aplicado em diversos estudos, nomeadamente no campo da educação. A sua avaliação foi essencialmente feita tendo por base a escala de Rotter I-E, constituída por 29 itens sob o formato de escolha forçada. Este instrumento foi também aplicado no campo da saúde, no entanto a sua utilização suscitou algumas críticas que Norman & Bennett (1996) distinguem:

- O grau de variância dos comportamentos de saúde explicado pela escala de Rotter apresentava-se tipicamente baixa
- Esta escala conceptualizava o locus de controlo como um constructo unidimensional.

Levenson (1974) instigou à criação de um instrumento multidimensional para a avaliação do locus de controlo. Wallston, Wallston e DeVellis em 1978 responderam a este criticismo desenvolvendo a Escala Multidimensional de Locus de Controlo para a Saúde - "Multidimensional Health Locus of Control" – MHLC.

Locus de Controlo para a Saúde

A escala multidimensional de locus de controlo para a saúde avalia as expectativas gerais de controlo, relativamente à saúde, ao longo de 3 dimensões:

- A primeira dimensão avalia a medida em que, os indivíduos acreditam que a sua saúde é resultado das suas próprias acções;
- A segunda avalia a medida em que, os indivíduos sentem a sua saúde sob o controlo de outros poderosos;
- A terceira avalia a medida em que, os indivíduos acreditam que a sua saúde é devido à sorte ou ao destino (Norman & Bennett, 1996).

Weinman (1990) salienta algumas características importantes segundo o locus de controlo dos indivíduos, relativamente à promoção da saúde, área na qual se insere a presente investigação. Considera assim que os indivíduos “internos” têm mais probabilidade de adoptar comportamentos do tipo preventivo, enquanto que os que acreditam nas “outras pessoas poderosas” têm dificuldade em orientar e organizar o seu próprio tratamento, a não ser que, este seja cuidadosamente especificado e monitorizado por um profissional da saúde. Acrescenta ainda, com base em alguns estudos efectuados, que “internos” e “externos” apresentam diferenças relativamente às suas necessidades em termos de comunicação. Os internos de uma forma geral, necessitam de sentir-se mais bem informados sobre a sua situação de saúde, prognóstico e tratamento, solicitando informações mais específicas e detalhadas, em contrapartida, aos externos parece satisfazer uma informação mais geral e menos pormenorizada. Ogden (1999) corrobora esta assunção afirmando que, o locus de controlo para a saúde se encontra relacionado com o facto dos indivíduos introduzirem ou não, modificações nos seus comportamentos e com o tipo e o estilo de comunicação que esperam obter dos profissionais de saúde.



No entanto Norman & Bennett (1996) salientam a importância de reconhecer e aceitar as diferenças individuais, pois, todas elas apresentam pontos positivos em diferentes circunstâncias, assim e não obstante acreditar-se que os indivíduos com um locus de controlo interno aderem mais facilmente a actividades de promoção para a saúde, constata-se por exemplo que os indivíduos cujo locus de controlo se situa nos “outros poderosos” podem ter vantagens, particularmente no decurso de doenças crónicas. Defendem ainda que em situações em que pouco há a fazer relativamente a modificações no “status” de saúde, um locus de controlo moderadamente centrado na sorte, pode ter uma importante componente adaptativa.

Constata-se pois, a importância deste constructo na avaliação das particularidades de cada utente, por forma a direccionar adequadamente as intervenções para a promoção da saúde. É assim imperativo, numa consulta de planeamento familiar o conhecimento da mulher/casal relativamente às suas expectativas de controlo, para adequar os métodos e o tipo de informação fornecida, assim como, a periodicidade do acompanhamento e as expectativas de adesão e sucesso, face aos objectivos conjuntamente definidos. Saliente-se o estudo efectuado por Morrison (1985), no qual se encontra correlação entre o locus de controlo interno e o uso de contraceptivos.

Suporte Social

É amplamente aceite a associação positiva existente entre o suporte social, a saúde mental e física dos indivíduos. Williams & House (1991) consideram, que os vínculos sociais se encontram tão intimamente relacionados com aspectos do

estado de saúde do indivíduo que operam provavelmente através de múltiplos caminhos biológicos condicionando neste, a diminuição da vulnerabilidade à doença.

Este é um constructo de reconhecida importância no âmbito da Psicologia da Saúde, sendo mesmo considerado por Dunbar et al. (1998) um dos seus principais conceitos. Na opinião de Williams & House (1991) as redes sociais podem ser descritas teórica e empiricamente em termos da sua existência, estrutura ou conteúdo funcional, pelo que surgem diversas abordagens que ao definirem o constructo suporte social, enfatizam distintos aspectos.

Desta forma encontramos autores como Sarason et al. (1983) que salientam a componente emocional, considerando que o suporte social se traduz na existência de pessoas com as quais podemos contar, que nos valorizam e que gostam de nós. Cobb (1976) defendendo uma perspectiva mais abrangente, considera que o suporte social consiste num tipo de informação que o indivíduo possui e que não só o faz crer na existência de um grupo de pessoas que se preocupam com ele e que o valorizam, mas também, conduz o indivíduo a acreditar que é parte integrante de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Williams & House (1991) acreditam ainda que, o suporte social abrange intercâmbios afectivos, informativos e instrumentais, sendo provavelmente a nível relacional, o aspecto central da promoção da saúde.

Cohen & Wills (1985), caracterizam o suporte social de acordo com diversas características:

- Suporte social afectivo (esteem support), que se traduz na importância que tem o incentivo à auto-estima proveniente do grupo de suporte;
- Suporte informacional, relativo a todo o conjunto de informações úteis obtidas dos contactos sociais;

- Suporte instrumental, traduzido no suporte do tipo material, como seja o suporte económico que se obtém dos outros;
- Camaradagem social (social companionship), relativa ao suporte proveniente dos momentos passados com os outros, em contactos de cariz social.

Não obstante, as características enfatizadas na definição do constructo, diversas investigações efectuadas parecem apontar para a importância da distinção entre suporte social percebido e suporte social recebido (Cramer et al., 1997). O suporte social percebido é aquele que o indivíduo percebe como disponível caso necessite. O suporte social recebido é aquele que de facto foi fornecido por alguém. Ou seja, o indivíduo pode usufruir de um importante suporte instrumental e afectivo e no entanto sentir-se insatisfeito ou pouco apoiado. Johnston, Wright & Weinman (cited in Banyard, 1996: 38) rematam este encadeamento de ideias ao defender que *“perceived support is a more useful measure for predicting health outcomes or health behaviour than is real support”*.

Sublinha-se ainda aqui, a distinção feita por Dunst & Trivette (1990) relativa às fontes de suporte social:

- Suporte social informal: onde se incluem os indivíduos e os grupos sociais em condições de fornecer apoio face aos acontecimentos do dia a dia;
- Suporte social formal: abrange organizações sociais formais, como sejam, os hospitais, determinadas estratégias ou programas governamentais e determinados profissionais como sejam médicos, enfermeiros, psicólogos, que se encontram organizados no sentido de fornecer assistência a quem necessite.

O papel desempenhado pelo suporte social no âmbito da saúde tem sido mote de um elevado número de investigações, conduzindo à fundamentação da sua intervenção favorável na saúde dos indivíduos. Banyard (1996) aponta duas linhas justificativas do papel do suporte social na saúde:

- De acordo com esta abordagem o suporte social actua como uma reserva ou recurso, que neutraliza os efeitos nefastos do stress, capacitando os indivíduos para a adaptação efectiva a altos níveis de stress;
- Por outro lado, o suporte social pode ainda actuar no sentido da promoção de comportamentos de saúde, ou seja, pode favorecer a adopção de comportamentos saudáveis, reforçando os comportamentos adequados que os indivíduos desenvolvem, funcionando como estímulo à sua manutenção.

O suporte social surge pois, como um importante componente promotor da saúde, não só favorecendo a reabilitação dos indivíduos em desequilíbrio, mas também, fomentando a adopção e manutenção de comportamentos saudáveis. Na temática da adesão em saúde, vários autores documentam o papel do suporte social como variável a ter em conta.

Banyard (1996) realça o importante papel desempenhado pelos profissionais de saúde no estímulo à adesão, não só no uso de estratégias de interacção face a face mas também, na mobilização de outros recursos como sejam, a participação de membros da família nos cuidados de saúde. Este autor acredita que, os técnicos de saúde podem melhorar o suporte social disponível dos indivíduos.

Turk & Meichenbaum (1991) defendem que, se os profissionais de saúde pretendem incrementar a adesão e não apenas lamentar os insucessos, deverão considerar as perspectivas do indivíduo e as suas expectativas, entre as quais se incluem as expectativas de auto-eficácia e o envolvimento familiar. Também Dunbar – Jacob (1996) ao abordar a temática da adesão em saúde, defende que, as intervenções com vista à adesão consistem geralmente em estratégias educativas, comportamentais, de auto-eficácia e de suporte social, acrescentando que, as condições educativas que contemplam o suporte familiar demonstram maiores níveis de adesão do que as que o não fazem.



Refere-se aqui um estudo efectuado por Oddens (1997) relativo aos determinantes no uso de contraceptivos numa população específica, onde se documenta o papel das percepções relacionadas com o contexto social nas decisões contraceptivas. Oddens afirma mesmo que, o uso de contraceptivos parece ser um comportamento social. Neste estudo, as influências sociais, surgem como a principal dimensão, na escolha de contraceptivos hormonais orais.

Suporte Social Formal

Como atrás descrito, podem considerar-se diferentes fontes de suporte social. Ao fazer referência ao suporte social formal, tem-se em mente as entidades estrutural e funcionalmente organizadas, aptas a fornecer o apoio necessário aos indivíduos ou comunidades, dado possuírem competências técnicas e recursos materiais. Ao abordar a temática da adesão à contracepção, a atenção centraliza-se essencialmente na prestação de cuidados de saúde primários e em todo o conjunto de estratégias encontradas pelas entidades governamentais ou outras, com vista à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

De acordo com o programa de acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 "*o conceito de saúde reprodutiva implica, que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem*" (Portugal – Ministério da Saúde, 1998: 5). A saúde reprodutiva comporta ainda, entre outros aspectos:

- Cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar;
- Serviços de informação para casais e indivíduos;

- Serviços de informação sobre saúde reprodutiva e sexual, nomeadamente para adolescentes (Portugal – Ministério da Saúde, 1999b).

Desta forma a promoção da saúde sexual e reprodutiva, implica o direito que homens e mulheres possuem, de serem adequadamente informados e terem acesso aos métodos de planeamento familiar que escolherem e que estes sejam seguros e eficazes, implica ainda o acesso a serviços de saúde que lhes proporcionem uma correcta vigilância de saúde, independentemente da sua idade, estrato social ou condição económica.

Encontra-se esta preocupação presente no nosso país, documentada por legislação diversa, nomeadamente:

- **A LEI Nº 3/84 DE 24 DE MARÇO** relativa à educação sexual e planeamento familiar define no seu art. 1º o direito garantido pelo Estado, à educação sexual como componente, do direito fundamental à educação, sendo ainda este (Estado), responsável pela protecção da família, pela divulgação dos métodos de planeamento familiar e pela organização das estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes. Garante-se ainda no art.5º, sem qualquer tipo de discriminação, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar. O art. 6º define a gratuidade das consultas de planeamento familiar e dos métodos contraceptivos fornecidos por entidades públicas.
- **A LEI Nº 4/84 DE 5 DE ABRIL** estabelece o regime jurídico de protecção à maternidade e paternidade, no seu art. 7º relativo às incumbências especiais do Estado define que cabe a este (Estado) a organização de um sistema descentralizado de serviços de consulta sobre planeamento familiar, informação e apoio pré-conceptivo e contraceptivo.

- **A LEI Nº 120/99 DE 11 DE AGOSTO** reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva e visa

conceder maior eficácia aos dispositivos legais que garantem a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis (...).

Esta lei define a implementação de um programa educativo nos estabelecimentos de ensino básico e secundário que proporcione uma informação adequada sobre sexualidade humana, com vista à criação das condições para uma melhor saúde, pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável relativamente à sexualidade. Garante-se ainda, o atendimento aos jovens em qualquer consulta de planeamento familiar, no centro de saúde ou serviço hospitalar, ainda que não seja na sua área de residência. Nas maternidades é garantida à puerpera informação sobre contraceção em consulta de planeamento familiar. É ainda da responsabilidade do estabelecimento de saúde, providenciar no prazo de 7 dias, o acesso à consulta de planeamento familiar a toda a mulher aí atendida, por interrupção voluntária da gravidez, com o objectivo de diminuir a taxa de repetição da Interrupção Voluntária da Gravidez.

Em Dezembro de 1999 foi apresentado publicamente pelo Ministério da Saúde, o documento **SAÚDE UM COMPROMISSO – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA O VIRAR DO SÉCULO**. São traçadas as linhas gerais de actuação que pretendem melhorar a saúde em Portugal. No contexto da estratégia de actuação foram definidas medidas imediatas ou de curto prazo através das quais se pretendia, segundo os autores, dar uma resposta rápida, às questões que se revelam, como preocupação importante de uma parte considerável da população portuguesa.

Dentre estas medidas destaca-se: “a extensão do programa de saúde reprodutiva, na promoção dos cuidados pré-concepcionais, na organização dos cuidados pré-natais, no reforço da educação sexual e do planeamento familiar” (Portugal – Ministério da Saúde, 1999a: 18).

Neste mesmo documento foram definidos **OBJECTIVOS GERAIS** com vista à melhoria da prestação de serviços de saúde e dos vários sectores de saúde, concretizáveis em 5 anos, donde destacamos:

- Melhorar o acesso à consulta pré-concepcional.
- Garantir a qualquer pessoa o acesso a cuidados adequados de saúde reprodutiva, nomeadamente, planeamento familiar, nos serviços de saúde.

Foram ainda previstas **METAS** a atingir até 2002, traduzindo segundo os autores, objectivos específicos quantificáveis, reflectindo não só o impacto sobre os indicadores de saúde, como também a melhoria na prestação dos serviços. Entre as metas definidas encontramos em primeiro lugar as relacionadas com o ciclo vital e família, destas realçamos:

- 80% das mulheres em idade fértil que não desejem engravidar utilizarão um método contraceptivo eficaz.

Neste contexto foram ainda delineadas **ORIENTAÇÕES DE ACTUAÇÃO** tendo em vista a concretização dos objectivos gerais e específicos preconizados:

- Melhorar o cumprimento de saúde reprodutiva e planeamento familiar;
- Reforçar as actividades de educação dirigidas às adolescentes e às mulheres jovens, nas áreas da sexualidade e reprodução;
- Aumentar a oferta de cuidados adequados de planeamento familiar, particularmente nas áreas mais carenciadas;
- Estabelecer metas locais para a cobertura pré-concepcional.

Parecem pois, criadas as condições legais, para o incremento dos cuidados de saúde, com vista à educação dos indivíduos, para uma vivência sexual mais

saudável, pela utilização adequada dos recursos contraceptivos na opção por uma maternidade /paternidade planeada e consciente. É no entanto importante, ter presente que, o suporte legal fornece as garantias mas é a nível local que se concretizam os objectivos, estando muitas vezes a realização destes, na contingência de inúmeros factores, como sejam, a formação, actualização e motivação dos técnicos e as limitações de ordem económica e material, decorrente da localização dos serviços de saúde. Desta forma no suporte social formal afigura-se também importante a satisfação dos indivíduos com o tipo de apoio que lhes é proporcionado, condição que se entende indispensável à prestação dos cuidados.

Atitudes

Tem-se vindo a contextualizar a problemática da adesão em saúde nomeadamente no relativo às dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. Considera-se pois, que a utilização adequada dos recursos contraceptivos disponíveis conduz ao incremento da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos. Reflectindo nesta associação, a adesão à contracepção surge como um comportamento de saúde ou mesmo, utilizando a denominação de Matarazzo (1984): um comportamento imunogénico. Dado que a atitude é a predisposição para realizar determinado comportamento (Ribeiro, 1998) surge aqui a abordagem deste conceito.

Na opinião de Rosenberg & Houlan (cited in Lima,1996: 168) as *"atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas"*. Alport referido pela mesma autora acrescenta,

que: *“a atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiência e exercendo uma influencia dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos ou situações com que se relaciona”*. Eagly e Chaiken (1993) sublinham ainda, que este conceito traduz-se numa valorização particular com algum grau de aprovação ou desaprovação face ao objecto da atitude.

Importa também reflectir sobre a componente social que Green (1977), atribui ao conceito atitude, definindo esta, como uma resposta implícita considerada socialmente significativa, sublinhando este autor a importância do contexto social, no sentido de manter ou modificar a atitude.

Green (1977), associa ao conceito atitude, duas noções importantes, direcção e intensidade, ou seja, as atitudes representam a tendência para agir positiva ou negativamente face a determinado objecto, além disso, esta tendência de resposta pode ser mais intensa face a determinados aspectos do ambiente que face a outros, segundo o mesmo, só neste sentido se pode pretender “medir” as atitudes.

Verifica-se pois, que as atitudes são predisposições do indivíduo para valorizar de uma forma favorável ou desfavorável determinado objecto, esta valorização é dinâmica, tomando forma ao longo da vida, com base nas experiências pessoais. Na opinião de Lopez & Fuertes (1991) esta predisposição embora se constitua num todo, pode ser subdividida, por forma a ser mais facilmente compreendida, em opiniões, sentimentos e tendência a comportar-se de determinada forma.

Os autores supra citados defendem ainda, que as opiniões são ideias ou crenças relativas a questões discutíveis ou a aspectos sobre os quais, o indivíduo não tem informação científica. Lima (1993) ao referir-se às crenças acrescenta, que é a informação que se dispõe face a determinado objecto, ao qual se pode associar uma probabilidade de veracidade. Para Lopez & Fuertes (1991) as

opiniões são acompanhadas de sentimentos. Os sentimentos são reacções fisiológicas, manifestadas por mudanças biológicas internas e externas e interpretações subjectivas, com conotação social das referidas mudanças.

Como já atrás sublinhado, as atitudes não se resumem a opiniões e sentimentos, traduzem sim, a tendência para um determinado comportamento. Habitualmente quando o indivíduo considera determinado objecto como negativo ou perigoso tende a sentir rejeição, evitando-o, pelo contrário se algo é entendido como positivo e agradável, a tendência é procurá-lo.

No contexto das atitudes, Lopez & Fuertes (1991) identificam 3 componentes, interrelacionadas :

- Cognitiva (opiniões e crenças)
- Afectiva (sentimentos)
- Comportamental (tendência a actuar de determinada forma)

Como já referido, a atitude não é imutável, na opinião dos autores supra citados quando é introduzida uma alteração num dos componentes da atitude, esta pode sofrer um desequilíbrio ou reestruturação. Desta forma, um novo elemento (conhecimentos, experiências afectivas ou comportamentais), induz a necessidade de uma actividade que restabeleça o equilíbrio, podendo esta ocorrer sob diferentes formas:

- Restabelecimento do equilíbrio original por rejeição do novo elemento;
- Alteração parcial de um dos componentes;
- Alteração de um ou dois componentes;
- Reestruturação de todos os componentes da atitude;

Lopez & Fuertes (1991) defendem, que para que se dê uma destas alterações, são levados em conta diferentes factores, como seja, o nível de consistência da atitude prévia, o carácter do elemento ou elementos novos, a idade do indivíduo.

Salientam ainda que, o conhecimento da estrutura de determinada atitude, nomeadamente no campo da sexualidade, permite uma mais fácil compreensão das diferentes condutas sexuais, possibilitando o delinear de intervenções, que facilitem a mudança, se esse é o nosso objectivo.

Atitude Face à Sexualidade

A sexualidade é regulada em algum grau não só pela particularidade biológica de cada indivíduo, mas também pelo contexto social em que este se insere. Este condicionamento encontra-se mediado, por mudanças históricas, demográficas, culturais e também económicas.

Na opinião de Lopez & Fuertes (1991) a atitude adoptada perante determinados temas, pessoas ou situações influenciam determinantemente a nossa conduta, muito especialmente se estão sujeitos a polémica e ainda mais, se nos sentimos neles particularmente envolvidos. No caso da sexualidade estas duas condições estão fortemente presentes. Muitas áreas da sexualidade ainda suscitam socialmente polémica e todos os indivíduos de uma forma ou de outra se sentem nela particularmente implicados.

Fisher et al. (1988) definem **erotofobia - erotofilia**, como uma disposição para avaliar e responder aos estímulos sexuais, com um grau previsível, mais ou menos positivo ou negativo, de afecto. Acrescentam ainda, que é uma disposição aprendida face à exposição particular a restrições e castigos, relacionados com a sexualidade durante o processo de socialização.

Lopez & Fuertes (1991) consideram a erotofobia - erotofilia como os extremos de uma atitude ou traço da personalidade, relativamente estável, referente à forma como as pessoas reagem face aos estímulos sexuais. Esta

reação situa-se ao longo de um contínuo: erotofobia - erotofilia. Estes autores, sublinham que, esta é uma classificação que enfatiza essencialmente a componente afectiva da atitude.

Assim e de acordo com este modelo teórico (Fisher et al., 1988), os indivíduos **erotofóbicos** reagem de forma negativa ou menos positiva face aos estímulos sexuais e tendem a evitar a actividade sexual. É mais provável que sofram de disfunções sexuais, não aceitam tão facilmente a anticoncepção e têm menos fantasias e pensamentos de carácter sexual. Têm mais dificuldade em aceitar as condutas sexuais dos outros e mostram-se mais rígidos, nos seus juízos, sobre todo o tipo de condutas sexuais. Fisher et al. (1988 : 139) referem ainda relativamente às diferenças na aprendizagem da informação de carácter sexual e contraceptivo que: "*erotophobic individuals are hypothesized to have greater difficulty than erotophiles in attending to, processing, and retrieving sexual or contraceptive information*" e teorizam ainda que "*any sex-related information – such as contraception – is more easily learned by those with positive feelings and attitudes about sex*" (Fisher et al., 1988: 140).

Os autores supra citados colocam no outro extremo deste contínuo, os indivíduos **erotofílicos**. Indivíduos que identificam a actividade sexual de forma mais positiva, tendendo a repeti-la. São mais atentos à informação de carácter sexual e contraceptivo, adoptando mais facilmente métodos anticoncepcionais. Têm uma maior capacidade para falar com o parceiro sobre o tema sexualidade. Neste grupo, são menos frequentes as situações de disfunção sexual. Estes indivíduos, admitem melhor as fantasias e pensamentos de carácter sexual, sendo menos rígidos quando julgam as condutas sexuais dos outros.



CONTRACEPÇÃO & CONCEPÇÃO

Têm-se vindo a fazer o enquadramento das dimensões socio-cognitivas no âmbito da temática da adesão em saúde, particularizando ao nível da saúde sexual e contraceptiva. Ao fazer-se uma abordagem à temática da contracepção, a referência à gravidez, à maternidade /paternidade, surge inevitavelmente. Assim como todos os outros fenómenos sociais, a gravidez e o seu contexto envolvente, requer um olhar através dos olhos da história para uma mais profunda compreensão. Badinter (1985: 363) no seu livro “Amor Incerto” faz uma retrospectiva do amor maternal e da contextualização social da gravidez desde o século XVII, concluindo que “*tudo depende da mãe, da sua história e da História*”. Nesta linha faz-se uma breve reflexão, sobre a evolução histórica das estratégias contraceptivas.

A vocação natural de cada homem e de cada mulher e o seu destino, como se costuma dizer, ao atribuir tudo a uma vontade radical dos deuses, era o casamento e era reputado como marginal, consagrado a uma existência lânguida e infeliz, o jovem solitário que não se casasse com uma mulher, nem criasse filhos e a jovem que não tivesse sido nem desflorada, nem penetrada, a quem nenhum marido tivesse desapertado o colchete das suas roupas e afastado o seu vestido para a estreitar contra si, fazendo-a saborear o prazer até que os seus mamilos se encham de leite e que ela possa tornar-se mãe. (Bottéro,1991: 19)



Esta passagem traduz com clareza a representação social do casamento, que vigorava nos últimos séculos A.C na Mesopotâmia. Casamento, sexualidade e procriação surgiam como uma tríade indissociável. A união matrimonial submetia-se essencialmente à procriação e à constituição de família. Nesta época o casamento geralmente era decidido e planejado pelos pais sendo realizado muito cedo, frequentemente ainda durante a infância dos cônjuges, ficando no entanto acordado que estes apenas se uniriam quando a jovem atingisse a idade “núbil”. Nessa altura esta abandonaria a casa de seus pais para viver na casa paterna do esposo *“onde ficaria até à morte, a menos que fosse estéril ou incapaz de cumprir a sua função essencial – nesse caso o marido devia repudiá-la”* (Bottéro, 1991: 19).

Era imperativo procriar, ser fértil, a fecundidade era celebrada e a esterilidade repudiada e mesmo condenada. O autor supra citado refere não serem conhecidos nesta altura meios contraceptivos à exceção da sodomia e das “preces para não conceber”. McLaren (1990) refere no entanto que muito embora no sistema familiar grego antigo a fertilidade da esposa fosse venerada era igualmente importante que o número de filhos fosse limitado para que a riqueza da família não viesse a ser dividida por muitos pretendentes. Aristóteles sugeriu que o aborto fosse utilizado para regular a fertilidade. Outros autores como Dickason et al. (1995) falam-nos das estratégias que outros povos usavam para evitar a gravidez, segundo este, no antigo Egipto as mulheres utilizavam cúpulas feitas de meio limão para tapar o colo uterino, usando-se noutras culturas tampões de materiais hoje inimagináveis, ou seguiam-se rituais complexos para evitar a concepção.

O curso da história pouco alterou este panorama por um longo período de tempo, que abarcou vários séculos. A ênfase era colocada na fertilidade, a mulher que tinha muitos filhos adquiria uma certa consagração social.

Saraceno (1992) defende, que não pode considerar-se a fecundidade do passado incontrolada, dado que, na sua opinião, não existe em nenhuma sociedade uma fecundidade natural pura. Surgem em todas as culturas diferentes formas de regulação quer directa quer indirecta, quer seja através do aborto, de rituais de abstenção sexual periódica motivadas religiosamente ou determinados incentivos intimamente ligados às políticas vigentes. McLaren (1990: 11) acrescenta que *"sempre houve a preocupação de influenciar ou moldar a fertilidade, de reduzir ou aumentar as concepções e nascimentos"*.

Saraceno (1992) faz uma reflexão sobre o período pré-industrializado, concluindo que o facto, de a fecundidade ser elevada no passado não se associa apenas à inexistência de instrumentos eficazes para reduzir o número de filhos, deve-se sim contextualizar esta situação num modelo cultural e familiar no qual a existência de um número elevado de filhos era um bem, um recurso, não apenas no sentido de dar continuidade às gerações mas também para a sobrevivência dos indivíduos.

Com a revolução industrial surge uma série de mudanças sociais e ideológicas com repercussões ao nível da família e das suas interrelações. Reconhecem-se necessidades específicas e competências psicológicas ligadas a diferentes fases do desenvolvimento do indivíduo. Surgem conceitos de infância e meninice, juventude, adolescência e velhice. A família assume novos contornos, privilegia-se a afectividade (Saraceno, 1992).

A França é a primeira a registar uma diminuição da taxa de fecundidade a partir dos finais do sec. XVIII. Thébaud (1991) aponta para o aparecimento precoce, entre as elites, de um comportamento contraceptivo em meados do sec. XVIII. O malthusianismo generaliza-se em França na segunda metade do sec. XIX.

O autor supra citado esclarece-nos relativamente às transformações ocorridas na dimensão das famílias, estas variam em função do grupo social ao

qual pertencem, estando no entanto e de uma forma global a limitação dos nascimentos difundindo-se progressivamente no decurso do sec. XIX, das classes abastadas para as classes populares, proporcionalmente à sua integração social. O casal fecha-se sobre si mesmo, surge uma nova concepção do filho “*ser único a quem se quer dar uma boa educação – esperança dos pais numa futura ascensão social*” (Thébaud, 1991: 313).

Recusando agora o elevado número de filhos as mulheres recorrem a soluções radicais, “*o infanticídio constitui uma prática rural corrente, mas a sua condenação por parte da igreja e do estado fá-lo diminuir*” (Thébaud, 1991: 315). Não obstante, subsiste no sec. XIX, tendo sido levados a tribunal em França 8000 casos entre os anos de 1830 e 1880.

Face à necessidade de limitar os nascimentos, dado a castidade, único método contraceptivo admitido pela igreja ser pouco respeitado e dada a ineficácia dos outros meios, o aborto é um fenómeno em expansão no decurso do sec. XIX especialmente na segunda metade. O coito interrompido é vulgarmente usado qualquer que seja o meio social. O preservativo é o método mais difundido nas classes com maior poder económico dado que, tem de ser comprado e ainda assim não é vulgarmente usado por ser incómodo (feito de tripa até à década de 80 do século XIX) e repugnando muitos dos seus utilizadores. As mulheres recorrem frequentemente à irrigação vaginal pós-coito, à esponja de segurança ou ao pessário de borracha (Thébaud, 1991).

O mesmo autor faz ainda referência a um curioso manual publicado em 1908 em França sob o título “*MOYEN D’ÉVITER LA GROSSESSE*” e que pretende inventariar todos os métodos contraceptivos conhecidos. A obra rege-se pela filosofia Neomaltusiana, defende a liberdade da mulher, o direito ao prazer, a limitação dos nascimentos, lembrando que o excesso populacional conduz à miséria e à guerra.

No entanto, todo este movimento contraceptivo associado indubitavelmente à diminuição da natalidade desperta algumas inquietações ao nível das lideranças políticas e sociais no início do século XX, situação agravada com a I Grande Guerra conduz à instituição de medidas legais que punem o aborto (quem o pratica e quem o sofre) sendo também limitada a difusão de informação contraceptiva e a venda de contraceptivos nas farmácias, não obstante, segundo Thébaud (1991) a limitação dos nascimentos prevalece sobre o medo e métodos como o coito interrompido, a irrigação vaginal, a abstinência periódica preconizada por Ogino-Knauss continuam a ser sistematicamente usados, assim como, persiste o aborto clandestino.

Fazendo uma breve reflexão do curso da história relativa ao relacionamento matrimonial e familiar, nomeadamente a vivência da sexualidade do casal, analisando os objectivos que a servem em cada contexto não podemos deixar de reconhecer dois marcos, que parecem de facto definir dois momentos de viragem importante na forma de ver e viver a sexualidade e a maternidade/paternidade. Saraceno (1992) na linha de outros demógrafos e sociólogos defende a existência de duas “Revoluções Contraceptivas”. A primeira revolução contraceptiva traz o controlo da sexualidade masculina por parte do próprio homem, chamam-lhe uma contracepção de contenção, quer da procriação, quer da própria sexualidade. A segunda revolução contraceptiva tem por base o desenvolvimento da tecnologia contraceptiva, particularmente da contracepção química (pílula) e mecânica (dispositivo intra-uterino, diafragma) – são instrumentos contraceptivos femininos, conferem um estado de esterilidade artificial. Estes novos instrumentos permitem separar claramente sexualidade e procriação, introduzindo mudanças significativas no contexto relacional da sexualidade conjugal, ou não.

Saraceno (1992: 145) chama-lhe a esta nova forma de pensar a concepção ou a contracepção, uma “*cultura da escolha*”, na qual se protagoniza um novo

contexto simbólico da procriação e das relações familiares (marido - mulher e pais – filhos).

Um filho deve ser procriado apenas se e porque desejado; o que significa tanto que um filho é percebido como um valor e um bem em si, enquanto indivíduo único e insubstituível, como que a geração fruto de desejo, deve dar prazer, corresponder ao desejo, com consequências sobre as expectativas recíprocas de pais e filhos (...).

Sem dúvida, a evolução tecnológica da medicina no campo da procriação valorizou com as suas conquistas a vivência sexual do casal, libertando-o do medo e da angústia milenar do imprevisto e das gravidezes repetidas, para poder servir a relação em si, potenciou-se a afectividade, mas também dotou a concepção do valor indiscutível do desejo, da vontade, do oportuno, mas com o inevitável acréscimo de responsabilização no acto de gerar e criar um filho.

Planear o Nascimento

Para quem pretende evitar ou adiar uma gravidez a concepção surge muitas vezes como inadequadamente fácil. Ironicamente, aqueles que anseiam a gestação debatem-se frequentemente com uma concepção sucessivamente adiada. Ziegel & Cranley (1985) consideram a reprodução humana surpreendentemente ineficaz, tendo em conta que, em cada ejaculação são lançados na abobada vaginal milhões de espermatozóides e apenas alguns milhares chegam às trompas de falópio, podendo apenas um fecundar o ovulo.

Quando um homem e uma mulher desejam conceber um filho deverão unir-se durante o período fértil da mulher que apenas dura alguns dias durante o mês,

na proximidade da ovulação, se assim não for a concepção não será possível. A ovulação dá-se no momento em que o ovário liberta um ovócito. Após ser libertado o ovócito desloca-se até à extremidade mais próxima de uma das trompas de falópio, aí é rodeado pelo grupo de espermatozóides que sobreviveram à longa viagem (aproximadamente 21 cm). Quando o ovócito dá entrada ao espermatozóide a substância que o rodeia torna-se mais espessa, impedindo a entrada de outros espermatozóides – é a fecundação. Esta união dá-se, por norma, entre 2 a 72 horas após uma relação sexual, dado o espermatozóide só subsistir até 72 horas após a ejaculação. Desta união entre ovócito e espermatozóide resulta uma célula – o ovo ou zigoto, que contém nos seus genes toda a informação necessária para se desenvolverem os biliões de células que constituem o indivíduo no seu estado adulto.

Actualmente os casais possuem estratégias que lhes permitem escolher o número de filhos que pretendem, assim como, o momento mais oportuno ao seu nascimento. A contracepção permite evitar, adiar ou espaçar gravidezes acredita-se que a contracepção não implica uma recusa da maternidade, mas sim, confere o direito a uma concepção livre e conscientemente decidida, garantia de uma maternidade desejada e feliz (Andrade, 1996).

Contracepção, controlo da natalidade ou dos nascimentos, planeamento familiar, são termos vulgarmente utilizados. Na opinião de Ziegel & Cranley (1985), o termo planeamento familiar é mais abrangente, considerando o conjunto de factores físicos, socio-económicos, psicológicos e teológicos que concorrem para as decisões que são tomadas pelas famílias, relativamente ao uso de métodos contraceptivos e ao planeamento do nascimento dos filhos. A contracepção refere-se mais especificamente à prevenção temporária da gravidez dando origem ao termo: métodos contraceptivos. O termo controlo de nascimentos é atribuído a Margaret Sanger, uma enfermeira que na década de 1910 empreendeu uma luta

histórica pelo direito das famílias limitarem o seu tamanho, pelo direito das mulheres à saúde e pelo direito das crianças ao amor que devem usufruir quando desejadas e planeadas.

As formas que permitem ao casal planejar o nascimento dos seus filhos são hoje diversas e praticamente isentas de riscos para a saúde. No entanto, só um estudo caso a caso, poderá definir a solução mais adequada, pelo que é imperativo para quem presta cuidados nesta área da saúde, conhecer e dar a conhecer, as numerosas possibilidades, por forma a, facultar uma escolha informada e adequada à individualidade de cada casal ou indivíduo, não perdendo de vista, que *"a contracepção possui vantagens indiscutíveis, mas também consequências não negligenciáveis em termos de costumes, de hábitos, de ética e de moralidade"* (Andrade, 1996: 59).

Dickason et al. (1995) aponta sete critérios a cumprir pelo método contraceptivo ideal:

1. Fácil de usar
2. Independente do acto sexual
3. Seguro
4. Económico
5. 100% eficaz
6. Sem efeitos secundários
7. Coerente com as crenças e práticas religiosas e culturais dos usuários

Lamentavelmente, nenhum dos métodos contraceptivos hoje disponíveis cumpre estes critérios na totalidade, além disso, o uso inadequado do método diminui substancialmente a sua taxa de eficácia, pelo que, como salienta Dickason et al. (1995) a coerência e a regularidade com que é usado um método contraceptivo são determinantes cruciais na prevenção da gravidez indesejada.

De facto um dos critérios que se revela como decisório na escolha de determinado contraceptivo é a sua taxa de eficácia. Com base no descrito por Dickason et al. (1995) esclarece-se: estas são taxas obtidas estatisticamente tendo por base os resultados em estudos de pequenas amostras, traduzindo a utilização do método em 100 mulheres durante 1 ano. Exemplificando: se 100 mulheres utilizam o método x (uso perfeito) durante um ano e surgem 3 gravidezes, a taxa de eficácia será de 97% ou de 3 gravidezes por 100 mulheres, por cada ano de utilização do método x.

Métodos Contraceptivos

Seguidamente enumeraram-se de forma sucinta os métodos contraceptivos actualmente disponíveis, segundo a caracterização adoptada pela Direcção – Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (Portugal – Ministério da Saúde, 1998).

A **ABSTINÊNCIA PERIÓDICA** denominada por alguns autores como Planeamento Familiar Natural (Dickason et al, 1995; Ziegel & Cranley, 1985). Estes métodos pressupõem a identificação do chamado período fértil da mulher. As relações sexuais durante este período poderão levar à concepção, enquanto que a abstinência impedirá a gravidez.

São considerados neste grupo três métodos: o **Método de Calendário**, o **Método das Temperaturas Basais** e o **Método do Muco Cervical**. A eficácia está descrita para estes métodos entre 2 a 20 gravidezes em 100 mulheres /ano, varia de acordo com o método e com a consistência e correcção da sua utilização. A eficácia é potenciada pela combinação dos diferentes métodos e quando se verifica a abstinência total de relações sexuais, durante o período fértil.

O **Método do Calendário** baseia-se no critério de que a fase pré-menstrual ou lútea é relativamente constante comparativamente com a fase préovulatória podendo a ovulação ser estimada a partir da data de início do próximo período menstrual. O período fértil coincide com o período de abstinência. Este método começou a ser utilizado nos anos 30 estando na sua origem os trabalhos de Ogino e Knaus (Federación Internacional de Ginecologia y Obstetricia - FIGO, 1992b).

Em 1868, Squire relata a existência de uma diminuição da temperatura corporal no momento da menstruação, precedido de um ligeiro aumento da mesma. Em 1928, Van de Velde estabelece a relação entre este aumento da temperatura e a ovulação. Ferin em 1947 sugere que o referido aumento térmico pode ser utilizado para determinar os períodos “seguros” durante os quais se podem manter relações sexuais sem o risco de engravidar, no entanto, só a partir da década de 50 o **Método da Temperatura Basal** foi difundido nos programas de planeamento familiar (FIGO, 1992b).

O **Método do Muco Cervical** também conhecido por método Billings (Dickason et al., 1995), baseia-se nas alterações cíclicas que ocorrem na secreção de muco cervical sob a influência dos estrogénios e da progesterona. Este método foi descrito por John Billings e segundo a FIGO (1992b) foi utilizado inicialmente na década de 50 como coadjuvante do método de calendário e mais tarde conjuntamente com o método da temperatura basal no sentido de ajudar a determinar o início do período fértil.

Alguns autores consideram o **DISPOSITIVO INTRA-UTERINO** (vulgarmente conhecido por DIU ou aparelho) como fazendo parte do grupo dos denominados **Métodos Mecânicos** (Ziegel & Cranley, 1985). Os métodos mecânicos fornecem uma barreira mecânica entre os espermatozóides e o óvulo ou entre a fecundação e o implante (nidação). Segundo Andrade (1996) os primeiros dispositivos intra-

uterinos apareceram há mais de 50 anos. São constituídos por um estilete, que o médico introduz no útero da mulher.

Consideram-se essencialmente dois tipos de DIU:

- Dispositivos inertes de polietileno (indisponíveis actualmente em Portugal)
- Dispositivos activos
 - Com cobre
 - Com cobre e prata
 - Com levonorgestrel (um componente hormonal)

A eficácia dos DIU está determinada em 0,1 a 2 gravidezes em 100 mulheres / ano.

O **PRESERVATIVO MASCULINO**, inclui-se dentro do grupo dos métodos contraceptivos mecânicos. Segundo Dickason et al. (1995) o preservativo é utilizado desde o século XIV, tendo sido inicialmente concebido para proteger contra as doenças venéreas, comprovando-se mais tarde que também evitava a gravidez. Os recentes avanços consistem essencialmente no aperfeiçoamento dos materiais utilizados na sua produção por forma a aumentar a sua resistência e a permitirem cada vez mais que a sensibilidade dos utilizadores não seja alterada, avanços importantes têm sido também efectuados a nível da distribuição. Segundo a FIGO (1992b) a produção de preservativos em grandes quantidades só foi possível nos últimos 50 anos, sendo nas últimas três décadas que teve lugar a produção em massa e a distribuição ao nível mundial de produtos considerados com qualidade.

O preservativo consiste de um invólucro cilíndrico destinado a envolver completamente o pénis, são fabricados de látex e actualmente existem no mercado um sem número de variedades. A sua eficácia está determinada entre 5 e 10 gravidezes em 100 mulheres/ano. A eficácia é directamente proporcional à sua correcta e sistemática utilização.

O **PRESERVATIVO FEMININO** é um dos métodos mais recentes. Apresenta a forma de uma bolsa com dois anéis flexíveis sendo um deles móvel e adaptável a qualquer vagina. A sua eficácia está determinada em cerca de 10 gravidezes em 100 mulheres / ano.

O **DIAFRAGMA** inclui-se nos métodos contraceptivos de barreira. Constitui-se, segundo nos explica Dickason et al. (1995) de uma cúpula circular de borracha rodeada por um anel metálico firme mas flexível que se coloca dentro da vagina cobrindo o colo uterino. Aponta-se uma eficácia de 15 gravidezes em 100 mulheres / ano, o uso associado de um espermicida aumenta a sua eficácia. Importa referir que, quer o preservativo feminino, quer o diafragma não se encontram, disponíveis no mercado português.

Os **ESPERMICIDAS** são agentes químicos que inactivam o espermatozóide na vagina antes que este alcance a parte alta do trato genital. A sua eficácia está determinada, quando utilizados isoladamente, em 10 a 30 gravidezes em 100 mulheres / ano. A sua eficácia depende da utilização correcta e sistemática. Pode ser utilizado como coadjuvante de outros métodos contraceptivos.

Muito embora se tivessem obtido desde o principio do século diversos resultados que apontavam para o efeito inibidor da progesterona, hormona secretada pelo corpo lúteo, sobre a ovulação a sua aplicação prática não foi possível até ao isolamento da hormona em 1934. Dado o elevado custo desta hormona natural, a sua utilização era limitada aos ensaios clínicos experimentais. Na década de 40 dão-se os primeiros passos na síntese de progestativos, mas só em 1954 surgem compostos satisfatórios. Em 1956 após um período de ensaio clínico é publicada pela primeira vez a eficácia destes compostos como formas contraceptivas por Rock, Pincus e García (FIGO, 1992a).

Após a chamada pílula de Pincus numerosas modificações e progressos se verificaram, dispondo-se actualmente de **CONTRACEPTIVOS ORAIS** de posologia

reduzida. Hoje encontra-se no mercado dois tipos de contraceptivos hormonais orais:

- Combinado – contém estrogéneo e progestagéneo e pode ser monofásico e trifásico
- Progestativo – contém só progestagéneo

Relativamente à eficácia, para os contraceptivos combinados está descrita de 0,1 a 1 gravidez em 100 mulheres / ano e para os progestativos de 0,5 a 1,5 gravidezes em 100 mulheres /ano, estando esta directamente relacionada com a correcta, regular e continua utilização.

A CONTRACEPÇÃO HORMONAL INJECTÁVEL tem por base os mesmos princípios da contracepção hormonal oral e é administrado sob a forma de uma injeção intramuscular até ao 7º dia do ciclo e repetida de 12 em 12 semanas. Determina-se em 0,0 a 1,3 gravidezes por 100 mulheres / ano a eficácia deste método.

A escolha de um qualquer método contraceptivo deve sempre ter por base a possibilidade de um aconselhamento claro, objectivo e adaptado à compreensão da mulher /casal, efectuado por um técnico de saúde para isso vocacionado e cientificamente preparado. Dada a irreversibilidade e a necessidade de um consentimento informado na CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA, este aconselhamento torna-se mais premente. Sublinhe-se que a decisão final é sempre do indivíduo, não é necessária a assinatura do/a cônjuge na declaração de consentimento da pessoa que vai submeter-se à contracepção cirúrgica.

Os métodos cirúrgicos compreendem:

- Laqueação de trompas
- Vasectomia

A laqueação de trompas apresenta uma eficácia na ordem dos 0,5 a 1,8 gravidezes em 100 mulheres /ano.

A vasectomia é um procedimento cirúrgico simples e rápido, não é um castração, não afecta os testículos e não provoca “impotência”, após a cirurgia a ejaculação mantém-se com a diferença de que nela não estão presentes espermatozóides. A sua eficácia determina-se em 0,15 gravidezes por 100 homens / ano.

Considera-se a CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA um importante recurso para a mulher que não desejando uma gravidez teve uma relação sexual desprotegida ou um acidente contraceptivo, a Direcção Geral de Saúde realça a sua importância nos casos de violação. Sublinha-se também a importância de o técnico esclarecer de forma clara e sistemática que a contracepção de emergência não serve como método contraceptivo de uso regular, mas sim, como um recurso.

Gravidez

Uma gravidez surge como um imenso jogo de emoções. Ainda que há muito desejada e detalhadamente programada implica uma série de reajustamentos da mulher / casal a diversos níveis (fisiológico, social, psicológico).

Colman & Colman (1994: 57) salientam que a realidade psicológica presente na gravidez, nem sempre é sobreponível às modificações fisiológicas, segundo os mesmos, “*pode haver quem se sinta psicológicamente e emocionalmente grávida antes da concepção ter ocorrido ou, mais raramente, haver quem possa estar psicológicamente e emocionalmente alheio da gravidez até o bebé nascer*”. Identificam-se no entanto, de uma forma mais ou menos definida, uma sequência de fases com características psicológicas particulares e uma correspondência relativamente directa aos três trimestres da gravidez.

Para Lourenço (1998) a primeira fase caracteriza-se pelo processo de aceitação que a grávida desenvolve e que a conduz no sentido de ultrapassar a ambivalência inicial. Segue-se uma fase de diferenciação, durante a qual a mulher começa a tomar consciência da autonomia do feto e nas últimas semanas de gravidez a mulher antecipa o momento da separação – o parto.

O período que se segue ao parto denomina-se puerpério, prolonga-se durante aproximadamente seis semanas, até que se restabeleça a fisiologia materna (Ziegel & Cranley, 1985). Nos primeiros 2 a 5 dias a mulher fica habitualmente sob internamento hospitalar. É um período caracterizado fisicamente pelo cansaço e pela dor, psicologicamente a mulher é dominada pela experiência do nascimento e pela estranheza e vulnerabilidade do bebé (Colman & Colman, 1994).

Importa ter presente que toda a estrutura psicológica de organização interior que a grávida vivência e que lhe vai permitir preparar-se para a maternidade, apresenta uma certa unidade sequencial, que facilmente poderá ser perturbada quando a gravidez surge de forma imprevista. Na literatura em língua inglesa, ao abordar a problemática do planeamento da gravidez encontramos os termos “*intended*” e “*unintended*” que para uma tradução fiel corresponderia a desejada ou não desejada. Na presente investigação optou-se pelos termos Planeada e Imprevista, conceitos considerados paralelos, mas que no entanto, se revelam mais adequados à sensibilidade das mulheres inquiridas, não apresentando uma conotação afectiva tão forte, factor que poderia funcionar como inibitório das respostas.

Barber et al. (1999) no âmbito de um trabalho de investigação subordinado à temática do planeamento da gravidez, consideram uma subdivisão no contexto da gravidez imprevista, diferenciando as gravidezes que ocorrem em mulheres que não desejam ter filhos ou que já tendo filhos não desejam voltar a engravidar, das

gravidezes que ocorrem em mulheres que desejam outro filho, mas nas quais a concepção ocorre antes do planeado “mistimed pregnancies”. Relativamente a esta subdivisão, tendo em consideração as repercussões da gravidez imprevista na relação afectiva mãe-filho consideram as “mistimed pregnancies” menos severas. Neste contexto Colman & Colman (1994) sublinham que, as circunstâncias que envolvem a gravidez e o nascimento podem marcar de forma duradoura a vida de uma criança.

Importa ainda clarificar que, o conceito de gravidez planeada ou imprevista é uma avaliação feita pela mulher relativamente ao momento da concepção, no entanto, todo o contexto afectivo relativo a esta avaliação é passível de se modificar no decurso da gravidez, pela influência de diversos factores ou circunstâncias, acontecendo com frequência que “*some children born as the result of unwanted pregnancies become wanted by the time they are born*” (Barber et al., 1999: 233).

Sublinha-se o estudo efectuado por Barber et al. (1999), sob a temática da gravidez imprevista, onde conclui, não existir diferença ao nível da saúde física entre as mulheres que têm crianças desejadas e as que têm crianças não desejadas, no entanto as mães de crianças não desejadas são mais deprimidas e menos felizes. Os resultados deste estudo apontam ainda para o facto de que os nascimentos não desejados trazem consequências tanto para as mães como para as crianças, nomeadamente a alteração da saúde mental das mães, relações afectivas mãe-filho de baixa qualidade em termos afectivos e de suporte social e ainda, o incremento da violência e a diminuição da disponibilidade de interacção durante a infância.

Outro estudo efectuado por Fawcus et al. (cited in Mbizvo et al., 1997) revelou existir relação entre a gravidez imprevista e a baixa adesão à vigilância pré-natal com subsequente aumento da mortalidade e morbidade materna e infantil (perinatal).



O referencial teórico parece pois apontar, para sérias repercussões da gravidez imprevista, situações para as quais os técnicos de saúde mais directamente ligados à vigilância de saúde da mulher enquanto grávida, devem dirigir a sua atenção, por forma a, delinear estratégias de intervenção precoce, neste que pode ser considerado um grupo de risco.



OBJECTIVO DO ESTUDO

O principal objectivo da presente investigação é o estudo das dimensões socio-cognitivas da adesão das mulheres à contracepção, numa população de puerperas de um hospital distrital. Considera-se que a mulher que usa estratégias eficazes que lhe permitem escolher o momento ideal para o nascimento de um filho, assim como, o número de filhos que realmente deseja ter, opta por um comportamento saudável relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva. Tendo por referência vários modelos teóricos, entende-se que o nível de informação de carácter contraceptivo, a percepção da auto-eficácia geral, o locus de controlo para a saúde, a satisfação com o suporte social e a atitude face à sexualidade, enquanto dimensões socio-cognitivas podem encontrar-se associados à adesão a comportamentos de saúde. Pretende-se pois com a presente investigação **explicitar a associação existente entre dimensões socio-cognitivas e a adesão das mulheres à contracepção.**

Dadas as complexas repercussões, atrás descritas, que acompanham uma gravidez imprevista, que vão desde questões ligadas a adesão da mulher grávida a uma correcta vigilância da gravidez, até à relação mãe-filho, passando pelo número elevado de interrupções voluntárias da gravidez, revela-se de importância crucial compreender o contexto da adesão das mulheres a uma contracepção eficaz, para que de uma forma consistente e eficaz se elaborem programas de intervenção na



área do planeamento familiar com vista à diminuição do número de gravidezes imprevistas.

Face ao exposto e por forma a funcionar como fio condutor da presente investigação, colocou-se a seguinte questão de investigação:

Qual a relação entre as dimensões socio-cognitivas e a adesão das mulheres à contraceção ?



MÉTODO

PARTICIPANTES

Na presente investigação a amostra foi constituída por mulheres em fase de puerpério, internadas no serviço de obstétrica de um hospital distrital, no período que decorreu entre 15 – 03 – 2000 e 31 – 05 – 2000. O único critério de exclusão utilizado foi o analfabetismo. Optou-se pela aplicação do protocolo de recolha de dados a esta população por questões de acessibilidade. A amostra considera-se assim, não probabilística, seleccionada por conveniência do autor limitado por factores de ordem temporal.

Desta forma todas as mulheres internadas no serviço durante este período de tempo foram inquiridas. Os instrumentos foram preenchidos individualmente pela puerpera após breve explicação de objectivo e conteúdos, efectuada pela investigadora, o período disponível para o preenchimento foi de 24 horas. Algumas das mulheres recusaram participar, alegando cansaço ou falta de disponibilidade. Foram excluídos todos os instrumentos que não se encontravam preenchidos na totalidade. A amostra foi assim constituída por 171 participantes, constituindo aproximadamente 40% do total de instrumentos distribuídos.

As mulheres inquiridas, apresentavam idades compreendidas entre os 17 e os 41 anos, sendo a média de idades de 27.67 ($s = 4.60$). Relativamente à profissão o valor modal recai sobre as profissões relativas a operárias especializadas ou empregadas, técnicas administrativas ou auxiliares. O valor

modal obtido para o nível de instrução insere-se no grupo que inclui, instrução secundária completa, bacharelato ou instrução universitária incompleta. A questão relativa à profissão do companheiro apresentou um valor modal correspondente ao grupo que abrange operários sem qualificação, trabalhadores rurais, vendedores ambulantes.

O nº de filhos das mulheres inquiridas, situa-se entre o máximo de 4 e um mínimo de 1, sendo o valor modal de 1. Para o nº de gravidezes encontramos um valor máximo de 5 e um mínimo de 1, sendo o valor modal de 1. 95.9 % das mulheres referem ter actividade sexual de forma regular. 93.6 % referem já ter usado algum método contraceptivo. Relativamente ao último método contraceptivo usado, 75.4 % referem a pílula, 14.6% apontam o preservativo, tendo apenas 1.8 % usado como último contraceptivo o DIU da mesma forma que apenas 1.8% optaram pelo uso de outros contraceptivos.

Antes da gravidez 66.7 % das mulheres referem ter abandonado o método contraceptivo que se encontravam a usar pelo desejo de engravidar, 26.9 % utilizaram inadequadamente o contraceptivo em uso e 6.4% não usavam qualquer tipo de contracepção. Das mulheres inquiridas 71.3% considera a gravidez actual planeada, enquanto que 28.7% das inquiridas consideram a gravidez actual imprevista.

MATERIAL

Tendo em vista a avaliação das dimensões socio-cognitivas da adesão das mulheres à contraceção, fez-se uso de um protocolo de recolha de dados (Anexo B). Após uma primeira parte destinada à recolha de dados demográficos por forma a obter uma caracterização da amostra, surge um conjunto de questões através das quais se pretende mensurar a adesão das mulheres à contraceção pela contextualização da gravidez. As participantes foram inquiridas relativamente, ao método contraceptivo em uso antes da gravidez, às razões que estiveram na base do seu abandono e ainda quanto ao facto de considerarem a presente gravidez planeada ou imprevista.

Com as secções seguintes pretende-se uma avaliação das dimensões socio-cognitivas. Recorreu-se ao uso de diversos instrumentos, nomeadamente:

- Instrumento para avaliação do nível de informação de carácter contraceptivo,
- Instrumento para avaliação da valorização da gravidez,
- Instrumento para avaliação da satisfação com o suporte social,
- Instrumento para avaliação da auto-eficácia geral percebida,
- Instrumento para avaliação do locus de controlo para a saúde,
- Instrumento para avaliação da atitude face à sexualidade.

Cada um dos instrumentos utilizados irá ser apresentado em seguida de forma mais detalhada.

Nível de Informação de Carácter Contraceptivo

O nível de informação de carácter contraceptivo foi avaliada através de um instrumento construído para o efeito, no âmbito da presente investigação. Foi solicitada a colaboração de um júri de peritos na sua execução, seleccionaram-se 16 itens que reflectissem a informação necessária para o uso efectivo dos métodos contraceptivos existentes. Após inspecção da relação entre itens e revisão teórica obteve-se uma escala unidimensional, constituída por 12 itens de resposta dicotómica (Verdadeiro / Falso):

- a. O coito interrompido (*cuidado*) é um método anticoncepcional eficaz.
- b. O DIU é uma aparelho colocado pelo médico dentro do útero para evitar a gravidez.
- c. A vasectomia é uma forma definitiva de prevenir a gravidez.
- d. Os espermicidas são métodos pouco eficazes.
- e. O método do calendário é um método eficaz.
- f. Quando se ingerem antibióticos pode ser alterado o efeito da pílula.
- g. Todos os métodos anticoncepcionais protegem das doenças sexualmente transmissíveis.
- h. As mulheres podem engravidar enquanto amamentam.
- i. A mulher pode engravidar quando tem relações durante a menstruação.
- j. O diafragma é um método anticoncepcional.
- k. A presença de febre não afecta o método das temperaturas.

- I. A pílula do dia seguinte pode ser tomada até 3 dias após uma relação sexual desprotegida.

Com o objectivo de obter o resultado global da escala de Nível de Informação de Carácter Contraceptivo, foi feita uma codificação das respostas atribuído o valor (0) às respostas erradas e o valor (1) às respostas correctamente respondidas, sendo o score total de 12.

O estudo das características psicométricas desta escala, numa população de puerperas, mostrou um valor de consistência interna, α de Cronbach, de 0.65, tendo sido obtido um valor médio para as questões respondidas correctamente de 8.99.

Valorização da Gravidez

Com a colaboração de um júri de peritos foi construída uma escala dicotómica (Concordo / Discordo), unidimensional, na qual foram reunidas 12 afirmações que traduzissem a valorização que a mulher atribui à vivência da gravidez. Após inspecção da relação entre itens e revisão teórica obteve-se uma escala constituída por 8 itens:

- a. É bom estar grávida.
- b. As mulheres grávidas ficam mais bonitas.
- c. O homem não gosta de ter relações com a mulher grávida.
- d. Quando se está grávida as pessoas não reparam em nós, só na barriga.
- e. A gravidez é inestética.
- f. A gravidez é incómoda.

- g. A gravidez não é importante, o importante é o bebé.
- h. A gravidez limita fisicamente.

Após codificação das respostas atribuindo-se (0) às respostas negativas e (1) às respostas positivas obteve-se um score total de 8.

O estudo das características psicométricas desta escala revelou uma consistência interna, α de Cronbach, de 0.60 e um valor médio de 5.52 numa amostra de puerperas.

Satisfação com o Suporte Social

Para avaliar esta variável foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999a). O autor seleccionou inicialmente 20 itens que *“reflectissem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente com a que têm com os actores sociais com quem interagem, tais como familiares e amigos e com as actividades sociais que desenvolvem”* (Ribeiro, 1999a: 552). Por forma a garantir a validade de conteúdo, procedeu à inspecção e correcção dos itens seleccionados por um grupo de 3 juizes, após o que, estes foram passados aos participantes.

Feita a análise de componentes principais a escala obtida constituiu-se por 15 itens agrupados em quatro factores que explicam 63,1% da variância total:

- Satisfação com os amigos (5 itens)
 - a. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.
 - b. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.

- c. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.
- d. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.
- e. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho
- Intimidade, (4 itens)
 - f. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.
 - g. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.
 - h. Mesmo nas situações mais embaraçosas se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.
 - i. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.
- Satisfação com a família (3 itens)
 - j. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família.
 - k. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família.
 - l. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família.
- Actividades sociais (3 itens)
 - m. Não saio com amigos tantas vezes como gostaria.
 - n. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.
 - o. Gostava de participar mais em actividades de organizações (clubes de desporto, associações de solidariedade social, etc.).

A consistência interna, α de Cronbach obtida para a escala total é de 0.85.

A análise da validade discriminante dos itens permitiu concluir que as sub escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as relativas aos amigos,

com cada uma delas por si só, a explicar mais de dois terços da variância da escala total. A validade de critério foi investigada com base em medidas de saúde e bem-estar e com medidas de mal-estar, nomeadamente:

- Auto conceito geral
- Gravidade que atribui aos acontecimentos de vida
- Acontecimentos de vida
- Avaliação da auto eficácia geral
- Saúde geral
- Sintomas físicos de mal estar
- Saúde mental
- Percepção geral de saúde

Pressupõe-se a existência de correlações positivas entre a ESSS e medidas indicadoras de saúde e a existência de correlações negativas entre a mesma e medidas indicadoras de mal-estar, factos que se verificam. Após verificação de validades de conteúdo de constructo e de critério, o autor considera a ESSS “*sensível e válida*” (Ribeiro, 1999a: 556).

A versão final da ESSS é assim constituída por 15 itens para auto preenchimento, face aos quais o indivíduo se deverá posicionar numa escala tipo Likert com cinco posições: concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente. Muito embora sejam consideradas sub-escalas, é considerado um score total para avaliação do instrumento.

O estudo psicométrico desta escala numa população de puerperas, traduziu uma consistência interna, α de Cronbach, de 0.82 e um valor médio de 55.88.

Auto-Eficácia Geral Percepcionada

Para avaliar esta variável foi usada a tradução portuguesa da Self-efficacy Scale de Sherrer, Madux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rodgers de 1982. Na sua versão original esta escala apresenta-se com 23 itens, conservados após tratamento estatístico de um conjunto inicial de 36 itens, seleccionados com base na validade de conteúdo. Apresenta-se com formato de resposta tipo Likert para 14 pontos, de auto – preenchimento.

Após tratamento estatístico, os autores escolheram uma solução factorial de dois factores, denominando-os:

- Auto-eficácia geral (17 itens)
- Auto-eficácia social (6 itens)

O primeiro factor foi ainda subdividido em duas dimensões:

- a) iniciação
- b) persistência e eficácia perante a adversidade.

A validade de constructo foi verificada, entre outras, com a escala de locus de controlo de Rotter de 1966, tendo os autores concluído não existir relação entre os resultados das duas escalas. A consistência interna foi efectuada com recurso ao coeficiente α de Cronbach, apresentando valores de 0.86 e 0.71 para cada um dos factores da escala.

A self-efficacy Scale foi adaptada à língua portuguesa por José Luís Pais Ribeiro e publicada em 1995. O procedimento de adaptação envolveu várias fases:

- Tradução dos itens do questionário
- Reflexão falada com membros da população alvo
- Avaliação dos itens por especialistas

- Passagem do questionário
- Tratamento psicométrico dos itens

A equivalência semântica dos itens foi tida em conta no decurso do procedimento de adaptação no momento da reflexão falada com a população alvo, assim como, quando os itens foram avaliados por especialistas. Os coeficientes α de Cronbach apresentam valores idênticos em ambas as escalas, donde se conclui existir equivalência de medida. Relativamente à equivalência funcional do teste e de acordo com os resultados da variância total, conclui-se que a adaptação portuguesa apresenta melhores propriedades estatísticas que a escala original.

Após análise factorial de componentes principais o autor identificou três factores:

- Iniciação e persistência (6 itens)
 - a. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los
 - b. Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar.
 - c. Sou uma pessoa autoconfiante
 - d. Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.
 - e. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas.
 - f. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia.
- Eficácia perante a adversidade (5 itens)
 - g. Quando não consigo fazer as coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir.
 - h. Se uma coisa me parece muito complicada, não sequer realizá-la.
 - i. Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado.

- j. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso desisto facilmente.
- k. Desisto facilmente das coisas.
- Eficácia social (4 itens)
 - l. Tenho dificuldade em fazer novos amigos.
 - m. Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa.
 - n. Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.
 - o. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.

O formato de resposta ao questionário é tipo Likert, numa escala de 7 pontos, podendo os resultados assumir um score total, ou um perfil das diferentes sub-escalas. O valor do resultado é directamente proporcional à percepção de eficácia.

Para análise da validade de critério o autor utilizou como critério:

- A nota escolar média de acesso dos sujeitos da amostra à universidade
- A nota escolar média dos resultados actuais
- A nota da percepção de saúde (*General Health Perception Battery* do *Rand's Health Perceptions Study*)
- A nota, quer dos vários domínios do questionário de avaliação de comportamentos / atitudes, quer do questionário total (*Life – Style Assessment Questionnaire*)

Verificam-se correlações significativas entre a escala de Auto-Eficácia Geral e alguns critérios utilizados, assim como, se verifica correlação entre sub-escalas do questionário de Auto-Eficácia Geral e alguns dos critérios seleccionados.



Para análise da validade discriminante o autor utilizou as notas da escala de Locus de Controlo para a Saúde de Ribeiro de 1994, não se observando correlação significativa entre os resultados das duas escalas. A validade convergente foi verificada pela utilização de uma escala de Auto-Conceito de Ribeiro de 1994, tendo-se concluído que a escala de Auto-eficácia Geral explica 50% da variância da escala de avaliação do Auto-Conceito. A consistência interna, α de Cronbach, obtida para a escala total é de 0.84. após determinação da diversas faces da validade do presente teste o autor conclui que “a adaptação da *The Self-efficacy Scale* como uma escala de avaliação da Auto-Eficácia Geral possui propriedades métricas adequadas que permitem a sua utilização para esse fim” (Ribeiro, 1995: 172).

O estudo psicométrico desta escala numa população de puerperas, traduziu uma consistência interna, α de Cronbach, de 0.79 e um valor médio de 79.09.

Locus de Controlo para a Saúde

Para avaliar esta variável recorreu-se ao uso da Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) de Wallston & Wallston (1978) na sua versão portuguesa de Telmo Baptista. Segundo Norman & Bennett (1996: 72) “*the most widely used measure of HLC, although it has a number of differing forms, is the MHLC scale*”. Inicialmente este instrumento foi desenvolvido como medida unidimensional, avaliando os indivíduos relativamente ao seu locus de controlo para a saúde num continuo compreendido entre o locus de controlo interno e o locus de controlo externo. Face a esta classificação surgiram críticas (Levenson, 1974), pelo

que foi posteriormente reformulada, tendo surgido então, como uma medida multidimensional, considerando três dimensões:

- Locus de Controlo Interno
- Locus de Controlo Outros Poderosos
- Locus de Controlo Sorte

Cada uma das três escalas compreende um conjunto de 6 itens com os quais se pretende medir a força das diferentes percepções do controlo, usando uma escala tipo Likert de 6 pontos para auto-preenchimento.

Foram desenvolvidas duas formas equivalentes (A e B) da Escala Multidimensional de Locus de Controlo para a Saúde, com base nas respostas de uma amostra de 115 pessoas com mais de 16 anos seleccionadas por randomização da população que utilizava um aeroporto local americano. Foi feita inspecção da relação entre os itens e foram seleccionados da pool inicial um conjunto de 6 itens por cada sub-escala. A consistência interna para as 3 sub-escalas da forma A foram:

- 0.77 – locus de controlo interno
- 0.67 – locus de controlo outros poderosos
- 0.75 – locus de controlo sorte

Verificaram-se correlações significativas entre as duas formas de cada escala, verificando-se ainda que as sub-escalas de locus de controlo interno e de locus de controlo outros poderosos se revelavam independentes e que as sub-escalas locus de controlo interno e locus de controlo sorte apresentavam correlação negativa.

Segundo Norman & Bennett (1996: 73), muito embora no relatório de Wallston relativo à MHLC não surgisse um estudo de validação, o manancial de dados hoje disponíveis, resultantes da aplicação da mesma em diversos estudos permite considerar *“the factor structure and the reliability of form A satisfactory”*.

Foram feitos estudos comparativos com outros instrumentos de medida para o mesmo constructo tendo-se concluído que *“the psychometric superiority of the Wallston instrument makes this the instrument of choice”* (Norman & Bennett, 1996: 74).

A tradução para a língua portuguesa foi realizada pelo Professor Telmo Baptista. O processo de validação para a população portuguesa encontra-se em fase de conclusão.

A aplicação da MHLC – versão portuguesa, a uma população de puerperas originou uma supressão de dois itens após inspecção da relação entre itens e revisão teórica:

- a. Se ficar doente é o meu próprio comportamento que determina a rapidez das minhas melhoras.
- b. Não importa o que faça, se tiver de adoecer, adoecerei.
- c. Ir ao médico regularmente é a melhor maneira de evitar adoecer.
- d. Muitas das coisas que afectam a minha saúde acontecem-me por acaso.
- e. Sempre que não me sinta bem devo consultar um médico.
- f. Quando adoço sou eu a culpada.
- g. A sorte tem um papel importante no determinar da rapidez com que eu recupero de uma doença.
- h. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.
- i. Estar bem de saúde é em grande parte uma questão de boa sorte.
- j. A principal coisa que afecta a minha saúde é aquilo que eu faço.
- k. Se cuidar de mim próprio posso evitar a doença.
- l. Quando eu recupero de uma doença, é normalmente porque outras pessoas (médicos, enfermeiras, família, amigos) cuidaram muito bem de mim.
- m. Faça o que fizer, é sempre possível que fique doente.
- n. Se tiver de ser, terei saúde.

- o. Se agir correctamente, poderei manter-me saudável.
- p. No que diz respeito, à minha saúde, só posso fazer o que o meu médico me diz para fazer.

O estudo das características psicométricas (α de Cronbach) para esta população revelou:

- locus de controlo interno (5 itens) - α de Cronbach de 0.56
- locus de controlo outros poderosos (5 itens) - α de Cronbach de 0.55
- locus de controlo sorte (6 itens) - α de Cronbach de 0.54

Atitude Face à Sexualidade

Com vista à avaliação desta variável usou-se uma versão portuguesa (Costa, 1997) da Sexual Opinion Survey (SOS) de Fisher et al. (1988). Os autores da escala original deram início ao processo através da criação de um conjunto de 53 itens com os quais se pretendia dar resposta a um conjunto de temas de cariz sexual, nomeadamente, comportamento heterossexual e homossexual, fantasias sexuais e estímulos visuais. Cada item descreve uma resposta baseada em uma avaliação afectiva de uma situação ou actividade sexual. Os inquiridos assinalam o seu grau de concordância ou discordância numa escala tipo Likert de 7 pontos.

Em conjunto com a Sexual Opinion Survey os autores aplicaram também uma escala de deseabilidade social por forma a verificar a validade discriminante. O passo seguinte foi a visualização por parte dos sujeitos de um conjunto de slides onde se descreviam diversas actividades de carácter sexual face às quais estes deveriam justificar as suas reacções emocionais positivas ou negativas de acordo

com os estímulos. Foram assim encontrados 21 itens apresentando correlação significativa com as respostas afectivas aos slides eróticos. Segundo os autores, os 21 itens mostraram-se preditores consistentes das respostas emocionais ao estímulo sexual. A consistência interna avaliada através do α de Cronbach apresenta um valor de 0.88 para a escala total. Encontrou-se correlação significativa entre os valores da escala e as respostas afectivas ao estímulo erótico, verificando-se assim a validade convergente. Não foi encontrada relação significativa entre a escala de desejabilidade social e a Sexual Opinion Survey (validade discriminante).

Após a análise factorial de componentes principais os autores identificaram três factores:

- Open sexual display (10 itens)
- Sexual variety (7 itens)
- Homoeroticismo (4 itens)

Outros estudos no âmbito da sexualidade humana recorreram ao uso da SOS. Fernandez & Lorenzo (1996), pretendendo avaliar as atitudes face à sexualidade de uma amostra de estudantes universitários recorreu à SOS considerando que a sua aplicação constitui um adequado instrumento de medida das atitudes face à sexualidade. Costa (1997) utilizou o mesmo instrumento num estudo comparativo da atitude face à sexualidade em mulheres grávidas e não grávidas, por ter obtido resultados satisfatórios, nomeadamente correlação entre a atitude face à sexualidade e o nível de informação de carácter específico (sexual) julgou importante utilizar a mesma medida na presente investigação.

Após aplicação da escala a uma população de puerperas procedeu-se à inspecção entre itens e revisão teórica, após o que foram suprimidos 12 itens:



- a. O material erótico (livros e/ou filmes) é algo sujo e as pessoas não o deveriam descrever de outra forma.
- b. Sentir-me-ia magoada se descobrisse que um amigo/a íntimo era homossexual.
- c. Ficaria envergonhada se as pessoas pensassem que estou interessada no sexo oral.
- d. Não me causa embaraço pensar que poderia ter tendências homossexuais.
- e. Quase todo o material erótico me repugna.
- f. Sentir-me-ia emocionalmente mal se visse alguém exibir-se publicamente.
- g. Não gostaria de ver um filme erótico (de conteúdo sexual)
- h. Sinto náuseas se pensar ver um filme no qual apareça a masturbar-se uma pessoa do meu próprio sexo.
- i. Não me agrada ter sonhos de conteúdo sexual.
- j. Não sinto nenhuma curiosidade por material de conteúdo sexual (livros, filmes)

A consistência interna traduzida no α de Cronbach apresentou um valor de 0.71.



PLANIFICAÇÃO

A presente pesquisa decorre essencialmente de razões de ordem prática, passando pelo desejo de conhecer determinada realidade, para nela poder intervir por forma a prevenir, tratar ou reabilitar o indivíduo. Pretende-se pois, a aplicação dos conhecimentos adquiridos, tendo por base a identificação e compreensão das dimensões socio-cognitivas que condicionam a adesão das mulheres à contraceção. Só na posse destes dados se podem inferir linhas de actuação na educação para a saúde, no âmbito do seguimento pré-concepcional.

O desenho do presente estudo é pois do tipo exploratório descritivo transversal (Ribeiro, 1999b), dado que, o grupo de puerperas foi avaliado num único momento, por forma a obter dados que permitissem o estabelecimento de uma relação entre as dimensões socio-cognitivas e a adesão das mulheres à contraceção.



PROCEDIMENTO

Dada a sensibilidade do tema em estudo, foram tidas em conta algumas questões éticas como sejam, o pedido de consentimento informado para realização do estudo aos participantes, a garantia de anonimato dos questionários e o pedido de autorização formal às instituições nas quais foram aplicados, assim como, o pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados.

Para a concretização da pesquisa na população de puerperas do Serviço de Obstétrica, contactou-se formalmente o Conselho de Administração do hospital, fornecendo informação relativa aos objectivos, finalidades e importância do estudo. O pedido foi autorizado e o protocolo de colheita de dados foi aplicado no período compreendido entre 15/03/00 a 31/05/00.

A fim de garantir que as perguntas seriam compreendidas e as respostas corresponderiam de facto às informações procuradas, foi imperioso testar previamente os instrumentos de recolha de dados. Assim, esta operação consistiu, na aplicação prévia do protocolo de colheita de dados, a um pequeno número de puerperas (dez) que internadas no serviço de obstétrica em fase de puerpério.

Este pré-teste (Anexo A), permitiu detectar as questões deficientes, os esquecimentos, as ambiguidades e todos os problemas que as respostas levantam. Assim, a fim de tornar o protocolo de recolha de dados de mais fácil compreensão pelas puerperas, tivemos necessidade de reformular algumas questões,



nomeadamente, as questões relacionadas com o tempo de utilização, eficácia, comodidade e local de aquisição do último método contraceptivo usado, por as respostas não se revelarem pertinentes no contexto da presente investigação, a questão 3d) também foi reformulada por forma a ser mais clara. Na tentativa de otimizar os resultados, só depois de testados os instrumentos, se procedeu à recolha dos dados.

O protocolo de recolha de dados foi passado em enfermaria por uma questão de acessibilidade. Após descrição do objectivo do estudo, foi lida em conjunto com cada participante a folha de rosto do protocolo. Pediu-se o consentimento informado, garantindo o anonimato e a liberdade de participação, após o que, se assentissem em participar, passava-se a um esclarecimento detalhado relativo à forma de preenchimento de cada instrumento. O protocolo de recolha de dados é de auto-preenchimento e foi deixado para ser completado por um período de 24 horas.



RESULTADOS



ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram codificados (Anexo C) e introduzidos numa base de dados informatizada e os procedimentos e análise estatística foram efectuados através do "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS 6.0, 1993). Para todos os procedimentos e análises estatísticas foi utilizado um intervalo de confiança de 95%.

Seguindo a ordem segundo a qual aparecem os instrumentos agrupados no protocolo de investigação, a análise dos resultados relativos à avaliação do nível de informação de carácter contraceptivo, conduziu a um intervalo de valores compreendido entre 1 e 12, sendo o valor médio de 8.99 e o valor modal de 10, equivalente a um nível de informação considerado satisfatório. Os itens que apresentam maior percentagem de respostas correctas são o c4, i4, j4, k4, com valores respectivamente de 92.4 %, 90.6 %, 92.4% e 90.6 %. Os itens com maiores percentagens de respostas erradas são o d4, g4, l4 e o p4, com percentagens de respostas erradas respectivamente de 43.3%, 29.8%, 39.8% e 69.6%.

Para a valorização da gravidez obteve-se um intervalo de valores compreendido entre 0 e 8, o valor médio recaiu em 5.53 e o valor modal foi de 7. Podemos dizer que 53.8% das mulheres responderam de acordo com uma valorização positiva da gravidez.

Relativamente à avaliação da satisfação com o suporte social obteve-se um intervalo de valores compreendido entre 19 e 75. O valor médio encontrado foi de 55.89 para um valor modal de 61.

Para a avaliação da auto-eficácia geral percebida encontramos na amostra em estudo um intervalo de valores compreendido entre 33 e 105. O valor médio encontrado é de 79.09 e o valor modal de 84.

Pela avaliação do locus de controlo para a saúde nas suas três subescalas encontrou-se para a subescala locus de controlo interno um intervalo de valores compreendido entre 7 e 30, o valor médio foi de 20.09 e o valor modal de 18. Para a subescala locus de controlo sorte os valores encontrados oscilaram entre 6 e 30, sendo 18.86 o valor médio e 20 o valor modal. Para a subescala locus de controlo outros poderosos obteve-se um intervalo de valores compreendido entre 9 e 30, sendo o valor médio de 20.17 e o valor modal de 20.

Ao avaliar a atitude face à sexualidade obteve-se um intervalo de valores compreendido entre 6 e 60. O valor médio foi de 34.83 e o valor modal de 42.

Relações entre Variáveis

Na tentativa de esclarecer uma possível relação existente entre planeamento da gravidez e a idade da mulher recorreu-se ao uso do teste de qui-quadrado (χ^2). Conclui-se existir uma associação significativa entre variáveis, sendo o $\chi^2 = 11.59$, com 2 grau de liberdade, para um $p < 0.05$, obtendo-se para o V de Cramer um valor de 0.26.

Investigando uma possível relação existente entre planeamento da gravidez e informação de carácter contraceptivo recorreu-se ao uso de qui-quadrado (χ^2). Conclui-se existir uma associação significativa entre variáveis, sendo o $\chi^2 = 6.26$, com 1 grau de liberdade e para um $p < 0.05$, obtendo-se para o V de Cramer um valor de 0.19.

Tendo por base na utilização do teste de qui-quadrado conclui-se não existir associação significativa entre planeamento da gravidez e as seguintes variáveis:

- Auto-eficácia geral percebida
- Satisfação com o suporte social
- Locus de controlo para a saúde (em qualquer das suas subescalas)
- Atitude face à sexualidade

Na tabela 1 esquematizam-se os valores relativos à aplicação do teste qui-quadrado para investigação de associações entre o planeamento da gravidez e as distintas variáveis.

Tabela 1. Identificação das associações existentes entre o planeamento da gravidez e outras variáveis

	Planeamento da gravidez			
	χ^2	df	p	V de Cramer
Idade	11.59	2	0.003	0.26
Inform. de carácter contraceptivo	6.26	1	0.01	0.19
Valorização da gravidez	3.30	1	0.06	0.14
Satisfação com o suporte social	0.92	2	0.95	0.02
Auto-eficácia geral	0.52	2	0.77	0.05
Locus de controlo interno	0.37	2	0.83	0.04
Locus de controlo externo	0.17	2	0.92	0.03
Locus de controlo outros	2.47	2	0.29	0.12
Atitude face à sexualidade	0.01	2	0.99	0.009

Nota: considerou-se existir associação significativa para um $p < 0.05$

Face a variáveis intervalares e pretendendo identificar a força e a direcção da associação entre as mesmas, procedeu-se à aplicação de uma medida de correlação, o coeficiente de correlação de Pearson utilizando sempre um intervalo de confiança de 95% ($p < 0.05$).

A utilização do coeficiente de correlação de Pearson permitiu-nos concluir existirem correlações positivas entre:

- Atitude face à sexualidade e auto-eficácia geral percebida
- Atitude face à sexualidade e satisfação com o suporte social
- Atitude face à sexualidade e valorização da gravidez

- Auto-eficácia geral percebida e o nível de informação de carácter contraceptivo
- Auto-eficácia geral percebida e satisfação com o suporte social
- Auto-eficácia geral percebida e valorização da gravidez actual
- Nível de informação de carácter contraceptivo e a valorização da gravidez
- Valorização da gravidez e satisfação com o suporte social

Foram ainda encontradas correlações negativas entre;

- Nº de filhos e valorização da gravidez
- Habilitações literárias e nível de informação de carácter contraceptivo
- Habilitações literárias e satisfação com o suporte social
- Habilitações literárias e valorização da gravidez
- Locus de controlo sorte e idade
- Locus de controlo sorte e nível de informação de carácter contraceptivo (importa ter em conta que o item Habilitações Literárias é avaliado inversamente – ver codificação) .

Na tabela 2 são esquematicamente apresentadas todas as correlações significativas encontradas entre as variáveis avaliadas, pela utilização do coeficiente de correlação de Pearson.

**Tabela 2 – Identificação das correlações significativas existentes entre variáveis**

	Atitu.sex	Nºfilhos	Auto- eficácia	habilita	Idade	Inform	locusin	locusor	locusou	suportes	Valoriza
Atitu.sex			r= 0.30 p<0.000	r= -0.23 p<0.002						r= 0.22 p<0.003	r= 0.17 p<0.021
Nºfilhos				r= 0.22 p<0.003	r=0.24 p<0.001						r= - 0.28 p<0.000
Auto Eficacia	r= 0.30 P<0.000			r= - 0.26 p<0.000		r= 0.20 p<0.007				r= 0.37 p < 0.000	r= 0.31 p<0.000
Habilita	r=-0.23 P<0.002	r= 0.22 p<0.003	r= - 0.26 p<0.000		r=-0.19 p<0.013	r=-0.41 p<0.000			r= 0.23 p<0.002	r= -0.21 p<0.005	r= -0.22 p<0.004
Idade		r= 0.24 p<0.001		r= -0.19 p<0.013		r= 0.16 p<0.033		r= -0.16 p<0.029	r= -0.19 p<0.013		
Inform			r= 0.20 p<0.007	r=-0.41 p<0.000	r= 0.16 p<0.033			r= -0.20 p<0.007			r= 0.17 p<0.023
Locusin											
Locusort					r=-0.16 p<0.029	r=-0.20 p<0.007					
Locusout				r= 0.23 p<0.002	r=-0.19 p<0.013						
Suportes	r= 0.22 p<0.003		r= 0.37 p<0.000	r= -0.21 p<0.005							r= 0.24 p<0.001
Valoriza	R= 0.17 P <0.021	r= - 0.28 p<0.000	r= 0.31 p<0.000	r= -0.22 p<0.004		r= 0.17 p<0.023				r= 0.24 p <0.001	

Nota: considerou-se existir associação significativa para um $p < 0.05$



DISCUSSÃO



Com o presente estudo pretendeu-se descrever e reflectir, na amostra escolhida, a adesão das mulheres à contracepção. Optou-se por não limitar o estudo a um conjunto de hipóteses, mas sim, com base nos dados recolhidos e tendo por referência a questão de investigação, descrever as possíveis associações encontradas entre as variáveis identificadas.

Relativamente aos dados que traduzem os comportamentos contraceptivos das mulheres inquiridas, importa referir o paralelismo encontrado face aos padrões nacionais (Portugal – Instituto Nacional de Estatística, 1997). A pílula aparece como o método preferencialmente usado sendo o preservativo a segunda opção contraceptiva mais adoptada. Os restantes métodos contraceptivos apresentam valores pouco significativos. Existe pois uma preferência clara, pelos métodos contraceptivos mais seguros em detrimento dos métodos menos eficazes, em termos de prevenção da gravidez.

Ao abordar o planeamento da gravidez, que dá acesso à adesão da mulher à contracepção, variável central da presente investigação, encontram-se algumas discrepâncias relativamente aos padrões nacionais (Portugal - Ministério da Saúde, 1999b). Os valores relativos ao número de gravidezes planeadas surge como significativamente superior. Identifica-se aqui, uma das limitações da presente pesquisa, como já atrás referido. O conceito de gravidez planeada ou imprevista, é resultante de uma avaliação da mulher, que pode ser enviesada pelo estadio em que esta se encontra. Hipoteticamente consideramos que, se a mesma questão tivesse sido colocada no início da gravidez os dados obtidos poderiam apresentar diferenças. O avançar da gravidez que culmina com o nascimento, pode introduzir alterações na atitude da mulher face à mesma. Uma gravidez inicialmente

imprevista pode conduzir a um filho desejado na altura do nascimento, facto que pode impedir ou dificultar o acto da mulher se reportar ao momento da concepção (Barber et al., 1999).

Encontrou-se uma associação significativa entre o planeamento da gravidez e a idade da mulher, verificando-se que o maior número de gravidezes planeadas centra-se no grupo etário dos 25 aos 32 anos. Estes dados permitem estabelecer um paralelismo com os dados da bibliografia consultada, relativos à prevalência do recurso à IVG, que surgem como significativos nas idades extremas (Portugal - Instituto Nacional de Estatística, 1997).

Salienta-se a associação encontrada entre o planeamento da gravidez e o nível de informação de carácter contraceptivo. Considera-se, este um aspecto fundamental da presente investigação. Ogden (1999) considera que a informação de saúde tem como objectivo aumentar o conhecimento, facto que determinará a adesão a comportamentos preventivos ligados à saúde. Não obstante, as particularidades de cada mulher / casal, todo o sistema de saúde é o motor responsável pela criação e divulgação de uma rede eficiente de serviços de informação e suporte ao planeamento familiar, que tendo por base a disponibilidade de informação e recursos, permita que a mulher / casal disponha das condições necessárias para decidir sobre a sua vida, controlando a sua fertilidade no relativo ao número e intervalo entre os filhos. A mulher / casal deve ter na sua mão a possibilidade de exprimir a sua sexualidade como componente enriquecedora das suas relações afectivas, sem o medo de uma gravidez imprevista. Muito embora seja notório o esforço que tem vindo a ser desenvolvido por todas as entidades responsáveis pela saúde pública no âmbito da saúde reprodutiva, muito há ainda por concretizar, passando por importantes questões como a desburocratização dos serviços e a aproximação entre o sistema de saúde e a população, pondo em

prática estratégias que incrementem a acessibilidade de todos, à informação e recursos que promovam a sua saúde sexual e reprodutiva.

A percepção de auto-eficácia considera-se um bom predictor dos comportamentos de saúde, na medida em que, afecta a intenção para a acção, o esforço despendido para atingir os objectivos e a persistência na manutenção do comportamento (Schwarzer & Fuchs, 1996). Pela análise dos dados encontra-se relação entre a auto-eficácia geral e o nível de informação de carácter contraceptivo, facto este, que sugere que mulheres com maiores níveis de auto-eficácia tendem a procurar mais e melhor informação ou ainda que, o nível de informação mais elevado seja factor de importante incremento da percepção de auto-eficácia. Deixamos aqui como sugestão para investigações futuras o esclarecimento do sentido desta relação.

Na prática considera-se que o conhecimento dos utentes relativamente à sua percepção de auto-eficácia facilita a definição de objectivos e a planificação das estratégias de actuação. Importa não só fornecer os recursos mas também levar os indivíduos a acreditarem que são capazes de os usarem eficientemente. Sugere-se o uso de técnicas como o *role playing* e a *modelagem* na educação para a saúde para incrementar a percepção de auto-eficácia (Gilchrist & Schinke, 1983).

Os dados documentam ainda relações importantes entre as habilitações literárias e o nível de informação de carácter contraceptivo, revelando que as mulheres mais diferenciadas culturalmente possuem maior possibilidade de influenciar positivamente os diferentes comportamentos condicionantes da saúde (Portugal – Ministério da Saúde, 1999b), nomeadamente ao nível da saúde sexual. Este facto fornece mais uma importante linha de orientação para a prestação de cuidados, é universalmente assumida mas nem sempre tem tradução nos cuidados prestados às populações. Os indivíduos que recorrem aos serviços de saúde têm necessidades diferentes de acordo com um sem número de características

personais. É da responsabilidade de quem presta cuidados a consciencialização que a informação transmitida não pode ser normalizada. O tipo de linguagem e as estratégias para a transmitir devem adequar-se aos sujeitos, tendo em conta entre outros aspectos a sua diferenciação cultural.

Encontra-se ainda relação entre as habilitações literárias, o nível de informação de carácter contraceptivo e a valorização da gravidez, sugerindo assim que as mulheres culturalmente mais diferenciadas valorizam mais a gravidez, facto que pode hipoteticamente ser relacionado com a estabilidade económica e social, questões, que são deixadas em aberto para futuras investigações.

O nível de informação de carácter contraceptivo surge ainda correlacionado negativamente com o locus de controlo sorte. De acordo com a literatura consultada os indivíduos com um locus de controlo centrado na sorte acreditam que o seu estado de saúde é independente ao tipo de comportamentos que desenvolvem, entendendo a sorte ou o destino como determinantes da sua saúde (Norman & Bennett, 1996). O locus de controlo para a saúde relaciona-se ainda com o tipo e o estilo de comunicação que os indivíduos esperam dos profissionais de saúde (Ogden, 1999). Sugere-se pois e de acordo com os dados, que os indivíduos com um locus de controlo sorte têm mais dificuldade em procurar e interiorizar informação de carácter contraceptivo, facto que deve ser tido em conta no investimento feito na educação destes indivíduos.

Os dados documentam uma correlação negativa entre a valorização da gravidez e o número de filhos, o que permite concluir que as primeiras gravidezes são vivenciadas de uma forma mais positiva. Equaciona-se a possibilidade de este facto se encontrar associado à inexistência de outros filhos, permitindo um maior investimento afectivo na gravidez. Sugere-se o esclarecimento desta relação em investigações futuras. A valorização da gravidez surge ainda directamente relacionada com a percepção de auto-eficácia e com a atitude face à sexualidade.

Como já várias vezes descrito, uma percepção de auto-eficácia elevada permite ao indivíduo acreditar que a sua “performance” pode ser adequada face a uma situação particular, desta forma a sua percepção de competência relativamente ao desafio influencia a percepção do mesmo, a motivação e o desempenho (Banyard, 1996). O nível elevado de auto-eficácia associa-se a uma antecipação otimista do cenário em causa (Schwarzer & Fuchs, 1996).

A gravidez e o nascimento de um filho surge como um desafio importante na vida da mulher / casal. A mulher sofre transformações físicas e psicologicamente há reestruturações a fazer. O casal vive uma nova fase da sua intimidade. A expressão da sexualidade pode ser um ponto de equilíbrio e satisfação do casal ou não, de acordo como esta for vivenciada. Neste sentido, a relação encontrada entre atitude face à sexualidade e valorização da gravidez parece pois sugerir, que uma atitude mais positiva face à sexualidade no decurso da gravidez poderá proporcionar à mulher um contexto mais gratificante e satisfatório conducente a uma valorização mais positiva da gravidez.

Consideramos de extrema importância a relação encontrada entre a valorização da gravidez e a satisfação com o suporte social. O redimensionamento dos papéis e das relações que a mulher enquanto grávida terá que fazer conduz muitas vezes a períodos de stress e ansiedade, durante os quais esta ficará mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, criando-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros (Colman & Colman, 1994). O suporte social melhora a saúde e o bem estar face a situações de stress (Banyard, 1996). A análise dos dados leva-nos a concluir que independentemente do planeamento da gravidez esta é mais ou menos valorizada de acordo com a satisfação existente com o suporte social. Neste sentido parece pois fundamental na vigilância da gravidez incentivar ou incrementar o apoio social usando estratégias, como sendo, chamar o companheiro, outros filhos ou ainda

familiares significativos a participar em todas as actividades de vigilância de saúde, proporcionar o contacto da mulher com outras grávidas para troca de experiências e mobilizar os recursos por forma a fazer diagnóstico familiar implementando soluções eficazes face a possíveis problemas. A valorização do suporte social é uma responsabilidade importante dos técnicos de saúde ao serviço da vigilância pré-natal, estratégia para favorecer uma vivência da gravidez mais saudável e gratificante.

Concluindo, constata-se que, para além do investimento feito relativamente ao incremento dos cuidados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, persistem lacunas. Os critérios de eficácia das estratégias de educação para a saúde não passam exclusivamente pela massificação, mas sim, pela adequação da informação que se pretende passar. Os indivíduos são os sujeitos dos cuidados de saúde, pelo que, todo o seu contexto tem que ser tido em conta no momento de definir linhas de actuação.

Neste sentido sugere-se que os técnicos de saúde que pretendem aumentar os níveis de adesão à contracepção e concomitantemente diminuir os números de gravidezes imprevistas devem considerar determinados aspectos ao desenvolverem campanhas de educação para a saúde, como sejam:

- A idade dos sujeitos
- A diferenciação cultural
- A percepção de auto-eficácia
- O locus de controlo para a saúde

Os resultados fornecidos por esta investigação permitem uma reflexão no facto de que, cada vez mais se constata que não existe apenas um único factor explicativo de determinado fenómeno, mas sim, vários factores que actuando em conjunto oferecem um valioso contributo para a sua compreensão. Aponta-se assim para uma “pluricausalidade” de factos, aspectos ou contributos dos



fenómenos. A epistemologia da investigação contesta a “monocausalidade”, a verdade única e a explicação única e universal dos fenómenos, em benefício da pluralidade e diversidade dos mesmos, face a diferentes contextos, pessoas e acontecimentos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. I. (1996). *Labirintos da Sexualidade*. Porto: Porto Editora.
- Badinter, E., (1985). *O amor incerto. História do amor maternal do sec. XVII ao sec. XX*. Lisboa: Relógio D'água.
- Bandura, A. (1977). Self – efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191 – 216.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-hall
- Bandura, A. (1990). Reflections on nonability determinants of competence. In R. J. Sternberg & J. Kolligian, *Competence Considered* (pp. 315 – 363). New Haven: Yale University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy and health behaviour*. In A. Baun, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.) *Cambridge handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Banyard, P. (1996). *Applying Psychology to Health*. England: Hodder & Stoughton.
- Barber, J., Axinn, W., Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 231- 257.

- Barros, J. H., Barros, A. M., Neto, F. (1993) *Psicologia do controlo pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação – Universidade do Minho.
- Bottéro, J. (1991). Tudo começa na Babilónia. In G. Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Lisboa: Terramar.
- Calado, B., Silva, L., Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal. Identificação das barreiras (resultados parcelares). *Saúde em números*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Cerdeira, José Pedro; Palenzuela, David L. (1998). Expectativas de auto-eficácia percebida: versão portuguesa de uma escala específica para situações académicas. *Revista Portuguesa de Educação*, 11, 103-112.
- Cob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. A (1985) stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Colman, Libby Lee; Colman, Arthur (1994) *Gravidez. A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 1-22). United States of America: Open University Press.
- Costa, E. (Ed.) (1997) *Gravidez & Sexualidade*. “trabalho não publicado” (Monografia de Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.



- Dickason, E. J., Silverman, B. L., Schult, M. O. (1995) *Enfermeria Materno Infantil*. Madrid: Mosby / Doyma Libros
- Duby, G. (1991) *Pequena história. Amor e Sexualidade no Ocidente*. Mem Martins: Terramar.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L. E., Puczynski, S. (1996) Clinical assessment and management of adherence to medical regimes. In P. M. Nicassio, Smith, W. Timothy. *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 313 – 349). United States of America: American Psychological Association.
- Dunbar, M., Ford, G. & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health, 13*, 527-544.
- Durst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Eagly, A. H. ; Chaiken, S. (1993) *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Janovich.
- Fanelli, G. (1977) Locus of Control. In S. Ball. *Educational Psychology. Motivation in Education*. New York: Academic Press.
- Fernandez, M. L. & Lorenzo, M. G. (1996). Aplicacion de la escala de erotofobia-erotofilia (Sexual Opinion Survey, SOS) para evaluar las actitudes sexuales en una muestra de universitarios/as. In L. Almeida. *Actas: 2º Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. (pp. 307-317) Braga.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., Kelley, K. (1988) Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research, 25*, 123-151.
- Federacion Internacional de Ginecologia y Obstetricia. (1992a) *Planeamento Familiar: 2*. Barcelona: Edika-Med, 31 – 66.



Federacion Internacional de Ginecologia y Obstetricia (1992b) *Planeamento Familiar: 5*. Barcelona: Edika-Med, 116 – 149.

Gilchrist, L. D. & Schinke, S. P. (1983). Coping with contraception: Cognitive and behavioural methods with adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 379-388.

Green, D. H. (1977) Attitudes. In S. Ball. *Educational Psychology*. New York: Academic Press.

Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16 (1), 53-93.

Levenson, H. (1974). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.

Levinson, R. A. (1996) Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behaviour. *Journal of Sex Research*, 22, 347-369.

Lima, M. L. P. (1993) Atitudes In J. Valla, Monteiro, M. Benedita. *Psicologia Social*. (pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lopez F., Fuertes, A. (1991) *Para compreender la sexualidad*. 3ª ed. Navarra : Editorial Verbo Divino.

Lourenço, Maria Madalena de Carvalho (1998) *Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência. A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século Edições .

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss & J. A. Hera (Eds.), *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). New York: John Wiley.



- Mbizvo, M. T., Bonduelle, M. M. J., Chadzuka, G., Lindmark & Nystrom, L. (1997) Unplanned pregnancies in Harare: What are the social and sexual determinants ?. *Social Science and Medicine*, 45 (6), 937 – 942.
- McLaren, A. (1990). *História da contracepção da antiguidade à actualidade*. Lisboa: Terramar
- Morrison, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behaviour: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 538-568.
- Norman, P., Bennett, P. (1996). Health locus of control. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 62-94). United States of America: Open University Press.
- Oddens, B. J. (1997) Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. Psychological factors. *Journal of Biosocial Science*, 29, 437 – 470.
- Ogden, J. (1999) *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O’Leary, A. (1992) Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245
- Portugal, Assembleia da Republica (1984) LEI nº 3/84: *Educação sexual e planeamento familiar*. Diário da República, Lisboa, I Série. 71 (84-03-24) 981-983.
- Portugal, Assembleia da Republica (1984) LEI nº 4/84: *Protecção da maternidade e da paternidade*. Diário da República, Lisboa, I Série. 81 (84-04-5) 1149-1153
- Portugal, Assembleia da Republica (1999) LEI nº 120/99: *Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva*. Diário da República, Lisboa, I série. 186 (99-08-11) 5232-5234.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (1997) *Inquérito à Fecundidade e Família*. Lisboa.

Portugal. Ministério da Saúde.(1998) Direcção – Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (1999a) *Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (1999) Direcção – Geral da Saúde. *A Saúde da Mulher em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ribeiro, José Luís Pais (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, 3, 163-176.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica* , 3, Série XVII, 547-558.

Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

Saraceno, C. (1992) *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.

Sarason, I. G., Levine, H. M. , Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.



Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Eds.), *Self Efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243), Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 163-196). United States of America: Open University Press.

Thébaud, F., (1991). O medo no ventre . In G. Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Lisboa: Terramar.

Torrinha, F. (1999). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Lisboa: Editorial Notícias.

Trostle, J. A. (1988). Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, 27, 1299-1308.

Turk, D.; Meichenbaum, D. (1991) Adherence to self-care regimens. The patient perspective. In Sweet, Jerry J.; Rozensky, Ronald H.; Tovian, Steven M. *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press.

Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107 – 117.

Williams, D. R.; House, J. S. (1991) Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. In Badura, Bernhard; Kickbusch, Ilona . *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. (pp. 147-172) England: WHO Regional Publications.

Weinman, J. (1990) Convicções e comportamento na saúde e na doença. *Nursing*, 28, 31-34.

Ziegel, E., Cranley, M. S.(1995) *Enfermagem Obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.



ANEXOS



ANEXO A

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS – PRÉ-TESTE



INSTITUTO SUPERIOR
DE PSICOLOGIA
APLICADA

MESTRADO EM
PSICOLOGIA DA SAÚDE

Questionário

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OU ANTICONCEPCIONAIS são as formas que os casais encontram para planejar o número de filhos, preparar uma maternidade e paternidade conscientes e melhorar a saúde e o bem estar das famílias

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DE UM ESTUDO SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS QUE TEM POR OBJECTIVO ANALISAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM O USO DOS MESMOS PELOS CASAIS.

A SUA COLABORAÇÃO É FUNDAMENTAL

Desde já lhe deixamos o nosso agradecimento

Instruções de preenchimento

- *Leia atentamente todas as questões*
- *Responda a todas as questões do questionário*
- *O preenchimento deve ser individual*
- *Nas questões onde surge um quadrado () responda colocando uma cruz (X) na(s) alinea (s) que estiver mais de acordo com a sua opinião*
- *Não necessita de colocar identificação. Este questionário é anónimo, pelo que garantimos o sigilo das respostas*



1.

- a. Idade -----
- b. Profissão ----- c. Profissão do companheiro -----
- d. Habilitações Literárias -----

2.

- a. Número de filhos ----- b. Número de gravidezes -----
- c. A gravidez actual foi:
- Planeada Imprevista
- d. No caso de não ser a 1ª gravidez, a anterior foi:
- Planeada Imprevista
- e. Tem relações sexuais de forma:
- Regular Esporádica

3.

- a. Já utilizou algum método anticoncepcional ?:
- Sim Não
- b. O último método anticoncepcional usado foi:
- Preservativo Pílula DIU (aparelho)
- Outro Especifique -----
- c. Relativamente ao último método usado assinala:
- Tempo de uso:*
- Menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Mais de 5 anos
- Eficácia:* Eficaz Não eficaz
- Utilização:* Cómodo Incomodo
- Aquisição:* Centro de Saúde Farmácia Outro -----
- d. Abandonou o método que se encontrava a usar? :
- Sim Não
- Se Sim, fê-lo por:
- Opção própria Indicação médica
- Se abandonou o método em uso por opção própria, porque o fez?
-



4. Após ler atentamente as frases que se seguem, assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F):

	V	F
a. O coito interrompido (<i>cuidado</i>) é um método anticoncepcional eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A pílula deve ser tomada diariamente mais ou menos à mesma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. O DIU é um aparelho colocado pelo médico dentro do útero para evitar a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A vasectomia é uma forma definitiva de prevenir a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. O uso da pílula pelas mulheres que fumam é prejudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Existem métodos contraceptivos injectáveis mensais e trimestrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Os espermicidas são métodos pouco eficazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. O método de calendário é um método eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Quando se ingerem antibióticos pode ser alterado o efeito da pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Todos os métodos anticoncepcionais protegem das doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. As mulheres podem engravidar enquanto amamentam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. A mulher pode engravidar quando tem relações durante a menstruação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. O preservativo deve ser colocado antes do início do acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. O diafragma é um método anticoncepcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. A presença de febre não afecta o método das temperaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. A pílula do dia seguinte pode ser tomada até 3 dias após uma relação desprotegida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. Das frases que se seguem assinale o correspondente à sua opinião:

	Concordo	Discordo
a. É bom estar grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. As mulheres grávidas ficam mais bonitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. O homem não gosta de ter relações com a mulher grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A mulher grávida suscita ternura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Quando se está grávida as pessoas não reparam em nós, só na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A gravidez é inestética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. A gravidez é incómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. A gravidez não é importante, o importante é o bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. A gravidez limita fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. O homem cuida melhor a mulher quando esta está grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. A mulher grávida tem mais prazer no seu relacionamento sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Peço a sua atenção para as questões que se seguem, parecem semelhantes entre si, no entanto, apresentam medidas diferentes e por vezes opostas, pelo que lhe solicito uma leitura atenta, antes de assinalar o nível mais próximo da sua opinião



6. A seguir encontra várias afirmações, seguidas de cinco números. Após ler atentamente cada afirmação, assinale com um círculo o nível mais próximo da sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você acha que os amigos não a procuram tantas vezes quantas gostaria, deverá marcar o número 1. Se discorda totalmente dessa afirmação deverá marcar o número 5.

	1	2	3	4	5
CONCORDO	CONCORDO	NÃO CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO	
TOTALMENTE	NA MAIOR	NEM DISCORDO	NA MAIOR	TOTALMENTE	
	PARTE		PARTE		
a. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.....	1	2	3	4	5
b. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.....	1	2	3	4	5
c. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.....	1	2	3	4	5
d. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
e. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5
f. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
g. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.....	1	2	3	4	5
h. Mesmo nas situações mais embaraçosas se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.....	1	2	3	4	5
i. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.....	1	2	3	4	5
j. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
k. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
l. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
m. Não saio com amigos tantas vezes como gostaria	1	2	3	4	5
n. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
o. Gostava de participar mais em actividades de organizações (clubes de desporto, associações de solidariedade social, etc.).....	1	2	3	4	5



7. Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se pelo contrário, assinalar o número 7 significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa de si próprio. Entre estes dois extremos pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar.

1	2	3	4	5	6	7		
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE		
a.	Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	1	2	3	4	5	6	7
b.	Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	1	2	3	4	5	6	7
c.	Sou uma pessoa autoconfiante.....	1	2	3	4	5	6	7
d.	Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.....	1	2	3	4	5	6	7
e.	Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	1	2	3	4	5	6	7
f.	Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia	1	2	3	4	5	6	7
g.	Quando não consigo fazer coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir	1	2	3	4	5	6	7
h.	Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la.....	1	2	3	4	5	6	7
i.	Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado	1	2	3	4	5	6	7
j.	Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.....	1	2	3	4	5	6	7
k.	Desisto facilmente das coisas	1	2	3	4	5	6	7
l.	Tenho dificuldade em fazer novos amigos.....	1	2	3	4	5	6	7
m.	Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	1	2	3	4	5	6	7
n.	Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.....	1	2	3	4	5	6	7
o.	As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.....	1	2	3	4	5	6	7



8. Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você considera certos assuntos importantes relacionados com a saúde. À frente de cada afirmação encontra 6 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, à sua opinião; se pelo contrário, assinalar o número 6 significa que a afirmação corresponde totalmente à sua opinião. Entre estes dois extremos pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar

1	2	3	4	5	6
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE

a. Se ficar doente é o meu próprio comportamento que determina a rapidez das minhas melhoras	1	2	3	4	5	6
b. Não importa o que faça, se tiver de adoecer, adoecerei.....	1	2	3	4	5	6
c. Ir ao meu médico regularmente é a melhor maneira de evitar adoecer.....	1	2	3	4	5	6
d. Muitas das coisas que afectam a minha saúde acontecem-me por acaso.....	1	2	3	4	5	6
e. Sempre que não me sinta bem devo consultar um médico.....	1	2	3	4	5	6
f. Tenho controlo sobre a minha saúde.....	1	2	3	4	5	6
g. O facto de eu adoecer ou estar bem de saúde tem muito a ver com a minha família.....	1	2	3	4	5	6
h. Quando adoço sou eu a culpada.....	1	2	3	4	5	6
i. A sorte tem um papel importante no determinar da rapidez com que eu recupero de uma doença.....	1	2	3	4	5	6
j. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.....	1	2	3	4	5	6
k. Estar bem de saúde é em grande parte uma questão de boa sorte.....	1	2	3	4	5	6
l. A principal coisa que afecta a minha saúde é aquilo que eu faço.....	1	2	3	4	5	6
m. Se cuidar de mim próprio, posso evitar a doença.....	1	2	3	4	5	6
n. Quando eu recupero de uma doença, é normalmente porque outras pessoas (por ex. médicos, enfermeiras, família, amigos) cuidaram muito bem de mim.....	1	2	3	4	5	6
o. Faça o que fizer, é sempre possível que fique doente.....	1	2	3	4	5	6
p. Se tiver de ser, terei saúde.....	1	2	3	4	5	6
q. Se agir correctamente, poderei manter-me saudável.....	1	2	3	4	5	6
r. No que diz respeito à minha saúde, só posso fazer o que o meu médico me diz para fazer.....	1	2	3	4	5	6

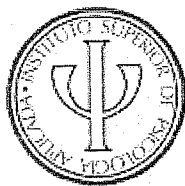


9. Vá encontrar a seguir um conjunto de questões relativas à sexualidade. Peço-lhe mais uma vez que assinale o número que se encontra mais de acordo com a sua opinião

	1	2	3	4	5	6	7
	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO TOTALMENTE
a. Penso que pode ser agradável ver um filme ou ler um livro de carácter sexual (erótico).....	1	2	3	4	5	6	7
b. O material erótico (livros e/ou filmes) é algo sujo e as pessoas não o deveriam descrever de outra forma.....	1	2	3	4	5	6	7
c. Pode ser uma experiência excitante tomar banho despida com uma pessoa do outro sexo.....	1	2	3	4	5	6	7
d. A masturbação pode ser uma experiência excitante.....	1	2	3	4	5	6	7
e. Sentir-me-ia magoada se descobrisse que um amigo íntimo era homossexual..	1	2	3	4	5	6	7
f. Ficaria envergonhada se as pessoas pensassem que estou interessada no sexo oral	1	2	3	4	5	6	7
g. É agradável para mim a ideia de participar numa experiência sexual de grupo.....	1	2	3	4	5	6	7
h. Para mim é excitante pensar em ter uma relação sexual.....	1	2	3	4	5	6	7
i. É excitante para mim ver um filme erótico (de conteúdo sexual).....	1	2	3	4	5	6	7
j. Não me causa embaraço pensar que poderia ter tendências homossexuais.....	1	2	3	4	5	6	7
k. Não é humilhante a ideia de me sentir fisicamente atraída por pessoas do meu próprio sexo	1	2	3	4	5	6	7
l. Quase todo o material erótico me repugna.....	1	2	3	4	5	6	7
m. Sentir-me-ia emocionalmente mal se visse alguém exhibir-se nu publicamente	1	2	3	4	5	6	7
n. Não seria muito excitante ver alguém do outro sexo despido.....	1	2	3	4	5	6	7
o. Não gostaria de ver um filme erótico (de conteúdo sexual).....	1	2	3	4	5	6	7
p. Sinto náuseas se pensar ver um filme no qual apareça a masturbar-se uma pessoa do meu próprio sexo.....	1	2	3	4	5	6	7
q. É muito excitante imaginar práticas sexuais pouco comuns	1	2	3	4	5	6	7
r. Provavelmente seria uma experiência excitante acariciar os meus próprios genitais.....	1	2	3	4	5	6	7
s. Não me agrada ter sonhos de conteúdo sexual	1	2	3	4	5	6	7
t. Não sinto nenhuma curiosidade por material de conteúdo sexual (livros, filmes)	1	2	3	4	5	6	7
u. Não me desagrada imaginar que tenho relações sexuais duradoiras com mais do que uma pessoa.....	1	2	3	4	5	6	7



ANEXO B
PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



INSTITUTO SUPERIOR
DE PSICOLOGIA
APLICADA

Mestrado em
Psicologia da Saúde

Questionário

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OU ANTICONCEPCIONAIS são as formas que os casais encontram para planear o número de filhos, preparar uma maternidade e paternidade conscientes e melhorar a saúde e o bem estar das famílias

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DE UM ESTUDO SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS QUE TEM POR OBJECTIVO ANALISAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM O USO DOS MESMOS PELOS CASAIS.

A SUA COLABORAÇÃO É FUNDAMENTAL

Desde já lhe deixamos o nosso agradecimento

Instruções de preenchimento

- *Leia atentamente todas as questões*
- *Responda a todas as questões do questionário*
- *O preenchimento deve ser individual*
- *Nas questões onde surge um quadrado (□) responda colocando uma cruz (X) na(s) alínea (s) que estiver mais de acordo com a sua opinião*
- *Não necessita de colocar identificação. Este questionário é anónimo, pelo que garantimos o sigilo das respostas*



1.

- a. Idade _____
- b. Profissão _____ c. Profissão do companheiro _____
- d. Habilitações Literárias _____

2.

- a. Número de filhos _____ b. Número de gravidezes _____
- c. A gravidez actual foi:
- Planeada Imprevista
- d. No caso de não ser a 1ª gravidez, a anterior foi:
- Planeada Imprevista
- e. Tem relações sexuais de forma:
- Regular Esporádica

3.

- a. Já utilizou algum método anticoncepcional ?:
- Sim Não
- b. O último método anticoncepcional usado foi:
- Preservativo Pílula DIU (aparelho)
- Outro Especifique _____
- c. Antes da gravidez abandonou o método que se encontrava a usar? :
- Sim Não
- d. Se abandonou o método que estava a usar, porque o fez?:
- _____



4. Após ler atentamente as frases que se seguem, assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F):

	V	F
a. O coito interrompido (<i>cuidado</i>) é um método anticoncepcional eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A pílula deve ser tomada diariamente mais ou menos à mesma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. O DIU é um aparelho colocado pelo médico dentro do útero para evitar a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A vasectomia é uma forma definitiva de prevenir a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. O uso da pílula pelas mulheres que fumam é prejudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Existem métodos contraceptivos injectáveis mensais e trimestrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Os espermicidas são métodos pouco eficazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. O método de calendário é um método eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Quando se ingerem antibióticos pode ser alterado o efeito da pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Todos os métodos anticoncepcionais protegem das doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. As mulheres podem engravidar enquanto amamentam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. A mulher pode engravidar quando tem relações durante a menstruação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. O preservativo deve ser colocado antes do início do acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. O diafragma é um método anticoncepcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. A presença de febre não afecta o método das temperaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. A pílula do dia seguinte pode ser tomada até 3 dias após uma relação desprotegida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. Das frases que se seguem assinale o correspondente à sua opinião:

	Concordo	Discordo
a. É bom estar grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. As mulheres grávidas ficam mais bonitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. O homem não gosta de ter relações com a mulher grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A mulher grávida suscita ternura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Quando se está grávida as pessoas não reparam em nós, só na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A gravidez é inestética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. A gravidez é incómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. A gravidez não é importante, o importante é o bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. A gravidez limita fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. O homem cuida melhor a mulher quando esta está grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. A mulher grávida tem mais prazer no seu relacionamento sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Peço a sua atenção para as questões que se seguem, parecem semelhantes entre si, no entanto, apresentam medidas diferentes e por vezes opostas, pelo que lhe solicito uma leitura atenta, antes de assinalar o nível mais próximo da sua opinião



6. A seguir encontra várias afirmações, seguidas de cinco números. Após ler atentamente cada afirmação, assinale com um circulo o nível mais próximo da sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você acha que os amigos não a procuram tantas vezes quantas gostaria, deverá marcar o número 1. Se discorda totalmente dessa afirmação deverá marcar o número 5.

	1	2	3	4	5
	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO NA MAIOR PARTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO NA MAIOR PARTE	DISCORDO TOTALMENTE
a. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.....	1	2	3	4	5
b. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho.....	1	2	3	4	5
c. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.....	1	2	3	4	5
d. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
e. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5
f. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
g. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.....	1	2	3	4	5
h. Mesmo nas situações mais embaraçosas se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.....	1	2	3	4	5
i. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.....	1	2	3	4	5
j. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
k. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
l. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
m. Não saio com amigos tantas vezes como gostaria	1	2	3	4	5
n. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
o. Gostava de participar mais em actividades de organizações (clubes de desporto, associações de solidariedade social, etc.).....	1	2	3	4	5



7. Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se pelo contrário, assinalar o número 7 significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa de si próprio. Entre estes dois extremos pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar.

1	2	3	4	5	6	7
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE
a. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	1	2	3	4	5	6 7
b. Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	1	2	3	4	5	6 7
c. Sou uma pessoa autoconfiante.....	1	2	3	4	5	6 7
d. Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.....	1	2	3	4	5	6 7
e. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	1	2	3	4	5	6 7
f. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia	1	2	3	4	5	6 7
g. Quando não consigo fazer coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir	1	2	3	4	5	6 7
h. Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la.....	1	2	3	4	5	6 7
i. Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado	1	2	3	4	5	6 7
j. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.....	1	2	3	4	5	6 7
k. Desisto facilmente das coisas	1	2	3	4	5	6 7
l. Tenho dificuldade em fazer novos amigos.....	1	2	3	4	5	6 7
m. Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	1	2	3	4	5	6 7
n. Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.....	1	2	3	4	5	6 7
o. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.....	1	2	3	4	5	6 7



8. Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você considera certos assuntos importantes relacionados com a saúde. À frente de cada afirmação encontra 6 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, à sua opinião; se pelo contrário, assinalar o número 6 significa que a afirmação corresponde totalmente à sua opinião. Entre estes dois extremos pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar

1	2	3	4	5	6
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE
a. Se ficar doente é o meu próprio comportamento que determina a rapidez das minhas melhoras					1 2 3 4 5 6
b. Não importa o que faça, se tiver de adoecer, adoecerei.....					1 2 3 4 5 6
c. Ir ao meu médico regularmente é a melhor maneira de evitar adoecer.....					1 2 3 4 5 6
d. Muitas das coisas que afectam a minha saúde acontecem-me por acaso.....					1 2 3 4 5 6
e. Sempre que não me sinto bem devo consultar um médico.....					1 2 3 4 5 6
f. Tenho controlo sobre a minha saúde.....					1 2 3 4 5 6
g. O facto de eu adoecer ou estar bem de saúde tem muito a ver com a minha família.....					1 2 3 4 5 6
h. Quando adoço sou eu a culpada.....					1 2 3 4 5 6
i. A sorte tem um papel importante no determinar da rapidez com que eu recupero de uma doença.....					1 2 3 4 5 6
j. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.....					1 2 3 4 5 6
k. Estar bem de saúde é em grande parte uma questão de boa sorte.....					1 2 3 4 5 6
l. A principal coisa que afecta a minha saúde é aquilo que eu faço.....					1 2 3 4 5 6
m. Se cuidar de mim próprio, posso evitar a doença.....					1 2 3 4 5 6
n. Quando eu recupero de uma doença, é normalmente porque outras pessoas (por ex. médicos, enfermeiras, família, amigos) cuidaram muito bem de mim.....					1 2 3 4 5 6
o. Faça o que fizer, é sempre possível que fique doente.....					1 2 3 4 5 6
p. Se tiver de ser, terei saúde.....					1 2 3 4 5 6
q. Se agir correctamente, poderei manter-me saudável.....					1 2 3 4 5 6
r. No que diz respeito à minha saúde, só posso fazer o que o meu médico me diz para fazer.....					1 2 3 4 5 6



9. Vai encontrar a seguir um conjunto de questões relativas à sexualidade. Peça-lhe mais uma vez que assinale o número que se encontra mais de acordo com a sua opinião

	1	2	3	4	5	6	7
	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO UM POUCO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO TOTALMENTE
a. Penso que pode ser agradável ver um filme ou ler um livro de carácter sexual (erótico).....	1	2	3	4	5	6	7
b. O material erótico (livros e/ou filmes) é algo sujo e as pessoas não o deveriam descrever de outra forma.....	1	2	3	4	5	6	7
c. Pode ser uma experiência excitante tomar banho despida com uma pessoa do outro sexo.....	1	2	3	4	5	6	7
d. A masturbação pode ser uma experiência excitante.....	1	2	3	4	5	6	7
e. Sentir-me-ia magoada se descobrisse que um amigo íntimo era homossexual..	1	2	3	4	5	6	7
f. Ficaria envergonhada se as pessoas pensassem que estou interessada no sexo oral	1	2	3	4	5	6	7
g. É agradável para mim a ideia de participar numa experiência sexual de grupo.....	1	2	3	4	5	6	7
h. Para mim é excitante pensar em ter uma relação sexual.....	1	2	3	4	5	6	7
i. É excitante para mim ver um filme erótico (de conteúdo sexual).....	1	2	3	4	5	6	7
j. Não me causa embaraço pensar que poderia ter tendências homossexuais.....	1	2	3	4	5	6	7
k. Não é humilhante a ideia de me sentir fisicamente atraída por pessoas do meu próprio sexo	1	2	3	4	5	6	7
l. Quase todo o material erótico me repugna.....	1	2	3	4	5	6	7
m. Sentir-me-ia emocionalmente mal se visse alguém exhibir-se nu publicamente	1	2	3	4	5	6	7
n. Não seria muito excitante ver alguém do outro sexo despido.....	1	2	3	4	5	6	7
o. Não gostaria de ver um filme erótico (de conteúdo sexual).....	1	2	3	4	5	6	7
p. Sinto náuseas se pensar ver um filme no qual apareça a masturbar-se uma pessoa do meu próprio sexo.....	1	2	3	4	5	6	7
q. É muito excitante imaginar práticas sexuais pouco comuns	1	2	3	4	5	6	7
r. Provavelmente seria uma experiência excitante acariciar os meus próprios genitais.....	1	2	3	4	5	6	7
s. Não me agrada ter sonhos de conteúdo sexual	1	2	3	4	5	6	7
t. Não sinto nenhuma curiosidade por material de conteúdo sexual (livros, filmes)	1	2	3	4	5	6	7
u. Não me desagrada imaginar que tenho relações sexuais duradoiras com mais do que uma pessoa.....	1	2	3	4	5	6	7



ANEXO C

CODIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

1.a) Idade: em anos

Para o tratamento estatístico procedeu-se ao agrupamento das idades:

1º grupo: 17 – 24 anos

2º grupo: 25 – 32 anos

3º grupo: 33 – 41 anos

1. b) c) Profissão: codificado com base na escala de Graffar

- Executivos; directores de empresas, fábricas ou bancos; professores; oficiais das forças armadas; possuidores de capitais - 1
- Comerciantes; fazendeiros; administradores de empresas; licenciados - 2
- Operários especializados ou empregados; capatazes; técnicos administrativos ou auxiliares - 3
- Operários sem qualificação; trabalhadores rurais; vendedores ambulantes - 4
- Ajudantes de obras; desempregados; pensionistas ou reformados; indigentes - 5

1. d) Habilitações literárias: codificado com base na escala de Graffar

- Doutorados; licenciados e títulos universitários ou de cursos superiores; militares da academia; notórios - 1
- Instrução secundária completa; bacharelato; instrução universitária incompleta - 2
- Instrução secundária incompleta ou equivalente; militares de baixa patente - 3
- Instrução primária completa - 4
- Instrução primária incompleta; analfabeto - 5

2. a) Número de filhos: directo

2. b) Número de gravidezes: directo

2. c) A gravidez actual foi

Planeada – 1

Imprevista – 2

2. d) No caso de não ser a 1ª gravidez, a anterior foi:

Planeada – 1

Imprevista – 2

2. e) Tem relações sexuais de forma:

Regular – 1

Esporádica – 2

3.a) Já utilizou algum método anticoncepcional?:

Sim – 1

Não – 2

3. b) O último método anticoncepcional usado foi:

Preservativo – 1

Pílula – 2

DIU (aparelho) – 3

Outro – 4

Nunca usou método anticoncepcional – 5

3. c) Se abandonou o método que estava a usar, porque o fez (categorias):

Desejo de engravidar – 1

Utilização inadequada de anticoncepcionais – 2

Não usava anticoncepcional – 3

4. Nível de informação de carácter contraceptivo

Verdadeiro – 1

Falso – 2

4. a) Falso

4. b) Verdadeiro

4. c) Verdadeiro

4. d) Verdadeiro

4. e) Verdadeiro

- 4. f) Verdadeiro
- 4. g) Verdadeiro
- 4. h) Falso
- 4. i) Verdadeiro
- 4. j) Falso
- 4. k) Verdadeiro
- 4. l) Falso
- 4. m) Verdadeiro
- 4. n) Verdadeiro
- 4. o) Falso
- 4. p) Verdadeiro

Para o tratamento estatístico recodificaram-se as respostas atribuindo o valor 1 às respostas correctas e o valor 0 às respostas erradas. Após inspecção da relação entre os itens e revisão teórica foram suprimidos os itens 4. b), 4.e), 4. f), 4. m). A escala permite a obtenção de um score total, traduzido no somatório de todos os itens, os valores oscilam entre um máximo de 12 pontos, e um valor mínimo de 0. Para verificar a possível associação entre variáveis, procedeu-se à distribuição dos resultados por grupos. Criaram-se dois grupos, tendo por base as respostas correctas:

1 – 7 respostas correctas: Nível de Informação Insuficiente

8 – 12 respostas correctas: Nível de Informação Satisfatório

Considerou-se Nível de Informação Satisfatório uma percentagem igual ou superior a 66.7% de respostas correctas.

5. Valorização da gravidez actual

Concordo – 1 Discordo – 2

- 5. a) Concordo
- 5. b) Concordo
- 5. c) Discordo
- 5. e) Discordo

- 5. f) Discordo
- 5. g) Discordo
- 5. h) Discordo
- 5. i) Discordo
- 5. j) Discordo
- 5. k) Discordo

Para o tratamento estatístico recodificaram-se as variáveis, atribuindo-se o valor 1 às respostas que reflectiam uma valorização positiva da gravidez e o valor 0 às respostas que traduziam uma valorização negativa da gravidez. Após inspecção da relação entre os itens e revisão teórica foram suprimidos os itens 5. d), 5. j) e 5. k). A escala permite a obtenção de um score total, resultante do somatório de todos os itens, os valores encontrados oscilam entre um máximo de 8 pontos e um mínimo de 0. Para verificar a possível associação entre variáveis procedeu-se ao agrupamento das respostas, tendo sido criados dois grupos de acordo com as respostas entendidas como traduzindo uma valorização positiva da gravidez.

0 – 5 : Valorização Negativa da Gravidez

6 – 8 : Valorização Positiva da Gravidez

Considerou-se com uma Valorização Positiva da Gravidez as mulheres que responderam a mais de 75% das questões positivamente.

6. Satisfação com o Suporte Social

Escala constituída por 15 itens com formato de resposta tipo Likert de 5 pontos:

Concordo totalmente – 1

Concordo na maior parte – 2

Não concordo nem discordo – 3

Discordo na maior parte – 4

Discordo totalmente – 5

Obtém-se um score total, resultante do somatório directo de todos os itens. Quanto maior o valor obtido, maior a satisfação com o suporte social. Os valores

obtidos variam em um intervalo entre 15 e 75. após construção da base de dados e muito embora seja considerado um valor total foram constituídos 3 grupos para a verificação de possíveis associações entre variáveis:

1º grupo: 19 – 36

2º grupo: 37 – 54

3º grupo: 55 - 75

7. Percepção de Auto-Eficácia Geral

Avaliada pelo uso de uma escala de 15 itens com formato de resposta tipo

Likert de 7 pontos:

Discordo totalmente – 1

Discordo bastante – 2

Discordo um pouco – 3

Não concordo nem discordo – 4

Concordo um pouco – 5

Concordo bastante – 6

Concordo totalmente - 7

Obtém-se um score total, resultante do somatório directo de todos os itens.

Quanto maior o valor obtido, maior a percepção de auto-eficácia. Os valores obtidos variam em um intervalo entre 15 e 105. Após execução da base de dados e por forma a permitir a verificação de associações entre variáveis, foram constituídos três grupos:

1º grupo: 33 – 56

2º grupo: 57 – 80

3º grupo: 81 – 105

8. Locus de controlo para a saúde

Avaliada por uma escala de 18 itens divididos por três sub-escalas:

- Locus de controlo interno: 8.a), 8. f), 8. h), 8. l), 8. m), 8. q)
- Locus de controlo sorte: 8. b), 8. d), 8. i), 8. k), 8. o), 8. p)
- Locus de controlo outros poderosos: 8. c), 8. e), 8. g), 8. j), 8. n), 8. r)

Após inspecção da relação entre os itens e revisão teórica foram suprimidos os itens 8. f) e 8. g). A escala não apresenta um score total, as sub-escalas são independentes. Todos os itens são directos.

O formato de resposta é tipo Likert com 6 pontos :

Discordo totalmente – 1

Discordo bastante – 2

Discordo um pouco – 3

Concordo um pouco – 4

Concordo bastante – 5

Concordo totalmente – 6

9. Atitude face à sexualidade

Avaliada com uma escala de 21 itens com formato de resposta tipo Likert, de 7 pontos:

Concordo totalmente – 1

Concordo bastante – 2

Concordo um pouco – 3

Não concordo nem discordo – 4

Discordo um pouco – 5

Discordo bastante – 6

Discordo totalmente – 7

Obtém-se um score total. Existem itens directos e itens inversos. Após inspecção da relação entre os itens e revisão teórica foram suprimidos os itens: 9. a), 9. c), 9. d), 9. g), 9. h), 9. i), 9. k), 9. n), 9. q), 9. r), 9. u), obtendo-se assim uma escala com 10 itens, 9 directos e um indirecto. A contagem dos valores é feita pela soma ordenada dos itens como a seguir se apresenta:

$$(9b + 9e + 9f + 9l + 9m + 9o + 9p + 9s + 9t) - 9j - 2$$

Obtém-se um intervalo de valores compreendido entre 0 (extremo erotofobico) e 60 (extremo erotofilico).