

**Implementação de Intenções e Adesão ao
Uso do Preservativo em Jovens do Ensino
Superior**

Maria João Seabra e Melo Rodrigues

Orientadora de Dissertação

Professora Doutora Cláudia Maria Constante Ferreira de Carvalho

Coordenadora do Seminário de Dissertação

Professora Doutora Cláudia Maria Constante Ferreira de Carvalho

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

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

Agradecimentos

A elaboração do projecto de investigação contribuiu grandemente para a minha formação enquanto técnica de investigação e psicóloga da saúde, por isso não podia deixar de fazer os seguintes agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Carvalho, pelas orientações e apoio prestados.

A todos os colegas do seminário e de estágio pela cooperação e troca de informação.

A todos os colegas de trabalho e amigos que me incentivaram e ajudaram.

À minha filha e ao meu genro pela sua amizade, compreensão e apoio técnico.

Aos meus pais, irmão e sobrinhos pelo apoio formal e informal.

Resumo

Este projecto propõe uma intervenção baseada na implementação de intenções, com o objectivo de incrementar a adesão ao uso do preservativo nos jovens como forma de prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral.

A importância da psicologia da saúde na prevenção das DSTs e VIH é fundamental para compreender o papel que as estratégias de auto-regulação e, nomeadamente, os programas de implementação de intenções poderão exercer no incremento da adesão ao uso do preservativo. Com efeito, a revisão da literatura indicia a eficácia de alguns programas de implementação de intenções na prossecução das metas comportamentais, tal como sugere o estudo recente de Arden e Armitage (2008) sobre as mudanças de fase do modelo transteórico relativamente ao porte usual do preservativo.

Propõe-se a utilização de um design quasi-experimental que visa comparar a eficácia da Implementação de Intenções na adesão ao uso de preservativo em dois grupos, experimental e de controlo, durante o período de 2 meses, bem como avaliar de que forma as variáveis descritas na Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) influenciam o comportamento. Os participantes serão cerca de 150 alunos universitários do sexo masculino, escolhidos por conveniência.

Espera-se, com este estudo, confirmar que a Implementação de Intenções é uma estratégia vantajosa no incremento da adesão ao uso do preservativo pelos jovens do sexo masculino.

Palavras-chave: Implementação de intenções, uso de preservativo, prevenção das DST e HIV.

Abstract

This project aims to design an implementation intentions-based intervention to promote condom usage in young adults, to prevent the spread of sexually transmitted diseases (STD's), namely human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS).

Health psychology is fundamental for the prevention of STD's and HIV, and for understanding the role that implementation intentions interventions play in the use of condoms. Recent studies suggest that implementation intentions interventions improve the achievement of goal-directed behaviors, as suggested by Arden & Armitage (2008) in his article about transtheoretical model stage transitions in relation to condom-carrying behavior.

A quasi-experimental design will be used to compare the effectiveness of implementation intentions in the adherence of condom use in two groups, an experimental condition group and a control group, over a time period of two months. The design will also evaluate how the variables described in the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) influence behavior. The sample will consist of 150 university male students invited to participate in the study.

We expect that this study will provide further evidence that implementation intentions is an effective strategy to promote adherence in condom use by young male adults.

Key words: Implementation intentions, condom use, STD and HIV prevention.

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Introdução	1
Adesão a Comportamentos de Saúde	2
<i>Sexualidade e Comportamentos de Risco</i>	4
<i>Implementação de Intenções</i>	8
<i>Implementação de intenções e comportamentos de saúde</i>	12
<i>Objectivos e Hipóteses</i>	14
PROJECTO	16
Método	17
<i>Participantes</i>	17
<i>Design</i>	17
<i>Medidas e Instrumentos</i>	17
<i>Variáveis</i>	17
<i>Instrumentos</i>	18
<i>Procedimento</i>	19
<i>Cronograma do Projecto de Intervenção</i>	20
Resultados Esperados	20
Referências Bibliográficas	22
ANEXOS	30
Anexo A – Consentimento Informado	31
Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico	33
Anexo C – Questionário de Monitorização	35
Anexo D – Questionário de Representações e Práticas Sexuais	37
Anexo E – Implementação de intenções	40

Introdução

A Psicologia da Saúde é considerada como sendo o ramo mais recente da Psicologia (Ogden, 2004) tendo um estatuto próprio representado pela divisão 38 da American Psychologist Association (APA). Para Matarazzo, a Psicologia da Saúde constitui-se como um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da Psicologia para a promoção e a manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença assim como a identificação da etiologia e diagnóstico de doenças e disfunções correlacionadas (Matarazzo, 1980).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de saúde como um estado geral de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade (World Health Organization [WHO], 2009a). Neste âmbito, insere-se também a definição de saúde sexual como sendo um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social no âmbito da sexualidade, e não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade, possibilitando experiências sexuais agradáveis e seguras (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno, & Van Look, 2006).

As relações sexuais desprotegidas representam uma preocupação a nível mundial, ocupando o segundo lugar dos factores de risco em termos de morte e incapacidade nos países em vias de desenvolvimento e o nono nos países em desenvolvimento (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno, & Van Look, 2006). O uso regular do preservativo pode reduzir as consequências negativas do sexo desprotegido, tornando-se uma medida pública altamente significativa, contrariando a expansão da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e das doenças sexualmente transmissíveis. (DSTs; Carey & Litle, 1999)

Ao longo do século XX, foram desenvolvidos vários modelos procurando relacionar variáveis psicológicas e comportamento. Uma das estratégias que parece ser promissora é a Implementação de Intenções (Gollwitzer, 1993). Este conceito resulta de uma extensão da Teoria do Comportamento Planeado (TCP; Ajzen, 1991) e procura ultrapassar a lacuna existente entre os auto-relatos de intenções e os comportamentos. Neste âmbito, Gallo e Gollwitzer (2007a) referem que a formação de Implementação de Intenções constitui uma estratégia eficaz para a adesão a comportamentos promotores de saúde.

O presente trabalho pretende apresentar uma proposta de investigação na qual a Implementação de Intenções é utilizada como estratégia na promoção do uso regular de preservativo. Na primeira parte é elaborada uma explicação teórica dos termos adesão e comportamentos de saúde, seguido de uma caracterização da sexualidade e comportamentos

de risco. O capítulo ulterior descreve a implementação de intenções, em termos de evolução histórica, assim como as suas aplicações na adesão a comportamentos de saúde.

A implementação de intenções, proposta por Gollwitzer (1993), é uma estratégia de auto-regulação que pretende agilizar a consecução de um objectivo específico. Esta estratégia é composta por dois elementos: a identificação da situação crítica e a identificação de uma resposta comportamental apropriada. Assim, a implementação de intenções constitui-se como um plano do tipo “se-então” que associa na memória uma situação crítica (“se”) a uma adequada resposta comportamental (“então”). Ao especificar o “onde” e “quando” uma pessoa irá agir, assegura que uma resposta comportamental apropriada seja activada futuramente, no tempo e lugar apropriados (Gollwitzer, 1999). A eficácia desta estratégia na adesão a comportamentos de saúde tem sido comprovada empiricamente em vários estudos (ver meta-análise de Gollwitzer & Sheeran, 2006)

A segunda parte do trabalho apresenta um projecto que pretende avaliar os efeitos da implementação de intenções na adesão ao uso do preservativo em sujeitos universitários do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e 26 anos. Propomo-nos utilizar um design quasi-experimental, em que a eficácia da Implementação de Intenções na adesão ao uso de preservativo, durante dois meses, é comparada com um grupo de controlo. Intentamos também avaliar de que forma as variáveis descritas na Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido e intenção) influenciam o comportamento de uso do preservativo. Os participantes serão cerca de 150 alunos universitários do sexo masculino seleccionados por conveniência e distribuídos aleatoriamente pelos dois grupos, experimental e de controlo.

Os instrumentos de medida propostos serão baseados nos questionários utilizados no âmbito da Teoria do Comportamento Planeado e da Implementação de Intenções (e.g., Arden & Armitage, 2008; Ajzen, 2006). A concretização deste projecto, visa demonstrar que a Implementação de Intenções constitui uma estratégia eficaz na adesão ao uso regular do preservativo, contribuindo para diminuir a propagação das doenças sexualmente transmissíveis.

Adesão a Comportamentos de Saúde

O processo de procurar, receber e seguir tratamento ou prescrições de saúde tem sido designado de diversas formas, como sejam, obediência, concordância e adesão (Carvalho, 2008). No entanto, estas designações não são equivalentes, na medida em que partem de pressupostos teóricos diferenciados.

O termo obediência (*compliance*) é entendido como a medida em que o paciente é obediente e segue estritamente as instruções e as prescrições dos técnicos de saúde, conotando com este termo um papel passivo para o paciente (Costa & Leal, 2005; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001). Segundo Costa e Leal (2005) o termo *non compliance* implica uma atitude negativa relativamente ao paciente, sendo este frequentemente entendido como o responsável por não aderir ao prescrito. O termo *adherence* - que segundo Costa e Leal (2005) pode ser traduzido para português por adesão - é definido como sendo mais activo, implicando um envolvimento mais voluntário e colaborante em aceitar um determinado comportamento com o qual, pretende atingir um resultado almejado, preventivo ou terapêutico (Costa & Leal, 2005). Para Turk e Meichenbaum (1991, cit. por Costa & Leal, 2005) o termo *adherence* implica escolha e reciprocidade no planeamento e implementação do tratamento. A expressão concordância (*concordance*) introduzida pela Royal Pharmaceutical Society (RPSGB, 1997, cit. por Carvalho, 2008) pressupõe a capacidade e o poder do paciente tomar decisões. Concordância assenta na interrelação médico-paciente e requer o consentimento de ambas as partes (Carvalho, 2008; Vermeire et al., 2001). Assim sendo, obediência (*compliance*) é entendida como a intenção teórica da prescrição enquanto concordância (*concordance*) denota o objectivo prático e ético do tratamento (Vermeire et al., 2001).

Segundo Carvalho (2008) a RPSGB, alguns anos após a proposta do modelo de concordância, chegou à conclusão que este tinha falhado. Para tal, foram apresentadas várias razões, como sejam a falta de compreensão do conceito de concordância, o que levou a diversos equívocos, diferentes percepções dos pacientes e dos médicos relativamente aos riscos e benefícios dos medicamentos, dificuldades em ultrapassar o hiato existente entre a abordagem do médico e a história do paciente, a sua experiência cultural, o seu sistema de crenças, e, por último, a prescrição excessiva de medicamentos (RPSGB, 1997, cit por Carvalho, 2008).

Actualmente, na literatura o termo adesão tem substituído quase totalmente o termo obediência (Carvalho, 2008; Costa & Leal, 2005). Assim, em termos sumários, a adesão é, normalmente, definida como sendo uma adopção estrita das prescrições do técnico de saúde (Straub, 2007). Aqui se incluem advertências relativas tanto à medicação, como às mudanças de estilo de vida (e.g., perder peso ou deixar de fumar), assim como recomendações, sobre medidas de prevenção (e.g., evitar comer comida gordurosa, iniciar um programa de exercício físico) (Straub, 2007). A não adesão aos tratamentos é um problema generalizado, nacional e internacional, que tem um papel essencial nos sistemas de saúde e financeiros, acarretando

elevados gastos económicos e sendo, como tal, considerada uma área de intervenção prioritária (Vermeire et al., 2001). De um modo geral, a taxa de adesão à medicação é de cerca de 50% e muito mais baixa no que concerne a prescrições relativas à mudança do estilo de vida e outros comportamentos (Haynes, McDonald, Garg, & Montague, 2002; Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996; Vermeire et al., 2001).

A literatura científica refere diversos métodos para avaliar a adesão a medicação e conselhos de profissionais de saúde, como sejam, medidas de auto-relato, medidas biológicas, monitorização electrónica, contagem de comprimidos e recargas de medicamentos em farmácias. As medidas de auto-relato são normalmente as mais utilizadas, incluindo questionários e registos diários, embora a sua fidelidade seja questionável, tendo em conta a sua tendência para sobrevalorizar a adesão, subvalorizando a não-adesão (Carvalho, 2008; Vermeire et al., 2001).

Segundo Costa e Leal (2005) os estudos efectuados na área da adesão em saúde debruçam-se particularmente sobre as doenças de evolução crónica, sendo dada especial atenção aos hipertensos, diabéticos, indivíduos com artrite reumatóide, asmáticos, epiléticos, aos indivíduos com doença mental e às crianças com doença crónica. No entanto, é crucial que seja também dada atenção aos comportamentos de risco (Matos, 2005) cujas consequências podem ser fatais de forma imediata ou mediata, como seja a não utilização do preservativo, tema sobre o qual nos debruçamos.

Sexualidade e Comportamentos de Risco

Em 1986, numa conferência internacional sobre a promoção da saúde, foi elaborada uma carta de recomendações, a Carta de Ottawa, onde se listou um conjunto de princípios e medidas dirigidos a melhorar as condições de saúde das populações de todo o mundo (WHO, 1986). Estas disposições levaram à construção do conceito de promoção de saúde, definido como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e actuar sobre os factores que a influenciam (WHO, 1986). A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (Matos, 2005).

A sexualidade considerada nos seus aspectos diversos é uma área de enorme importância no desenvolvimento dos indivíduos, influenciadora da saúde física, mental e da qualidade de vida da população (Matos, 2005) e, como tal, necessita de ser monitorizada. As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) representam um perigo para a saúde pública, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento, embora os dados

estatísticos sejam escassos (AVERT, 2009), com excepção dos relativos ao HIV. O Centro de Controlo de Doenças nos Estados Unidos da América apresentou um relatório em 2007 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2008) que alertou para a existência de maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes sexualmente activos dos 15 aos 19 anos e jovens adultos dos 20 aos 24 anos do que em idades superiores, alvitando para tal facto uma combinação de factores comportamentais, biológicos e culturais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) o vírus da imunodeficiência humana (VIH, conhecido pela sigla inglesa HIV) é um retrovírus que pode ser transmitido por relações sexuais (anais ou vaginais) não protegidas (WHO, 2009b) infectando as células do sistema imunológico e destruindo ou lesando a sua função. Nos estádios iniciais da infecção, o indivíduo não apresenta quaisquer sintomas, mas à medida que a infecção progride, o sistema imunitário enfraquece e a pessoa fica mais susceptível a infecções oportunistas. O estágio mais avançado desta infecção apelida-se síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) que pode levar 10 a 15 anos para se desenvolver.

Na Europa Ocidental (exceptuando o Reino Unido) o número de novos diagnósticos de VIH, comunicados anualmente, quase triplicou entre 1999 e 2005 (de 7 497 para 19 476), mas diminuiu significativamente em 2006 (16 316) (UNAIDS, 2008).

Em 2007, foram comunicados 48 892 novos casos diagnosticados com a infecção HIV, em 49 dos 53 países da Região Europeia da WHO (dados não disponíveis da Áustria, Itália, Monaco e Federação Russa). As taxas mais elevadas de HIV foram reportadas pela Estónia, Ucrânia, Portugal e Moldávia (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2008). De salientar que dos 44 países que fornecem dados de forma consistente desde 2000 o número anual de novos casos diagnosticados subiu de 21 787 para 41 949.

Ainda segundo os dados fornecidos pela ECDC (2008) em 2007, 26 279 dos novos casos diagnosticados com HIV pertenciam a países da União Europeia e da Associação Europeia de Livre Comércio (EFTA). Na EU/EFTA, as maiores taxas de HIV foram comunicadas pela Estónia, Portugal e Letónia e as mais baixas pela Eslováquia, República Checa e Roménia (ECDC, 2008).

Nos países da EU/EFTA o modo predominante de transmissão do HIV é o sexo desprotegido entre homens seguido das relações heterossexuais. Cerca de 40% dos casos dos heterossexuais pertenciam a pessoas originárias de países com epidemia generalizada de HIV/SIDA (ECDC, 2008).

O Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (CVEDT/INSA, 2009) emitiu um relatório com a

situação em Portugal relativamente à infecção VIH/SIDA, a 31 de Dezembro de 2008, referindo que os casos de SIDA em Portugal apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2004. Para os casos diagnosticados entre 2004 e 2008, as proporções nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para os heterossexuais: 55,3% (2004) e 68,1% (2008); para os toxicodépendentes: 30,0% (2004) e 13,2% (2008), para os homossexuais observam-se os valores: 11,6% (2004) e 13,2% (2008). Constatam-se, assim, um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e conseqüente diminuição proporcional dos casos associados à toxicodépendência (CVEDT/INSA, 2009).

Como tal, desde o reconhecimento dos primeiros casos, a prevenção da infecção, em todas as suas dimensões, tem-se revelado uma aposta extraordinária: os dados epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa em lugar elevado na hierarquia dos países da Europa ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes (Alvarez, 2005). A infecção pelo vírus VIH foi, assim, considerada no Programa do XVII Governo Constitucional (2005) uma área de actuação prioritária e dessa forma encontra-se inscrita no Plano Nacional de Saúde. Esta escolha reconhece os elevados impactos social e económico da infecção sobre cada indivíduo, a sua família e a sociedade, e defende que só uma política pública coerente pode ser enérgica na redução da transmissão da infecção e no abrandamento do seu impacto. Partindo do pressuposto científico que o uso regular e correcto dos preservativos masculinos em látex pode reduzir o risco da transmissão das DSTs a sua utilização sistemática deve ser incrementada, na medida em que uma única relação sexual desprotegida pode levar às doenças referidas (CDC, 2009).

É frequente assistirmos a campanhas televisivas, bem como nos outros meios de comunicação em geral, que procuram fomentar o uso regular do preservativo como forma de prevenir doenças sexualmente transmissíveis, embora a sua eficácia seja limitada (Alvarez, 2005).

A consciencialização do risco de não adesão ao preservativo e a motivação para a protecção são, sem sombra de dúvida, condições necessárias para a adesão ao mesmo, contudo não parecem ser condições suficientes (Alvarez, 2005). Efectivamente, as estatísticas apontam para uma baixa percepção de risco quanto à infecção por HIV em geral, e por via sexual, em particular (Alvarez, 2005). Num estudo efectuado por Amaro, Frazão, Pereira e Teles (2004) com uma amostra nacional aleatória de 1000 indivíduos na faixa etária dos 18 aos 69 anos recolheram-se os seguintes dados: 68.3% dos inquiridos foram da opinião que o risco de HIV em Portugal é consideravelmente alto, 37.1% declararam que recearam ser

infectados pelo HIV; 28.0% estabeleceram uma ligação entre ter medo e o facto que a SIDA ser uma doença incurável; 31.5% acreditavam que existem riscos inerentes aos serviços de Saúde; somente 7.8% expressaram receio da SIDA devido a um companheiro infectado. Quase metades dos inquiridos (42.6%) consideravam as relações sexuais extra-conjugais como sendo parcial ou totalmente aceitáveis. As relações sexuais entre jovens foram vistas como totalmente aceitáveis por 11.9% e parcialmente aceitáveis por 51.1%. As relações homossexuais entre homens foram vistas como sendo parcial ou totalmente aceitáveis por 38%.dos inquiridos. Dos entrevistados 7.8% pensava que com os tratamentos recentes se pode definitivamente curar a SIDA e 6.5% acreditavam que com os tratamentos recentes a transmissão da SIDA já não seria possível.

Segundo Alvarez (2005) estes resultados sobre a percepção de vulnerabilidade revelam um quadro muito preocupante. A percepção de risco existe, ou seja, as pessoas acreditam que a infecção pode afectar os indivíduos, mas esta ideia não é transformada numa vulnerabilidade pessoal, as pessoas não sentem realmente em perigo (Alvarez, 2005).

Este tipo de situações, que comportam riscos não percebidos pelos indivíduos, pode ser compreendido à luz de estudos clássicos oriundos da cognição social. Diversas investigações (e.g., Van der Pligt, 1996; Van der Pligt & Richard, 1994) têm salientado o papel de enviesamentos psicossociais, que podem afectar os indivíduos independentemente das suas diferenças individuais e que contribuem para diminuir a percepção de risco dos comportamentos, especialmente daqueles com consequências mediadas no tempo e, supostamente, de probabilidade baixa ou pouco certa, como é a não adesão ao uso de preservativo (Albarracín, Gillette, Earl, Glasman, Durantini, & Ho, 2005; Alvarez, 2005).

A forma de ultrapassar estes enviesamentos e fomentar comportamentos adequados deverá passar por uma intervenção que preconiza o estabelecimento de objectivos (*goal setting*) e asua efectiva realização (*goal attainment*) através da utilização de estratégias de auto-regulação, como seja a Implementação de Intenções (Sheeran, Webb & Gollwitzer, 2005). O objectivo do próximo capítulo será a clarificação teórica deste conceito, partindo da explanação das teorias do comportamento racional e comportamento planeado, como ponto de partida para a compreensão do conceito Implementação de Intenções (Sheeran & Silverman, 2003). Seguidamente, daremos conta da utilidade desta estratégia na adesão a comportamentos de saúde.

Implementação de Intenções

Para compreendermos o termo implementação de intenções é necessário conhecer os modelos que valorizam a intenção de meta como forma de modificar comportamentos. (Sheeran & Silverman, 2003) que passaremos a analisar.

A Teoria da Acção Racional (TAR; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) e a Teoria do Comportamento Planeado (TCP; Ajzen, 1988) constituem importantes concepções da psicologia social para a compreensão dos determinantes psicológicos e sociais do comportamento e prevenção dos comportamentos de risco (Straub, 2007), podendo também ser aplicadas na adesão ao preservativo (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001).

A TAR baseia-se no pressuposto da racionalidade do comportamento e integra diversos factores que mostram ser influentes na relação entre atitudes e comportamentos (Michener, DeLamater, & Myers, 2003/2005). De acordo com a TAR o comportamento é determinado pela intenção comportamental que é influenciada, principalmente, por dois factores: a atitude e a norma subjectiva (Michener, DeLamater, & Myers, 2003/2005). A atitude face a um comportamento consiste na avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz acerca do seu desempenho. Ela é determinada pelo conjunto de crenças comportamentais que correspondem às probabilidades subjectivas que o comportamento produza determinados resultados e a avaliação desses resultados (Ajzen, 2006). A norma subjectiva corresponde à pressão social percebida pelo sujeito, relativamente ao seu empenhamento num determinado comportamento. Esta norma é influenciada pelas crenças do indivíduo acerca das reacções de outras pessoas ou de outros grupos face a um comportamento, e pela sua motivação para cumprir essas expectativas (Michener et al., 2003/2005).

A Teoria do Comportamento Planeado (TCP; Ajzen, 1985) é uma extensão da TAR, sendo elaborada com o propósito de ultrapassar as limitações da teoria original relativamente a certos comportamentos que escapam ao controlo volitivo (Ajzen, 1991). Segundo a TCP, o comportamento não depende somente das atitudes face às condutas e das normas subjectivas, mas também da facilidade ou dificuldade percebida em desempenhar esse comportamento, o que é o reflexo de experiências passadas, impedimentos antecipados, assim como dos recursos e oportunidades disponíveis (Ajzen, 1985, 1988). Assim, a TCP adiciona ao modelo da TAR uma variável preditora, apelidada de controlo comportamental percebido (CCP) que remete para as percepções das pessoas, quanto aos seus recursos e habilidades, para efectuar um determinado comportamento (Ajzen, 1991).

O controlo comportamental percebido depende das crenças relativas ao controlo que se tem sobre a situação, resultantes da percepção da frequência de ocorrência de factores facilitadores ou inibidores, e do poder destes factores dificultarem ou auxiliarem o comportamento em causa (Ajzen & Madden, 1986). Um requisito essencial para avaliar o CCP de uma pessoa é uma boa compreensão dos seus diversos factores internos (e. g., habilidades, conhecimento, energia física) e externos (e. g., barreiras legais, dinheiro, equipamento, cooperação dos outros) (Ajzen, 1991).

A TCP tem tido um papel determinante na compreensão de comportamentos de saúde, como sejam, adesão a medicação, uso de preservativo para prevenção de infecção pelo HIV, auto-exame da mama e testicular, doação sanguínea, alimentação saudável e prática de exercício físico (Straub, 2007).

Armitage e Conner (2001) realizaram uma revisão de meta-análises de 185 estudos baseados na Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) concluindo que, em média, 27% da variância no comportamento era explicada pelas intenções comportamentais (ver também, Sheeran, 2002), o que atesta que a intenção não explica totalmente o comportamento, havendo mais variáveis explicativas. Esta correlação entre intenção-comportamento foi também encontrada em investigações sobre comportamentos para a saúde que atestaram que entre 26% e 57% dos seus participantes fracassaram na concretização das intenções de usar preservativo, fazer um rastreio de cancro ou fazer exercício (Sheeran, 2002).

Com o intuito de ultrapassar o hiato existente entre as intenções e sua concretização comportamental, Gollwitzer (1993, 1999) propôs uma estratégia denominada Implementação de Intenções. A base teórica subjacente à Implementação de Intenções é o Modelo das Fases da Acção (MFA; Heckhausen & Gollwitzer, 1987, citado por Gollwitzer, 1990). Este modelo baseia-se na distinção entre a componente deliberativa ou motivacional do estabelecimento de metas (formação da intenção) e a componente implementacional ou volitiva (realização da intenção) (Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005; Sheeran & Silverman, 2003; Webb & Sheeran, 2008). A formação da intenção e a sua realização são qualitativamente diferentes, na medida em que enquanto a formação de intenção se baseia nas crenças das pessoas acerca da desejabilidade e viabilidade de determinadas acções, a realização da intenção é determinada por processos conscientes e inconscientes que promovem a iniciação e consecução efectiva do comportamento meta (Gollwitzer & Sheeran, 2006). Esta distinção é muito importante para compreendermos a especificidade do conceito de Implementação de Intenções: os modelos como a Teoria do Comportamento Planeado (TCP; Ajzen, 1985) valorizam o aspecto motivacional da formação de intenções, descurando a forma como as intenções se

concretizam na acção (Oettingen & Gollwitzer, 2001; Sheeran, 2002). A formação de uma intenção não garante a realização da meta, tendo em conta que esta não prepara o sujeito para lidar com problemas de auto-regulação, no processo de iniciar e manter o comportamento (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

No entanto, a Implementação de Intenções não é independente da Intenção de Meta, estando a ela subordinada, uma vez que é construída ao serviço da referida Intenção de Meta (Gollwitzer, 1993, 1997, 1999). É a partir do planeamento de uma meta que o indivíduo pode construir todos os passos para a sua materialização (Gollwitzer, 1993, 1999).

A Implementação de Intenções, organizada após a formação de Intenção de Meta, inclui um plano para a execução da meta, que especifica o “onde”, “quando” e “como” este comportamento será desencadeado. Esta estratégia de auto-regulação (Gollwitzer, 1993, 1999) refere-se a planos com o formato “se-então” (se a situação X ocorrer, darei a resposta Y) que liga oportunidades propícias à acção a actividades cognitivas ou comportamentais, que serão eficazes na realização das metas pretendidas (Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005). Após a especificação de “onde, quando e como” se irá realizar o comportamento, a intenção é desencadeada pela “situação crítica”, convertendo-se em acção. A situação crítica especificada pela parte “se” do plano pode ser uma pista interna (e.g., um sentimento forte) ou externa (e.g., um lugar específico, um determinado período de tempo, uma pessoa ou um objecto). A relação entre a atitude e o comportamento é, assim, compreendida através de uma associação entre a situação e o comportamento (“se-então”) e dos processos automáticos que subjazem a concretização da intenção (Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005).

As Intenções de Meta (eu quero realizar Z!) podem ser definidas como as instruções que as pessoas dão a si próprias para realizar comportamentos específicos ou obter os resultados pretendidos (Triandis, 1980). Assim, as Intenções de Meta particularizam um desempenho e resultado desejados, implicando um compromisso (Ajzen, Czasch, & Flood, 2009; Gollwitzer, 1990; Webb & Sheeran, 2005). A Implementação de Intenções assume esse mesmo compromisso de agir, mas de uma forma planeada e dirigida para a meta, a partir do momento em que se depara com a situação crítica, antecipadamente prevista (Gallo & Gollwitzer, 2007b).

Gallo e Gollwitzer (2007a) sublinham que nos últimos quinze anos a Implementação de Intenções demonstrou ser uma estratégia eficaz de auto-regulação, em comparação com as simples Intenções de Meta, no âmbito da promoção de comportamentos desejados ou para realizar acções que não são prazenteiras. A antecipação da situação e respectivas pistas, assim como a sua ligação com o objectivo estabelecido, torna mais célere o início da acção, uma vez

que os comportamentos se tornam mais funcionais e rotineiros, permitindo que a acção se desenvolva sem delongas ou interrupções (Gollwitzer, 1999). Esta acessibilidade cognitiva permite a detecção da situação crítica e o reconhecimento das pistas situacionais, que vão activar o comportamento condicionado pela Implementação de Intenções (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998).

A título exemplificativo de como a Implementação de Intenções está ao serviço da Intenção de Meta, imaginemos que se pretende aumentar o consumo diário de fruta, através da ingestão matinal da mesma (De Nooijer, De Vet, Brug, & DeVries, 2006). Para tal é necessário ligar um contexto situacional adequado (e.g., todos os dias, ao pequeno-almoço) com um comportamento pretendido (e.g., comer duas peças de fruta). Assim, a Implementação de Intenções aumenta a força da associação (*link*) mental entre a situação crítica específica (i.e., a componente “se”) e a resposta dirigida à meta (i.e., a componente “então”), tornando-as mais acessíveis (Aarts, Dijksterhuis, & Midden, 1999; Webb & Sheeran, 2007).

De acordo com Gollwitzer e Sheeran (2006) as componentes “se-então” da Implementação de Intenções podem ser utilizadas para resolver os problemas de auto-regulação na consecução das metas de três formas: (i) promover a iniciação da prossecução da meta, e como tal evitando os fracassos em principiar o comportamento ou os abandonos prematuros do mesmo; (ii) estabilizar a consecução da meta, como forma de evitar que influências indesejadas possam interferir no esforço de concretização da mesma, e (iii) proteger a consecução da meta mediante a antecipação de obstáculos que possam interpor-se na sua execução.

Estudos laboratoriais evidenciaram que a formação da Implementação de Intenções beneficia a realização da meta, primeiramente, porque ao tornar a situação crítica altamente acessível (especificada pela componente “se” do plano) conduz a um processamento eficiente e, portanto, agiliza a detecção da pista logo que ela seja encontrada no meio ambiente (e.g., Aarts, Dijksterhuis, & Midden, 1999; Webb & Sheeran, 2004, experiência 1). Além disso, ao formar o componente do plano “então”, é criada uma forte ligação cognitiva entre a pista situacional e a resposta dirigida à meta, iniciando automaticamente a acção, quando a situação crítica é detectada (e.g., Bayer, Achtziger, Gollwitzer, & Moskowitz, 2009; Brandstätter, Lengfelder, & Gollwitzer, 2001; Sheeran, Webb, & Gollwitzer, 2005, Estudo 2; Webb & Sheeran, 2004). A acção decorre rapidamente e não necessita da atenção da pessoa, ou seja, a execução do comportamento especificado exhibe características dos processos automáticos, como sejam, a imediatez, a eficiência e a não consciência (Bargh, 1994). Estes processos são

eficazes na superação de determinados problemas de auto-regulação, como sejam esquecer-se de agir, falhar em dar prioridade às metas devido a outras exigências situacionais (ver, para uma revisão, Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005).

Os estudos empíricos (ver, para uma revisão, Sheeran & Gollwitzer, 2006) têm revelado que a Implementação de Intenções constitui uma estratégia eficaz na implementação de metas em diversas áreas: (i) clínica (e.g., comparecer a uma primeira consulta de psicoterapia anteriormente agendada; Sheeran, Aubrey, & Keller, 2007), (ii) académica (e.g., redigir um estudo durante as férias de Natal; Gollwitzer & Brandstätter, 1997) e (iii) ambiental (e.g., testar alimentos organicamente produzidos oferecidos por uma loja biológica e utilizar portes públicos em alternativa ao transporte habitual; Bamberg, 2002a, 2002b, cit por Carvalho, 2008).

Implementação de intenções e comportamentos de saúde. Em termos de promoção de comportamentos de saúde são diversos os estudos efectuados (ver, para uma revisão, Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005). Orbell, Hodgkins e Sheeran (1997) verificaram o aumento da possibilidade de efectuar um exame da mama durante o próximo mês utilizando a Implementação de Intenções. Para avaliar os efeitos desta estratégia na promoção do auto-exame da mama, num período de tempo mais longo (um e seis meses), Prestwich e colegas (2005) obtiveram resultados significativos e, ulteriormente, noutro estudo em que o parceiro intervinha nesse exame, a taxa de sucesso foi de 100% (Prestwich, Conner, Lawton, Bailey, Litman & Molyneaux, 2005, estudo 1 e estudo 2).

Rutter, Steadman e Quine (2006) no Reino Unido comprovaram também a eficácia da Implementação de Intenções na realização de mamografias num Programa do Serviço Nacional de Saúde. Esta mesma eficácia foi, ainda, constatada por Sheeran e Orbell (2000) relativamente à comparência em consultas de rastreio do cancro do colo do útero.

Steadman e Quine (2004) num estudo efectuado acerca da realização do auto-exame testicular verificaram um aumento significativo desse comportamento em participantes que tinham formado implementação de intenções, comparativamente com outros que não a tinham efectuado.

A Implementação de Intenções mostrou ser efectiva na redução da ingestão de gorduras na dieta diária durante o período de um mês (Armitage, 2004), no aumento de consumo de pelo menos uma peça de fruta diária durante duas semanas (Armitage, 2007a), no aumento de dias de ingestão de pelo menos uma peça de fruta ou vegetal durante o período uma semana (Kellar & Abraham, 2005) e seis meses (Luszczynska, Tryburcy, & Schwarzer, 2007), no consumo diário de fruta em jovens e adultos (De Nooijer, De Vet, Brug & De Vries,

2006) e na implementação de um dia de alimentação saudável num período de 5 dias registado num diário (Verplanken & Faes, 1999). A eficácia da Implementação de Intenções foi objecto de estudos efectuados por Sheeran e Orbell (1999), na toma diária de vitamina C, durante o período temporal de 10 dias e 3 semanas, tendo os resultados confirmado que a Implementação de Intenções auxilia na toma regular de medicação.

Ainda na área da promoção de saúde, Armitage realizou dois estudos (2007b, 2008) em contexto laboral concernentes à redução da dependência de nicotina através de uma intervenção baseada na Implementação de Intenções, que revelaram bons resultados. O referido autor fez, recentemente, um estudo sobre o papel da Implementação de Intenções na redução do consumo de álcool comprovando a eficácia desta estratégia auto-reguladora face ao comportamento desejado (Armitage, 2009).

No âmbito de promoção de exercício físico, vários estudos têm sido realizados (e.g., Prestwich, Lawton & Conner, 2003; Milne, Orbell & Sheeran, 2002; Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz, & Lippke, 2008) testemunhando a eficácia da implementação de intenções na promoção do exercício físico. De destacar, ainda, neste âmbito o estudo realizado por Kwak, Kremers, Van Baak e Brug (2007) acerca do aumento imediato da utilização das escadas após a intervenção de Implementação de Intenções.

Luszczynska (2006) também verificou a eficiência da Implementação de Intenções no desempenho de actividade física moderada em participantes que tinham sofrido um enfarte de miocárdio. No entanto, Scholz, Schütz, Ziegelmann, Lippke e Schwarzer (2008) constataram no seu estudo que a Implementação de Intenções (planeamento da acção) na realização de actividade física só é eficaz quando as intenções são fortes. Nesta linha, estão também os dois estudos longitudinais realizados por Wiedemann, Schütz, Sniehotta, Scholz e Schwarzer (2009) sobre a actividade física e a higiene dentária, medidas num período temporal de 4 (Estudo 1) e 3 meses (Estudo 2). Na área da reabilitação física, Ziegelmann, Luszczynska, Lippke e Schwarzer (2007) realizaram igualmente um estudo, no qual confirmaram que o planeamento da acção (Implementação de Intenções) na prática de exercício físico surte melhores efeitos do que as meras Intenções de Meta, independentemente do tipo de diagnóstico.

Assim, os teóricos dos comportamentos de saúde parecem concordar que possuir atitudes fortes e positivas, ter normas sociais positivas, possuir uma auto-eficácia elevada e formular planos para a acção (implementação de intenções) são importantes determinantes de comportamentos de saúde (Noar, Anderman, Zimmerman, & Cupp, 2004). As meta-análises referentes aos preditores das intenções e do comportamento de uso do preservativo

(Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999; Sheeran & Orbell, 1998; Sheeran & Taylor, 1999) fornecem um grande suporte para este conjunto de variáveis da Teoria do Comportamento Planeado e da Implementação de Intenções.

Anteriormente, Jeffrey D. Fisher e William A. Fisher (1992) realizaram uma revisão de literatura direccionada para a propagação da Sida através de comportamentos sexuais de risco e uso de seringas, propondo um modelo que sustenta que a redução do risco do HIV/SIDA é determinada pela informação das pessoas sobre a transmissão e prevenção dos riscos do vírus, a sua motivação para reduzir os riscos do HIV e das suas competências comportamentais para efectuar as acções específicas necessárias para a redução dos riscos.

Svenson, Oestergren, Merlo e Rastam (2002) fizeram também um estudo com estudantes universitários, com o intuito de compreender os factores individuais, da díade e sociais inerentes à utilização regular do preservativo. Os autores concluíram que o uso regular do preservativo era superior em estudantes que possuíam fortes implementações de intenções, uma elevada auto-regulação e normas sociais positivas.

De referir, ainda, o contributo de Arden e Armitage (2008) na área dos comportamentos de saúde sexual, que evidenciaram a eficácia da Implementação de Intenções na progressão do estágio de preparação para o de acção do Modelo Transteórico, quando aplicada ao porte usual do preservativo, preconizando que esta técnica deveria ser alargada a outros comportamentos sexuais saudáveis. Especificamente, no caso da utilização da Implementação de Intenções como estratégia promotora da adesão ao uso do preservativo, sem considerar outras variáveis (Svenson, Oestergren, Merlo, & Rastam, 2002), não existem quaisquer outros estudos referenciados nas bases de dados consultadas.

Objectivos e Hipóteses

Este projecto tem como objectivo explorar a eficácia da estratégia de implementação de intenções (Gollwitzer, 1993, 1999) na adesão ao uso de preservativo em jovens universitários do sexo masculino. Em concreto, pretendemos comparar se a utilização da estratégia *supra* referida num grupo de indivíduos (o grupo experimental) leva a um aumento significativamente superior do uso do preservativo durante um período de 2 meses, relativamente ao uso do preservativo num grupo de participantes que não deverá desenvolver tais intenções de implementação (o grupo de controlo). Colocamos assim a hipótese:

H1: O uso do preservativo será significativamente superior nos participantes que elaboram implementação de intenções.

Tencionamos, ainda, avaliar no grupo experimental a relação entre adesão ao uso de preservativo e as variáveis da TCP (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido e intenção comportamental), expressas nos questionários iniciais (*baseline*), hipotetizando-se que:

H2: Existe uma correlação positiva entre a adesão ao uso de preservativo através da implementação de intenções e as variáveis da TCP (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental percebido e intenção comportamental).

PROJECTO

Método

Participantes

O estudo será concretizado com uma amostra de conveniência constituída por cerca de 150 participantes do género masculino inscritos numa Instituição de Ensino Superior da Área Metropolitana de Lisboa, com idades compreendidas entre os 18 e 26 anos.

Solicitaremos a aprovação da Instituição, a participação voluntária e o consentimento informado dos participantes. Em particular, os sujeitos serão informados acerca do carácter anónimo dos dados da investigação bem como do seu direito à desistência em qualquer momento do estudo (Anexo A).

Design

Para explorar se a formulação da Implementação de Intenções influencia a adesão ao uso de preservativo, planeou-se um estudo quasi-experimental. Este tipo de estudo, por vezes designado como estudo experimental de campo, caracteriza-se pela aplicação dum procedimento experimental “fora do laboratório”. Se bem que este tipo de design não favoreça um controlo sobre possíveis variáveis estranhas tão efectivo como o design dos estudos laboratoriais, é potencialmente mais vantajoso em termos da constituição, bem como da manutenção da amostra, exactamente por não ter de ser realizado num local com condições controladas e estandardizadas (Campbell & Stanley, 1963; Christensen, 1997).

Nesse estudo, os participantes serão distribuídos por dois grupos: um grupo experimental e um grupo de controlo. Em ambos os grupos se mede a adesão ao uso de preservativo mas, enquanto no primeiro grupo se utiliza a estratégia da Implementação de Intenções, no segundo grupo não se usará esta ou qualquer outra estratégia. Assim, a comparação entre a frequência do uso de preservativo no grupo experimental e no grupo de controlo permitirá observar se a Implementação de Intenções se associa estatisticamente a uma maior adesão.

Medidas e Instrumentos

Variáveis

Variáveis sócio-demográficas. Seguindo algumas investigações no âmbito dos comportamentos sexuais, em geral, e no uso do preservativo, em particular (Alvarez, 2005; Arden & Armitage, 2008), os indivíduos serão inquiridos acerca de classe de rendimento mensal individual ou familiar, idade, existência de doenças sexualmente transmissíveis e nível de crenças católicas.

Adesão ao uso de preservativo. Avaliado através do auto-relato do número de relações sexuais em que foi utilizado preservativo durante um período de 2 meses.

Intenção de uso de preservativo. Medido através do auto-relato da intenção do uso de preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses.

Atitude relativa ao uso de preservativo. Avaliado através do auto-relato da apreciação quanto ao uso de preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses.

Norma subjectiva relativa ao uso de preservativo. Indiciada através do auto-relato da apreciação e pressão percebida de pessoas que são importantes para o indivíduo quanto ao uso de preservativo durante os próximos dois meses.

Controlo comportamental percebido relativo ao uso de preservativo. Medido através do auto-relato do controlo que o indivíduo estima ter do uso de preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses.

Instrumentos

Variáveis sócio-demográficas. Para caracterizar a amostra será desenvolvido um questionário do tipo sócio-demográfico, baseado nos questionários desenvolvidos por Arden e Armitage (2008) e Alvarez (2005) (Anexo B).

Adesão. Medida obtida através da resposta a um questionário construído para o efeito e enviado semanalmente via e-mail pelas investigadoras, sendo a resposta e reenvio expressamente solicitados. Os participantes serão inquiridos acerca do número de relações sexuais e do número de vezes que usaram preservativo em função do tipo de relacionamento com o parceiro sexual (estável ou ocasional) (Anexo C).

Intenção comportamental. Esta variável, bem como as restantes variáveis da TCP (atitude, norma subjectiva e controlo comportamental percebido), será medida através dum questionário de auto-relato elaborado com base em Arden e Armitage (2008) e de acordo com as recomendações de Ajzen (2006) (Anexo D). Estas variáveis serão indiciadas através da média das classificações de duas afirmações com base em escalas de 7 pontos (com excepção da atitude). Por exemplo, um dos itens que avalia a intenção comportamental é o seguinte: “*Vou utilizar preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses [extremamente improvável ou extremamente provável]*”.

Atitude. A medida da atitude será obtida usando uma escala de diferencial semântico. Os sujeitos responderão à questão: “*De um modo geral, a minha atitude face à utilização do preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses é/será...*” que será avaliada por três pares de adjetivos (e.g., boa-má).

Norma subjectiva. Avaliada por dois itens com escalas de resposta de 7 pontos, sendo um deles: “*A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo utilizar*

preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses” [discordo totalmente - concordo totalmente].

Controlo comportamental percebido. Avaliado por dois itens com escalas de resposta de 7 pontos, como, por exemplo, “*Utilizar ou não preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses depende de mim* [discordo totalmente - concordo totalmente]”.

Procedimento

1ª Sessão. Após a autorização por parte da Instituição de Ensino Superior e o recrutamento da amostra, procedemos à sessão inicial. Nesta sessão, de carácter presencial, esclarece-se a todos os participantes que o objectivo geral do estudo é promover a adesão ao uso regular do preservativo e assegura-se o consentimento informado dos participantes (Anexo A). Aplicam-se ainda os questionários que avaliam os dados sócio-demográficos (Anexo B) e as variáveis da TCP (Anexo D). A participação no grupo experimental ou de controlo é realizada através do questionário atribuído aos indivíduos (metade dos participantes serão incluídos no grupo experimental e a outra metade no grupo de controlo). Assim, setenta e cinco participantes preencherão ainda o questionário que contém as instruções de Implementação de Intenções (Anexo E).

Entre a Sessão 1 e a Sessão 2 todos os participantes serão semanalmente inquiridos via e-mail acerca do número de relações, do uso de preservativo e do tipo de parceiro durante um período de dois meses (Anexo C). A escolha deste período temporal foi feita para evitar a mortalidade experimental (desistência dos participantes), que se constitui como ameaça à validade interna da investigação que poderá ocorrer em estudos muito prolongados (Ribeiro, 1999).

2ª Sessão (Final). Esta sessão em grupo, após os dois meses, implicará a presença de todos os indivíduos, convocados através de e-mail. Esta sessão não é necessária do ponto de vista do design experimental, mas, por questões éticas, entendemos que deverá ser realizada para efectuar o “*debriefing*”. Nesta sessão serão explicitados de forma mais clara os objectivos específicos do estudo, bem como a forma como serão tratados os resultados, fornecendo novamente o contacto das investigadoras, no caso de algum participante querer ter informação mais detalhada ou conhecer os resultados do estudo (D’Oliveira, 2005). Procedese também ao agradecimento da Instituição de Ensino pela sua colaboração na investigação.

Cronograma do Projecto de Intervenção

Actividades	Semanas							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1ª fase – Apresentação geral do estudo; Aplicação dos questionários (1ª Sessão)								
2ª fase – Envio dos mails para recolha da V.D. e variáveis moderadoras; Inserção e Tratamento de Dados; (entre a 1ª e 2ª sessões)								
3ª fase – Inserção e Tratamento de Dados; Avaliação da Eficácia da Intervenção. <i>Debriefing</i> (2ª Sessão)								

Resultados Esperados

A partir desta intervenção espera-se obter uma maior adesão ao uso regular do preservativo nos participantes do grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo. Espera-se, ainda, que no grupo experimental haja uma correlação positiva entre a adesão ao uso do preservativo e as variáveis da TCP expressas nos questionários iniciais. Tendo em conta que esta estratégia não apresenta grandes dificuldades em termos humanos e económicos e a confirmarem-se as nossas hipóteses ela poderá ser utilizada, em estudos posteriores, com sujeitos de outras faixas etárias e provenientes de outras realidades socioculturais.

De futuro também seria interessante utilizar uma amostra que contrastasse o género, uma vez que a adesão ao preservativo é um comportamento que se aplica em situações que envolvem uma série de inferências e negociações implícitas entre duas pessoas. Efectivamente, existem demonstrações que, quando é a mulher que requer a utilização de preservativo, esta tende a ser vista como responsável e séria pelo parceiro. Pelo contrário, quando é o homem que pretende usar preservativo a companheira tende a vê-lo como pouco

interessado na manutenção da relação (Alvarez, 1998). Assim, a utilização duma amostra exclusivamente masculina poderá não captar a essência deste comportamento de prevenção.

Devemos ainda considerar uma crítica usual a este tipo de projectos, não obstante sempre pertinente e a enfatizar, que se refere à utilização de uma amostra de conveniência. Se bem que se pretenda tão-somente efectuar manipulações para observar efeitos e não generalizar para a população, existem na realidade mais tipologias de pessoas do que os típicos participantes destes estudos, os estudantes universitários.

Pese embora as limitações deste projecto, a sua mais-valia é aplicar conceitos da Psicologia da Saúde e conceitos de Atitudes e Persuasão, assim como os processos cognitivos inerentes à Implementação de Intenções como auxiliares das Intenções de Meta, mais especificamente, a adesão ao uso regular do preservativo. Nesta perspectiva, esta abordagem, teoricamente integrada, poderá contribuir eficazmente para problemas sérios do quotidiano, como são as DSTs e o HIV/SIDA, em particular.

A pertinência deste projecto é ainda confirmada pela Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, decretada pela Assembleia da República (2009), que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário. O Artigo 2.º desta Lei assinala como finalidades da educação sexual, entre outras, o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade (alínea b) e a redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis (alínea d). Tendo em conta os objectivos deste projecto, ele poder-se-á inserir adequadamente na aplicação da educação sexual em meio escolar, ao nível do ensino secundário, após a realização dos ajustes necessários à faixa etária dos alunos.

Referências Bibliográficas

- Aarts, H., Dijksterhuis, A.P., & Midden, C. (1999). To plan or not to plan? Goal achievement of interrupting the performance of mundane behaviors. *European Journal of Social Psychology, 29*, 971-979.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behaviour*. Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological
Consultado em 30 de Maio de 2009 através de
<http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. (1986). Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Ajzen, I., Czasch, C., & Flood, M. G. (2009). From intentions to behavior: Implementation intention, commitment, and conscientiousness. *Journal of Applied Social Psychology, 39*, 1356–1372.
- Albarracín, D., Gillette, J., Earl, A., Glasman, L. R., Durantini, M. R., & Ho, M. H. (2005). A test of major assumptions about behavior change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin, 131*, 856-897.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*, 142-161.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E, & Teles, L. C. (2004) HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60.
- Arden, M. A. M., & Armitage, C.J. (2008). Predicting and explaining transtheoretical model stage transitions in relation to condom-carrying behavior. *British Journal of Health Psychology*, 13, 719-735.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Armitage, C. J. (2004). Evidence That Implementation Intentions Reduce Dietary Fat Intake: A Randomized Trial. *Health Psychology*, 23, 319-323.
- Armitage, C. J. (2007a). Effects of an implementation intention-based intervention on fruit consumption. *Psychology and Health*, 22, 917-928.
- Armitage, C. J. (2007b). Efficacy of a brief worksite intervention to reduce smoking: the roles of behavioral an implementation intentions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 376-390.
- Armitage, C. J. (2008). A volitional help sheet to encourage smoking cessation: a randomized exploratory trial. *Health Psychology*, 28 (5), 543-553.
- Armitage, C. J. (2009). Effectiveness of experimenter-provided and self-generated implementantion intentions to reduce alcohol consumption in a sample of a general population: a randomized exploratory trial. *Health Psychology*, 27, 557-566.
- Assembleia da República (2009). Consultado em 20 de Novembro de 2009 através www.min-edu.pt/np3/4096.html
- AVERT (2009). *HIV & AIDS statistics from around the world*. Consultado em 20 de Maio de 2009 através de <http://www.avert.org/aids-statistics.htm>
- Bayer, U. C., Achtziger, A., Gollwitzer, P. M., & Moskowitz, G. B. (2009). Responding to subliminal cues: Do if-then plans facilitate action preparation and initiation without conscious intent? *Social Cognition*, 27 (2), 183-201.
- Bargh, J. A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, intention, efficiency, and control in social cognition. In R. S. Wyer, Jr., & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed.) (pp. 1-40). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brandstätter, V., Lengfelder, A., & Gollwitzer, P.M. (2001). Implementation intentions and efficient action initiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 946-960.
- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.

- Carey, R. F., & Litle, C. D. (1999). Implications of laboratory tests on condom integrity. *Sexually Transmitted Diseases*, 26 (4), 216-220.
- Carvalho, C. (2008). *Adherence to health-related behaviors: Effectiveness of implementation intentions and posthypnotic suggestion in college students*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Nova de Lisboa / Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). *Sexually Transmitted Diseases Surveillance 2007*. Consultado em 20 de Abril de 2009 através de <http://www.cdc.gov/STD/stats07/Surv2007FINAL.pdf>
- CDC (2009). *Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases*. Consultado em 28 de Abril de 2009 através <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (CVEDT/INSA) (2009). *Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal 31 de Dezembro de 2008*. Consultado em 28 de Abril de 2009 através <http://www.sida.pt/>
- Christensen, L.B. (1997). *Experimental Methodology* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Costa, E., & Leal, I. P. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 247-260.
- De Nooijer, J., De Vet, E., Brug, J., & De Vries, N.K. (2006). Do implementation intentions help to turn good intentions into higher fruit intakes? *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 38, 25-29.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2008). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, Consultado em 20 de Maio de 2009 através de http://ecdc.europa.eu/en/News_Media/Press_Releases/081201_pr.aspx
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 455-474.
- Gallo, I. S., & Gollwitzer, P. M. (2007a). Implementation Intentions: A look back at fifteen years of progress. *Psicothema*, 19 (1), 37- 42.
- Gallo, I. S., & Gollwitzer, P. M. (2007b). Implementation Intentions: Control of fear despite cognitive load. *Psicothema*, 17 (2), 280-285.

- Glazier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. A. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368 (9547), 1595-1607. Consultado em 20 de Abril de 2009 através de <http://www.thelancet.com>
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind-sets. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *The handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 53-92). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Gollwitzer, P. M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in Action: The Importance of Implementation Intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2 (2), 124-136.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev 2002*: CD000011.
- Haynes, R. B., McKibbon A. & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, 148, 383-386.
- Kellar, I., & Abraham, C. (2005). Randomized controlled trial of a brief research-based intervention promoting fruit and vegetable consumption, *British Journal of Health Psychology*, 10, 543-558.
- Kwak, L., Kremers, S.P.J., Van Baak, M.A., & Brug, J. (2007). Formation of implementation intentions promotes stair use. *American Journal of Preventive Medicine*, 32 (3), 254-255.
- Luszczynska, A. (2006). An implementation intentions intervention, the use of a planning strategy, and physical activity after myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 62, 900-908.

- Luszczynska, A., Tryburcy, M., & Schwarzer, R. (2007). Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Education Research*, 22 (5), 630-638
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matos, M. G (Ed.). (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (3ª ed.). Lisboa: Edições FMH.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D., & Myers, D. J. (2003/2005). *Psicologia Social*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163-184.
- Noar, S. M., Anderman, E. M., Zimmerman, R. S., & Cupp, P. K. (2004). Fostering achievement motivation in health education: Are we applying relevant theory to schoolbased HIV prevention programs? *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16 (4), 59-76.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).
- Orbell, S., Hodgkins, S., & Sheeran, P. (1997). Implementation intentions and the theory of planned behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 945-954.
- Oettingen, G., & Gollwitzer, P.M. (2001). Goal setting and goal striving. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Intraindividual processes*. Volume 1 of the Blackwell Handbook in Social Psychology. Editors-in-chief: M. Hewstone & M. Brewer (pp. 329-347). Oxford: Blackwell. Consultado em 20 de Julho de 2009 através de <http://www.psych.nyu.edu/oettingen/>
- Prestwich, A., Conner, M., Lawton, R., Bailey, W., Litman, J., & Molyneaux, V. (2005). Individual and collaborative implementation intentions and the promotion of breast self-examination. *Psychology and Health*, 20 (6), 743-760.
- Prestwich, A., Lawton, R., & Conner, M. (2003). The use of implementation intentions and the decision balance sheet in promoting exercise behavior. *Psychology and Health*, 18, 707-721.
- Programa do XVII Governo Constitucional (2005). Consultado em 20 de Maio de 2009 através de

http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p011.aspx

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rutter, D. R., Steadman, L., & Quine, L. (2006). An Implementation Intentions Intervention to Increase Uptake of Mammography *Annals of Behavioral Medicine*, 32 (2), 127-134.
- Scholz, U., Schütz, B., Ziegelmann, J. P., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2008). Beyond behavioural intentions: planning mediates between intentions and physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 13 (3), 479-494.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27 (1, Supl.).
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90-132.
- Sheeran, P., Aubrey, R., & Kellett, S. (2007). Increasing attendance for psychotherapy; implementation intentions and the self-regulation of attendance-related negative effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 853-863.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation intentions and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. Buckingham UK: Open University Press.
- Sheeran, P., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). The interplay between goal intentions and implementation intentions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 87-98.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37, 231-250.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behavior: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349-369.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Using Implementation Intentions to Increase Attendance for Cervical Cancer Screening. *Health Psychology*, 3, 283-289.

- Sheeran, P., & Silverman, M. (2003). Evaluation of three interventions to promote workplace health and safety: evidence for the utility of implementation intentions. *Social Science & Medicine*, *56*, 2153-2163.
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 1624-1675.
- Steadman, L., & Quine, L. (2004). Encouraging young males to perform testicular self-examination: A simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology*, *9*, 479-487.
- Straub, R. O. (2007). *Health Psychology*. A biopsychological approach (2^a ed.). New York: Worth Publishers.
- Svenson, G. R., Oestergren, P., Merlo, J., & Rastam, L. (2002). Action control and situational risks in the prevention of HIV and STIs: Individual, dyadic, and social influences on consistent condom use in a university population. *AIDS Education and Prevention*, *14* (6), 515-531.
- Triandis, H.C. (1980). Values, attitudes, and interpersonal behavior. In H.E. Howe (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1979: Beliefs, Attitudes and Values* (pp. 195-259). Lincoln: University of Nebraska Press.
- UNAIDS (2008). *AIDS epidemic update 2007*. Consultado em 10 de Julho de 2009 através de <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/>
- Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, *1*, 34 - 43.
- Van der Pligt, J., & Richard, R. (1994). Changing adolescents' sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education and Counseling*, *23*(3), 187-96.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, *26*, 331-342.
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, *29*, 591-604.

- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2004). Identifying good opportunities to act: Implementation intentions and cue discrimination. *European Journal of Social Psychology, 34*, 407–419.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2005). Integrating concepts from goal theories to understand the achievement of personal goals. *European Journal of Social Psychology, 35*, 69-96.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2007). How do implementation intentions promote goal attainment? A test of component processes. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*, 295-302.
- Webb, T., & Sheeran, P. (2008). Mechanisms of implementation intention effects: The role of goal intentions, self-efficacy, and accessibility of plan components. *British Journal of Social Psychology, 47*(3), 373-395.
- Wiedemann, A. U., Schütz, B., Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2009). Disentangling the relation between intentions, planning, and behaviour: A moderated mediation analysis. *Psychology & Health, 24*(1), 67-79.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Consultado em 20 de Maio de 2009 através de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- World Health Organization (2009a). *WHO definition of Health*. Consultado em 20 de Maio de 2009 através de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization (2009b). *HIV/AIDS*. Consultado em 20 de Maio de 2009 através de http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/
- Ziegelmann, J. P., Luszczynska, A., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2007). Are goal intentions or implementation intentions better predictors of health behavior? A longitudinal study in orthopedic rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 52* (1), 97-102.

ANEXOS

Anexo A
Consentimento Informado

Consentimento informado

*Eu, abaixo assinado, _____
confirmando que participo voluntariamente na investigação que Maria João Rodrigues está a desenvolver no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Carvalho. O projecto de investigação pretende promover a adesão ao uso regular do preservativo.*

A investigação, bem como os meus direitos e deveres foram claramente definidas e explicadas, tendo tido a oportunidade de formular as questões que considerei oportunas, as quais me foram respondidas.

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

A minha assinatura neste documento tem por objectivo indicar que o li, compreendi e concordei com toda a informação implícita neste.

Assinatura do Participante

Data _____

Assinatura da Investigadora

Data _____

Se necessitar de informação adicional poderei contactar as investigadoras através dos seguintes e-mails: mjsrodrigues@gmail.com ou claudia.carvalho@ispa.pt.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

Anexo B
Questionário Sócio-Demográfico
(baseado em Alvarez, 2005; Arden & Armitage, 2008)

Questionário Sócio-Demográfico

(baseado em Alvarez, 2005; Arden & Armitage, 2008)

1. Email do Participante: _____ Código: _____

2. Idade: _____

3. Assinale o seu escalão de rendimento económico mensal individual ou familiar:

< 500 €

500 - 1000 €

1000 – 2000 €

>2000 €

4. Numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “nenhuma” e 7 significa “absoluta, assinale na escala o grau de importância que a religião católica têm na adopção do seu estilo de vida e comportamentos.

Nenhuma importância ___1___:___2___:___3___:___4___:___5___:___6___:___7___: Extrema
importância

5. Assinale (X) a sua orientação sexual:

Heterossexual _____

Homossexual _____

Bissexual _____

6. Assinale a sua frequência de relações sexuais, durante o período de um mês:

< 1

1 - 5

5 - 10

10 – 20

>20

7. Actualmente está infectado por alguma doença sexualmente transmissível? _____

7.1. Se sim, por qual doença? _____

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

Anexo C
Questionário de Monitorização
(Auto-relato semanal do comportamento respondido via e-mail)

Questionário Semanal de Monitorização

Neste questionário pedimos que nos indique o número de vezes que realizou determinados comportamentos durante esta semana. Caso não se recorde com certeza acerca da sua resposta, tente responder escrevendo o pensamento mais espontâneo que teve ao ler inicialmente a questão.

1. Email do Participante: _____ Código: _____

2. Por favor indique o número de vezes que realizou os seguintes comportamentos durante a semana passada:

2.1. Prática de relações sexuais

__1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ :

2.2. Uso de Preservativo

__1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ :

3. Caso tenha mais do que um parceiro sexual, por favor responda às seguintes questões:

3.1) Número de vezes que praticou relações sexuais com parceiro estável ____ e 3.2) número de vezes que utilizou preservativo ____

3.3) Número de vezes que praticou relações sexuais com parceiro ocasional ____ e 3.3.1) número de vezes que utilizou preservativo ____

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

Anexo D

Questionário de Representações e Práticas Sexuais (Ajzen, 2006; Arden & Armitage, 2008)
(Teoria do Comportamento Planeado)

Questionário de Representações e Práticas Sexuais

Neste estudo, solicitamos que utilize o preservativo sempre que tenha relações sexuais nos próximos dois meses. As questões que se seguem são relativas a diversos itens relacionados com esse comportamento.

Email do Participante: _____ Código: _____

Pedimos que responda às próximas questões utilizando as escalas de respostas disponibilizadas. Duma forma geral, estas escalas variam entre 1 e 7 para os diversos atributos considerados. Por exemplo, se considerasse que “nas relações pessoais desconfiar” não é bom nem mau deveria assinalar o número 4.

Nas relações pessoais, desconfiar é:

bom: __1__ : __2__ : __3__ : 4 : __5__ : __6__ : __7__ : mau

1. *De um modo geral, a minha atitude face à utilização do preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses é/será:*

boa: __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : má

agradável : __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : desagradável

útil: __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : inútil

2. *É esperado de mim, que eu utilize preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses*

totalmente verdadeiro: __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : totalmente falso

3. *A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo utilizar preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses:*

discordo totalmente : __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : concordo totalmente

4. *Para mim, utilizar preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses é:*

extremamente difícil :__1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : extremamente fácil

5. Utilizar ou não preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses depende de mim

discordo totalmente :__1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : concordo totalmente

6. Eu planeio utilizar preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses

extremamente provável: __1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : extremamente improvável

7. Vou utilizar preservativo durante as relações sexuais nos próximos dois meses

extremamente provável :__1__ : __2__ : __3__ : __4__ : __5__ : __6__ : __7__ : extremamente improvável

Anexo E
Implementação de Intenções (Arden & Armitage, 2008)
(Grupo Experimental)

Implementação de Intenções

Queremos que planeie utilizar preservativo nos seus relacionamentos sexuais durante os próximos dois meses tendo especialmente em conta as situações em que irá implementar estes planos. De seguida, solicitamos que elabore um plano detalhado no qual especifique previamente “ quando, onde e com quem ” vai usar preservativo e que o registe na folha.

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

1. Quando pretendo usar preservativo (dias, horas, ocasiões diversas)?

1. Onde pretendo usar preservativo (festas, encontros ocasionais, etc.)?

3. Com quem pretendo usar preservativo (amigos/as, namorados/as, contactos ocasionais)?
