

Diferenças do valor preditivo da Teoria da Acção Planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro de pele: O papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis (*)

MARIA JOÃO FIGUEIRAS (**)
NUNO CORREIA ALVES (**)
CARLOS BARRACHO (**)

INTRODUÇÃO

O cancro de pele é um dos tumores com maior prevalência no mundo inteiro, tendo sido caracterizado como uma epidemia não declarada (Martin, 1995). Apesar da grande maioria deste tipo de tumores ser curável quando detectado precocemente, esta doença tem um efeito devastador na saúde e aparência dos indivíduos. De acordo com a *American Cancer Society* (ACS, 1998), a incidência do melanoma tem aumentado desde

1973. Em Portugal, a incidência do cancro da pele tem vindo a aumentar, com uma média de 800 casos novos diagnosticados por ano (Dia Nacional da Prevenção do Cancro da Pele – 4.6.04)

Existe evidência científica de que a maioria dos casos de cancro da pele está associada à exposição solar (English *et al.*, 1997). Assim, reduzir a quantidade de exposição solar é um dos objectivos principais da prevenção do cancro da pele. Esta prevenção é realizada sob a forma de campanhas que visam a tomada de consciência e o aumento do conhecimento do público em geral, sobre os perigos da excessiva exposição aos raios solares. De acordo com a literatura existente nesta área, existem resultados de programas de educação para a saúde que apontam para um aumento do conhecimento sobre o cancro da pele, mas não tiveram efeito na alteração de comportamentos relativos ao uso de protectores solares, ou de vestuário protector (ex., Loescher *et*

(*) Este estudo é parte do projecto de investigação: Health Beliefs and Common-Sense Models Of Illness: Implications For Beliefs About Prevention; financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – POC TI/FEDER – Ref. 36366/2000.

(**) Instituto Piaget – Campus Universitário de Almada.

al., 1995). Igualmente, estudos anteriores verificaram que as atitudes em relação aos banhos de sol e ao estar bronzado nem sempre são congruentes com o nível de conhecimento que os indivíduos possuem (Bennetts *et al.*, 1991). Outros estudos referem os aspectos da relação entre a procura de uma aparência física mais atraente e os comportamentos de exposição solar artificial (Hillhouse, Turrisi, & Kastner, 2000; Hillhouse, Turrisi, Holwiski, & McVeigh, 1999). Nas camadas mais jovens, a influência social dos pares pode influenciar positivamente a adopção de certos comportamentos preventivos, como por exemplo em relação a fumar ou beber, o que poderia também ter um efeito no caso da redução da exposição solar (Jackson & Aiken, 2000). Uma revisão da literatura sobre os aspectos psicológicos relacionados com a exposição solar e o estar bronzado (Arthey & Clarke, 1995), sublinhou que os resultados de diferentes estudos são consistentes no que se refere ao aumento do conhecimento sobre os perigos da exposição solar e da necessidade de protecção, mas que este conhecimento não se traduz em comportamento de protecção ou de prevenção. Por exemplo, um estudo recente verificou que os indivíduos que percepcionavam os efeitos negativos do cancro da pele na sua aparência, mas não na sua saúde em geral, apresentavam uma maior probabilidade de adoptar um comportamento preventivo para o cancro da pele (Jones *et al.*, 2000). A crença sobre a forma como as doenças podem ser prevenidas e o nível de controlo que os indivíduos sentem que têm sobre os factores que podem afectar a sua saúde reflectem uma percepção de que medidas preventivas podem reduzir a probabilidade de eventos adversos (Smith *et al.*, 1999). O aparente insucesso de campanhas de prevenção, ou de programas de intervenção, em produzir alterações do comportamento ilustra a necessidade de identificar factores que podem ter uma maior influência na promoção deste tipo de comportamentos preventivos. Neste sentido, a aplicação de modelos de cognição social baseados em crenças individuais sobre a saúde e a doença pode contribuir para a identificação destes factores e da forma pela qual estes podem influenciar a intenção de adoptar comportamentos preventivos. De acordo com a literatura existente sobre a aplicação de modelos de cognição social ao contexto da saúde, a Teoria da Acção Planeada (Ajzen, 1991;

Ajzen & Fishbein, 1980) tem demonstrado ser um dos modelos com maior poder preditivo (Armitage & Conner, 2000; Sheeran, Conner, & Norman, 2001). Este modelo é uma extensão da teoria da acção racional (Ajzen & Fishbein, 1980), que postula que o comportamento do indivíduo está sob o controlo da vontade, e pode ser explicado pela intenção de adoptar certos comportamentos, assim como pelos factores que podem influenciar essa intenção. Estes factores são as atitudes em relação ao comportamento (definidas como positivas ou negativas no que diz respeito à avaliação do comportamento), e as normas subjectivas (definidas como as expectativas daqueles que são importantes para o indivíduo sobre o desempenho do comportamento). A Teoria da Acção Planeada (TAP) é uma extensão deste modelo e inclui o conceito de “controlo percebido” sobre o desempenho de um dado comportamento, como um determinante da intenção e do comportamento. A inclusão deste conceito baseia-se na assumpção de que a uma maior percepção de controlo corresponde uma maior probabilidade de que o desempenho do comportamento tenha sucesso. No entanto, vários comportamentos relacionados com a saúde não estão apenas dependentes da vontade, e por isso esta dimensão corresponde também à percepção da facilidade ou da dificuldade em desempenhar o comportamento (Trafimow, Sheeran, Conner, & Finlay, 2002). De acordo com Ajzen (1991), a percepção de controlo percebido é função de crenças de controlo, e as normas subjectivas são função de crenças normativas. Investigações realizadas no sentido de identificar preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele basearam-se em outros modelos de cognição social, como por exemplo o modelo de crenças de saúde (Becker, 1974). No entanto, quer com o modelo de crenças de saúde, quer com a teoria da acção racional, verificou-se que a quantidade de variância explicada era baixa (Clarke *et al.*, 1997). Uma das limitações deste tipo de modelos prende-se com o facto de não conseguirem explicar comportamentos relacionados com a saúde que são aparentemente irracionais (Horne & Weinman, 1998), como por exemplo ter uma forte percepção do risco de vir a contrair cancro do pulmão e continuar a fumar. Outra limitação diz respeito ao facto de se focarem exclusivamente em aspectos cognitivos, não contemplando os as-

pectos emocionais e de personalidade como factores que podem contribuir para a tomada de decisão relativa à intenção de adoptar comportamentos preventivos.

O modelo de auto-regulação (Leventhal *et al.*, 1998), embora menos utilizado no contexto dos comportamentos preventivos, tem contribuído para a compreensão dos factores subjacentes à selecção, início e adopção de comportamentos relacionados com a saúde. A representação da ameaça ao estado de saúde, juntamente com os mecanismos de *coping*, e a avaliação dos resultados, são os componentes principais do esforço do indivíduo em regular o seu comportamento. A representação de uma doença é constituída por vários atributos (ex.: identidade, consequências, etc.) que exercem uma influência importante na selecção e manutenção dos comportamentos relacionados com a saúde. Estudos realizados nas últimas décadas indicam que os indivíduos têm esquemas mentais, ou protótipos de doença, que influenciam o seu comportamento (Bishop, 1991; Meyer *et al.*, 1985). A avaliação da representação cognitiva da doença tem sido realizada através do uso de entrevistas (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) e, mais recentemente, através de questionários (Moss-Morris *et al.*, 2002). Vários estudos utilizaram esta abordagem através do Questionário de Percepção da Doença (IPQ-R; Moss-Morris *et al.*, 2002), que inclui, na sua mais recente versão até à data, oito dimensões ou componentes: identidade, duração (aguda, crónica e cíclica), consequências, controlo do tratamento, controlo pessoal, coerência da doença, representação emocional e atribuições causais. Este questionário tem uma versão adaptada para a população portuguesa, realizada com permissão dos autores, e que tem sido utilizada em diferentes contextos de saúde e doença (Figueiras & Jerónimo, 2003; Figueiras, Machado, & Alves, 2002). No presente estudo foi apenas utilizado o componente relativo à representação emocional da doença, dado que se trata de indivíduos saudáveis; e uma variável de personalidade, o optimismo (Scheier & Carver, 1987) que tem sido utilizada em diversos estudos no âmbito da psicologia da saúde. Tem sido referido por diferentes autores que o conceito de optimismo expressa a ideia de que os indivíduos vêem a vida e a eles próprios de forma positiva. De maneira geral, tem sido descrito na literatura que os indiví-

duos optimistas têm maior probabilidade de adoptar comportamentos saudáveis do que os indivíduos pessimistas (Scheier & Carver, 1992). Schwarzer (1994) salienta que o termo optimismo pode incluir diferentes tipos de cognições. Pode implicar uma orientação defensiva que poderá sustentar os comportamentos de risco, ou inversamente, uma orientação funcional que poderá contribuir para a adopção de medidas preventivas.

Pretendemos assim avaliar se estas variáveis podem contribuir para explicar variância na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele, utilizando como modelo de referência a Teoria da Acção Planeada. Neste sentido, os objectivos do estudo são (1) investigar em que medida a Teoria da Acção Planeada pode prever a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele numa amostra de indivíduos saudáveis de nacionalidade portuguesa, e (2) avaliar se o poder preditivo da Teoria da Acção Planeada está relacionado com a representação emocional do cancro da pele, e com os níveis de optimismo.

Para tal, foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- 1 - Quais são as crenças individuais sobre o cancro da pele em termos da representação da doença e das dimensões da Teoria da Acção Planeada, em indivíduos saudáveis?
- 2 - Existem diferenças significativas nas crenças de acordo com a representação emocional da doença e o optimismo?
- 3 - Existem diferenças no poder preditivo da Teoria da Acção Planeada em indivíduos com
 - a) Uma percepção mais negativa da doença?
 - b) Um maior nível de optimismo?

METODOLOGIA

Participantes

Os participantes foram indivíduos de ambos os sexos, com idades entre os 18 e os 65 anos, de nacionalidade portuguesa, recrutados de forma

aleatória em diferentes locais de trabalho, espalhados pelo País (empresas, bancos, supermercados, câmaras municipais, etc.) A amostra foi constituída por 348 indivíduos de ambos os sexos com uma média de idade de 30.9 (9.5), dos quais 70% são mulheres. A participação foi voluntária.

Procedimento

Os participantes completaram um questionário de auto-preenchimento que incluía medidas sobre a representação emocional do cancro da pele, atitudes em relação à adopção de comportamentos preventivos para o cancro da pele, normas subjectivas, controlo percebido, intenção de adoptar comportamentos preventivos e optimismo. Os questionários foram distribuídos no local de trabalho após ter sido obtido consentimento das respectivas entidades patronais. Os questionários foram recolhidos por um assistente de investigação, ou devolvidos por via postal.

Medidas

a) Percepção de doença

Foi criada uma versão para indivíduos saudáveis da componente relativa à representação emocional da doença do *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Moss-Morris *et al.*, 2002), traduzido e adaptado experimentalmente com permissão dos autores. Esta componente é constituída por 5 itens, com uma escala de resposta de 5 pontos (tipo Likert), variando entre discordo plenamente (1) e concordo plenamente (5). No presente estudo esta variável pode variar entre 5 e 25. A um valor mais alto corresponde uma representação emocional da doença mais negativa. O coeficiente de consistência interna (*alpha* de Cronbach) foi de 0.82 .

b) Teoria da acção planeada

Todas as dimensões foram avaliadas através de diferenciais semânticos com 7 pontos.

Atitudes em relação ao comportamento preventivo para o cancro da pele

Esta componente foi avaliada através de oito diferenciais semânticos (7 pontos) que deram origem a uma medida de atitudes (ex. adoptar comportamentos que possam prevenir o cancro da

pele seria: difícil, mau, insensato, indesejável, inadequado, desvantajoso, preocupante, inútil-fácil, bom, sensato, desejável, adequado, vantajoso, securizante, útil). O coeficiente de consistência interna foi de 0.90.

Norma subjectiva

Foi avaliada com um item “As pessoas que são importantes para mim pensam que eu (escala de 7 pontos – não deveria ... deveria) adoptar comportamentos que previnem o cancro da pele”.

Controlo percebido

Foi avaliado com três itens (escala de 7 pontos variando entre sem controlo – controlo total) (ex. “Que tipo de controlo sente que tem sobre a prática de comportamentos que podem prevenir o cancro da pele?”) O coeficiente de consistência interna foi de 0.67.

Intenção

Foi avaliada com um item. “Tem intenção de adoptar comportamentos preventivos em relação ao cancro da pele?” (escala de 7 pontos variando entre não tenciono – tenciono).

c) Optimismo

Foi utilizada uma versão traduzida e adaptada num estudo anterior (Figueiras, 2000) do *Life Orientation Test* (LOT) (Scheier & Carver, 1985). Esta medida é composta por 8 itens com uma escala de resposta de 5 pontos (tipo Likert) variando de discordo completamente a concordo completamente. O valor total corresponde à soma dos itens. Quanto mais alto o valor, maior o nível de optimismo. O coeficiente de consistência interna foi de 0.71.

Análise

Foram calculadas as variáveis a partir da soma dos itens que as constituem. Para efeitos de análise recorreu-se ao cálculo da média do item para os componentes da Teoria da Acção Planeada. Foram efectuadas as correlações entre os componentes do modelo e realizada uma análise de regressão linear no sentido de avaliar o seu poder preditivo de acordo com as representações emocionais do cancro da pele e dos níveis de optimismo.

RESULTADOS

Crenças individuais sobre o cancro da pele

O Quadro 1 ilustra os valores médios da representação emocional do cancro da pele e do optimismo. Verificou-se que a representação emocional é bastante negativa, e que o nível de optimismo é elevado. No que se refere aos componentes da Teoria da Acção Planeada (Gráfico 1), verifica-se uma forte intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele, uma forte crença na importância que outros significantes atribuem ao comportamento, uma atitude positiva em relação ao comportamento preventivo, e uma crença forte no controlo percebido sobre o comportamento.

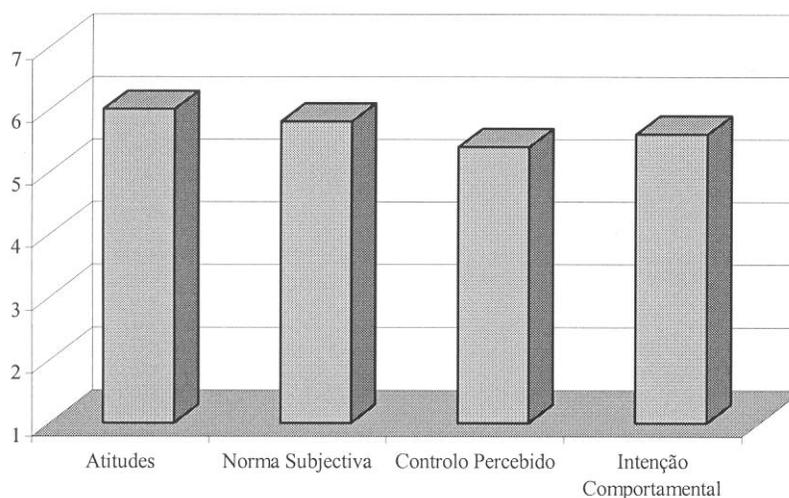
Diferenças significativas nas crenças sobre o cancro da pele

Foram realizados testes *t de student* para grupos independentes, no sentido de investigar a existência de diferenças significativas entre indivíduos com uma representação emocional do cancro da pele mais negativa ou mais positiva. O mesmo procedimento foi realizado em relação aos níveis de optimismo. Assim, procedeu-se à divisão da mediana, criando dois grupos independentes. Um valor acima da mediana para a representação emocional do cancro da pele, significa uma representação mais negativa, e um valor abaixo da mediana, uma representação mais positiva. Para os níveis de optimismo, um valor acima da mediana significa maior optimismo, e

QUADRO 1
Médias da representação emocional e optimismo (n=391)

Crenças de doença	Média (DP)	Varição
Representação Emocional	16.7 (4.1)	5 – 25
Optimismo	27.9 (4.0)	8 – 40

GRÁFICO 1
Valores médios das componentes da TAP (n=391)



um valor abaixo da mediana, um nível mais baixo de optimismo.

No que se refere à representação emocional do cancro da pele, verificou-se que existem diferenças significativas na intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos, e na norma subjectiva. Os indivíduos com uma representação emo-

cional mais negativa referem uma intenção mais forte ($p < 0,001$), conferem maior importância ao que outros significantes atribuem ao comportamento ($p < 0,01$), e apresentam uma crença mais forte no controlo percebido do que os indivíduos com uma representação emocional mais positiva ($p < 0,05$) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2
Diferenças nas variáveis de cognição social usando a divisão pela mediana – Representação emocional (mais negativa/menos negativa) (n=391)

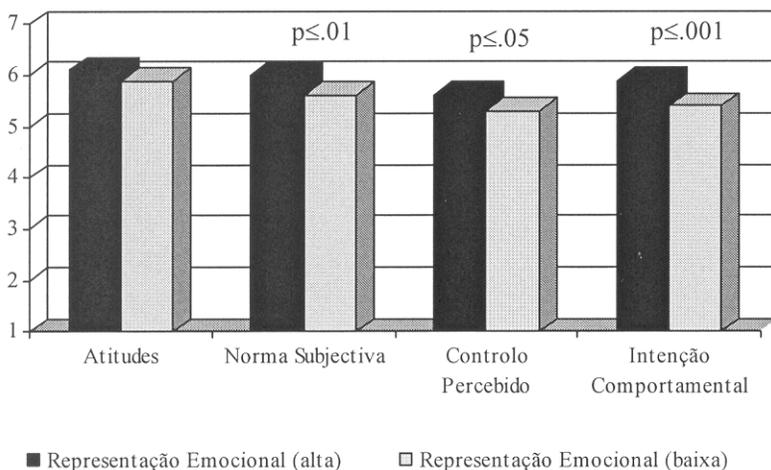
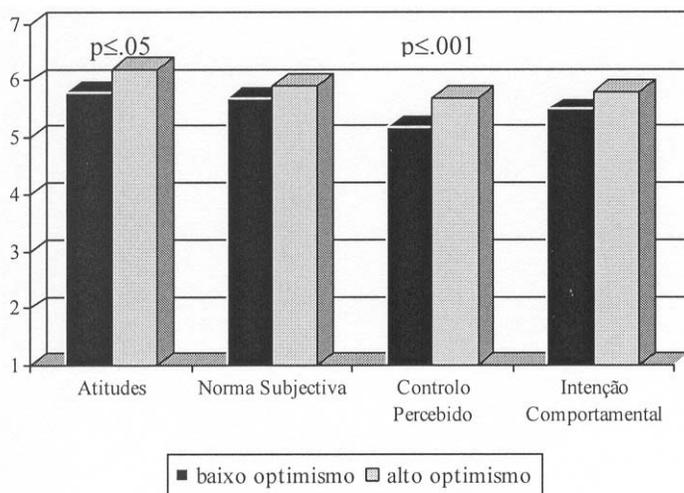


GRÁFICO 3
Diferenças nas variáveis de cognição social usando a divisão pela mediana – LOT (mais optimista/menos optimista) (n=391)



Relativamente aos níveis de optimismo, verificaram-se diferenças significativas nas atitudes em relação aos comportamentos preventivos e à percepção de controlo percebido. Indivíduos com maiores níveis de optimismo têm uma atitude mais positiva ($p < 0,01$) e uma maior percepção de controlo sobre o comportamento ($p < 0,001$) do que os indivíduos com níveis de optimismo mais baixos (Gráfico 3).

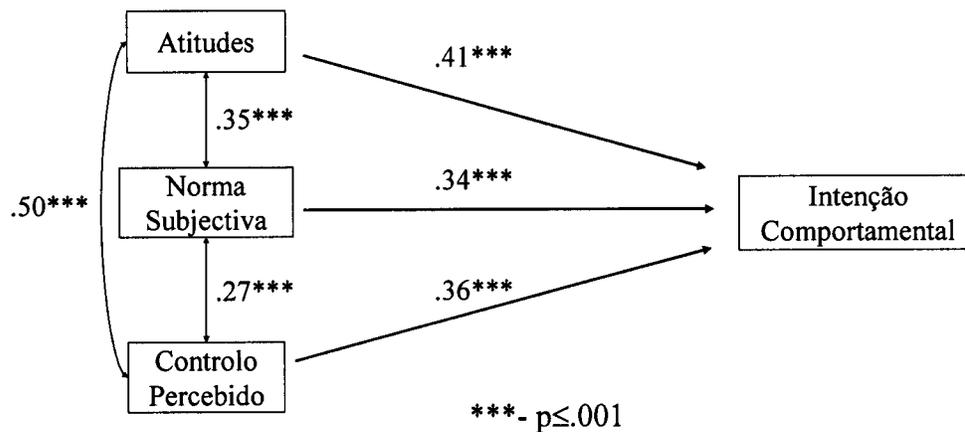
Poder preditivo da Teoria da Acção Planeada

No sentido de avaliar o poder preditivo da TAP de acordo com a representação emocional do cancro da pele, e dos níveis de optimismo, procedeu-se inicialmente à análise de correlações entre os componentes da Teoria da Acção Planeada. Todos os componentes se correlacionaram de forma significativa com a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele (Figura 1). Igualmente foram realizadas as correlações entre os componentes da TAP tendo em conta a divisão da mediana para as variáveis representação emocional da doença e optimismo. Todas as correlações foram estatisticamente significativas, verificando-se que nos indivíduos com uma representação emocional mais negativa a correlação mais forte é entre a percepção de controlo sobre o comportamento e a intenção (Quadro 2). Nos indivíduos com um nível mais alto de

optimismo, as correlações entre os componentes da TAP são mais fortes do que nos indivíduos menos optimistas (Quadro 2).

Seguidamente, procedeu-se à análise de regressão linear para a amostra total, com o objectivo de identificar quais são os preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele. Verificou-se que a variância total explicada foi de 25%, e todos os componentes são preditores significativos da intenção (Quadro 3). Procedeu-se em seguida à análise de regressão linear para os indivíduos abaixo e acima da mediana nas variáveis representação emocional e optimismo. Os resultados indicam que para os indivíduos com uma representação emocional mais negativa a variância explicada é de 21%, em que todos os preditores contribuem de forma significativa. Para os indivíduos com uma representação emocional mais positiva, a variância explicada é de 23%, e apenas a norma subjectiva e as atitudes em relação ao comportamento revelaram significância estatística (Quadro 4). No que se refere ao optimismo, verificou-se que para os indivíduos com níveis mais altos de optimismo, a variância explicada foi de 37% e todos os preditores contribuíram de forma estatisticamente significativa. Para os indivíduos com um nível mais baixo de optimismo, a variância explicada foi de 16% e apenas as atitudes em relação ao comportamento preventivo e a norma sub-

FIGURA 1
Correlações entre as variáveis de cognição social e a intenção comportamental (n=391)



QUADRO 2

Correlações entre as variáveis de cognição social e a intenção comportamental usando a divisão pela mediana para as variáveis representação emocional do cancro da pele e optimismo (n=391)

	Representação Emocional		Optimismo	
	Mais negativa	Menos negativa	Mais optimistas	Menos optimistas
Atitudes	.39***	.42***	.45***	.37***
Norma Subjectiva	.26***	.37***	.39***	.30***
Controlo Percebido	.33***	.35***	.48***	.27***

*** = p≤.001

QUADRO 3

Preditores de cognição social da intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele (n=391)

Preditores	Adj. R ²	β	Sig.
Atitudes	2%	.19	***
Norma Subjectiva	15%	.26	***
Controlo Percebido	8%	.21	***
Total	25%		***
	F=37,2		

*** = p≤.001

QUADRO 4

Preditores de cognição social da intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele usando a divisão pela mediana para a variável representação emocional (n=391)

Preditores	Mais negativa (F=14,2; p≤.001)			Mais positiva (F=27,1; p≤.001)		
	Adj. R ²	β	Sig.	Adj. R ²	β	Sig.
Atitudes	2%	.17	*	16%	.31	***
Norma Subjectiva	6%	.22	**	7%	.28	***
Controlo Percebido	13%	.27	***	–	–	n.s.
Total	21%			23%		

* = p≤.05; ** = p≤.01; *** = p≤.001

QUADRO 5

Preditores de cognição social da intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele usando a divisão pela mediana para a variável optimismo (n=391)

Preditores	Mais optimista (F=18,2; p≤.001)			Menos optimista (F=30,6; p≤.001)		
	Adj. R ²	β	Sig.	Adj. R ²	β	Sig.
Atitudes	3%	.22	**	4%	.23	**
Norma Subjectiva	9%	.28	***	12%	.26	***
Controlo Percebido	25%	.34	***	–	–	n.s.
Total	37%			16%		

* = p≤.05; ** = p≤.01; *** = p≤.001

jectiva contribuíram de forma estatisticamente significativa (Quadro 5).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou as crenças de indivíduos saudáveis sobre o cancro da pele no que se refere aos componentes da TAP, à representação emocional da doença e aos níveis de optimismo. Os resultados indicaram que em média os indivíduos têm uma representação emocional negativa sobre o cancro de pele e que apresentam um nível de optimismo elevado.

O padrão de correlações entre os componentes da TAP é significativo, e semelhante ao encontrado em diferentes estudos que utilizaram este modelo. De forma geral, os indivíduos apresentam uma atitude positiva em relação ao comportamento preventivo, consideram importante aquilo que “outros significantes” acreditam ser adequado praticar em relação a esta doença, têm uma crença forte na capacidade de controlar o comportamento e uma forte intenção de vir a adoptar um comportamento preventivo para o cancro da pele. Existem, contudo, diferenças significativas entre indivíduos que têm uma representação emocional mais negativa e mais positiva, nas componentes norma subjectiva, controlo percebido, e intenção comportamental. Este resultado sugere

que a representação emocional mais negativa contribui para um aumento da percepção de controlo e uma maior intenção comportamental. Uma possível explicação para as diferenças relativamente à norma subjectiva, relaciona-se com o carácter de gravidade desta doença, e da forma como as emoções negativas e socialmente partilhadas poderão ter um papel promotor de uma intenção comportamental preventiva. Por outro lado, a protecção da pele e estar bronzeado estão associados a uma forte componente social. Uma forte barreira encontrada no que se refere à protecção da pele, relaciona-se com o facto de ter uma aparência bronzeada estar associado a ser saudável e atraente (Arthey & Clarke, 1995). Estudos posteriores verificaram que normas sociais em relação ao uso de protectores solares, ou ter um amigo, ou pais que utilizam protectores solares, está relacionado com uma maior intenção de realizar o comportamento (Martin *et al.*, 1999).

As diferenças encontradas nos componentes da TAP, no que se refere aos níveis de optimismo, reflectem-se nas atitudes em relação ao comportamento preventivo e na percepção de controlo sobre o mesmo. Os indivíduos mais optimistas têm uma atitude mais positiva e uma maior percepção de controlo sobre o comportamento preventivo. Um factor comum a estes resultados é o facto de a percepção de controlo percebido emergir como o componente mais saliente no

contexto estudado. Segundo um estudo recente (Trafimow *et al.*, 2002), o controlo percebido é uma amálgama de duas variáveis: (1) o controlo percebido é a medida em que o indivíduo considera que o comportamento está sob o seu controlo; (2) a dificuldade percebida, refere-se à medida em que o comportamento é considerado fácil ou difícil. Neste sentido, a dificuldade percebida é distinta de controlo, e quando esta é percebida como mais importante, o controlo percebido é um melhor preditor do comportamento. No caso específico deste estudo, apenas avaliámos a intenção de adoptar um comportamento preventivo para o cancro da pele, que apesar de ser um comportamento que pode requerer a cooperação de outros, parece ser percebido como estando sob o controlo do próprio. Outro aspecto importante a considerar neste contexto é que proteger-se dos raios solares pode ter implicações para a aparência física no sentido de “ser atraente”. Por exemplo, os indivíduos que fazem solário, justificam esta decisão com o facto de se sentirem mais atraentes (Hillhouse *et al.*, 1996). Da mesma forma, o estar bronzeado é socialmente valorizado e percebido como atraente, especialmente pelas camadas mais jovens (Hillhouse *et al.*, 2000). A percentagem de variância explicada pela TAP em relação à intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele situa-se abaixo dos valores referidos por estudos anteriores, em relação à intenção de adoptar comportamentos preventivos de maneira geral (Sheeran *et al.*, 2001). Uma explicação possível poderá relacionar-se com o tipo de intenção comportamental em estudo, relativamente a uma doença que o indivíduo pode considerar como improvável. No entanto, quando se considera a divisão da mediana em relação à representação emocional do cancro da pele, a percentagem de variância explicada desce ligeiramente e verifica-se uma diferença nos preditores significativos. No grupo de indivíduos com uma representação emocional mais negativa, a percepção de controlo é o preditor mais significativo da intenção de adoptar um comportamento preventivo, enquanto que nos indivíduos com uma representação mais positiva, as atitudes em relação ao comportamento são o melhor preditor da intenção comportamental. Poderá existir aqui alguma associação entre a representação emocional e o medo de vir a ter a doença, levando este a que o indivíduo

sustente a crença de que um maior controlo sobre o comportamento pode reduzir a probabilidade de vir a ter a doença. Quando se considera a divisão da mediana em relação ao optimismo a percentagem de variância explicada é diferente entre indivíduos com níveis de optimismo baixo e alto. Além disso, verifica-se uma diferença nos preditores da intenção comportamental. Nos indivíduos mais optimistas, a percepção de controlo sobre o comportamento contribui com 25% dos 37% da variância explicada, enquanto que nos indivíduos menos optimistas, esta variável não contribui significativamente para a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele. Este resultado enfatiza o papel do optimismo, enquanto traço de personalidade, no contexto da intenção de adoptar comportamentos preventivos. Nomeadamente, levanta a questão sobre o papel que o optimismo poderá ter na auto-regulação do comportamento relacionado com a saúde. Por um lado, o optimismo pode estar relacionado com a “ilusão” de controlo; por outras palavras, sermos optimistas em relação aquilo que consideramos que está sob o nosso controlo e não acerca de futuros eventos *per se*. Por outro, o optimismo pode ser entendido no sentido de atrair eventos ou situações positivas e evitar ou prevenir acontecimentos negativos. Estas interpretações levam-nos ao conceito de “optimismo irrealista” como sendo o produto da “ilusão” de controlo; ou a tendência para perceber os eventos mais sobre controlo do que na realidade estão, ou poderão estar. Outra situação é quando as pessoas são mais optimistas para elas do que para os outros (Harris & Middleton, 1994), o que poderá ter implicações para a adopção de comportamentos preventivos. No caso específico do presente estudo, em que se inquiriram indivíduos saudáveis, os resultados levam-nos a levantar algumas questões sobre o valor funcional do optimismo individual no contexto da TAP no que se refere ao cancro da pele. Uma questão relaciona-se com a importância de distinguir entre quando se trata de atingir um determinado objectivo em termos de comportamento relacionado com a saúde, e mantê-lo. Outra questão refere-se à diferença entre o valor do optimismo em relação a um objectivo, e o seu valor em relação a uma ameaça. Schwarzer (1999) defende que se, por exemplo, o indivíduo não se sente em risco, não vê razão para adoptar um comportamento preven-

tivo. Isto pode levar anos até acontecer uma vez que não se trata de atingir um objectivo, mas sim de um processo de auto-regulação perante a avaliação de uma ameaça que pode nunca vir a resultar na adopção de um comportamento preventivo. Por outras palavras, o que poderá ser entendido como prevenção, e como promoção da saúde, e o seu impacto no comportamento relacionado com a saúde em indivíduos saudáveis.

Este estudo apresenta também algumas limitações, nomeadamente no que se refere ao facto de se focar na intenção de adoptar um comportamento preventivo e não no comportamento em si. Por outro lado, por se tratar de um estudo transversal não foi possível avaliar a contribuição destes preditores para a prática do comportamento. Consideramos também que outras variáveis, como por exemplo a percepção de vulnerabilidade para esta doença, deveriam ter sido incluídas. Futuras investigações deverão explorar de forma prospectiva qual o papel da representação emocional, e do optimismo na predição do comportamento preventivo para o cancro da pele em indivíduos saudáveis. Além disso, a possível relação entre a adopção de comportamentos preventivos para o cancro da pele e a sua relação com a percepção individual da vulnerabilidade à doença, necessita de aprofundamento.

De forma geral, pensamos que os resultados do presente estudo contribuem de forma significativa para fornecer indicadores importantes no processo de tomada de decisão sobre a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele em indivíduos saudáveis. Embora de maneiras diferentes, a representação emocional da doença e o optimismo parecem influenciar esta intenção e deverão ser considerados quando se delinearem acções e intervenções no âmbito da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- American Cancer Society (1998). *Cancer facts and figures – 1998*. Atlanta, GA: Author.
- Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15 (2), 173-189.
- Arthey, S., & Clarke, V. A. (1995). Suntanning and sun protection: A review of the psychological literature. *Social Science and Medicine*, 40 (2), 265-274.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. Thorofare, NJ: Slack.
- Bennetts, K., Borland, R., & Swerissen, H. (1991). Sun protection behaviour of children and their parents at the beach. *Psychology and Health*, 5, 279-287.
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 32-59). USA: Springer-Verlag.
- Clarke, V. A., Williams, T., & Arthey, S. (1997). Skin type and optimistic bias in relation to sun protection and suntanning behaviours in young adults. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 207-221.
- English, D. R., Armstrong, B. K., Kricke, A., & Fleming, C. (1997). Sunlight and cancer. *Cancer Causes Control*, 8, 271-283.
- Figueiras, M. J. (2000). *Illness Perceptions and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de doutoramento não publicada, Guy's Kings and St. Thomas' Schools of Medicine, Dentistry and Biomedical Sciences, University of London, Londres.
- Figueiras, M. J., & Jerónimo, A. (2002). Modelos de senso-comum da epilepsia: Implicações para a qualidade de vida. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7 (2), 301-315.
- Figueiras, M. J., Araújo, V. A., & Alves, N. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas: Relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 20 (1), 77-90.
- Harris, P., & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: On being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.
- Hillhouse, J. J., Stair, A., & Adler, C. M. (1996). Predictors of sunbathing and sunscreen use in college undergraduates. *Journal of Behavioural Medicine*, 19, 543-561.
- Hillhouse, J. J., Turrissi, R., Holwiski, F., & McVeigh, S. (1999). An examination of psychological variables relevant to artificial tanning tendencies. *Journal of Health Psychology*, 4 (4), 507-516.
- Hillhouse, J. J., Turrissi, R., & Kastner, M. (2000). Modelling tanning salon behavioural tendencies using appearance motivation, self-monitoring and the theory of planned behaviour. *Health Education Research, Theory & Practice*, 15 (4), 405-414.
- Horne, R., & Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. In L. B. Myers, & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic.

- Jackson, K. M., & Aiken, L. S. (2000). A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: The impact of health beliefs, attitudes, norms and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology, 19* (5), 469-478.
- Jones, F., Harris, P., & Chrispin, C. (2000). Catching the sun: An investigation of sun-exposure and skin protective behaviour. *Psychology, Health and Medicine, 5* (2), 131-141.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16* (2), 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: a perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health, 13*, 717-734.
- Loescher, L. J., Buller, M. K., Buller, D. B., Emerson, J., & Taylor, A. M. (1995). Public education projects in skin cancer. *Cancer, 75*, 651-656.
- Martin, R. H. (1995). Relationship between risk factors, knowledge, and preventive behaviour relevant to skin cancer in general practice patients in south Australia. *British Journal of General Practice, 45*, 365-367.
- Martin, S. C., Jacobsen, P. B., Lucas, D. J., Branch, K. A., & Ferron, J. M. (1999). Predicting children's sunscreen use: Application of the theories of reasoned action and planned behaviour. *Preventive Medicine, 29*, 37-44.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutman, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology, 4*, 115-35.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*, 169-210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16* (2), 201-228.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health, 9*, 161-180.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviours. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology, 4*, 115-127.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology, 20* (1), 12-19.
- Smith, B., Sullivan, E., Bauman, A., Powell-Davies, G., & Mitchell, J. (1999). Lay beliefs about the preventability of major health conditions. *Health Education Research (Theory and Practice), 14* (3), 315-325.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A. (2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct: Perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology, 41*, 101-121.

RESUMO

O presente estudo avaliou o valor preditivo da Teoria da Acção Planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele em indivíduos saudáveis. Pretendemos identificar quais os preditores da intenção comportamental quando foram considerados factores como a representação emocional da doença e os níveis de optimismo. Os resultados indicaram que existem diferenças significativas nos componentes da Teoria da Acção Planeada entre indivíduos com representações emocionais mais positivas vs. mais negativas, assim como entre os níveis de optimismo. A percepção de controlo percebido sobre o comportamento foi o preditor mais significativo da intenção comportamental para prevenir o cancro da pele. O nível de optimismo influencia de forma positiva a intenção comportamental, contribuindo de forma significativa para a percepção de controlo sobre o comportamento. Os resultados indicam ainda que os níveis de optimismo e a representação emocional da doença desempenham um papel importante no que se refere à intenção comportamental para prevenir o cancro da pele e devem ser considerados quando se desenham intervenções ou outros tipos de acção para a prevenção do cancro da pele em indivíduos saudáveis.

Palavras-chave: Teoria da Acção Planeada, cancro da pele, percepção da doença, representação emocional, optimismo, crenças.

ABSTRACT

The present study assessed the predictive value of the Theory of Planned Behaviour on the intention to adopt preventive measures for skin cancer in healthy individuals. The identification of the predictors of behavioural intention for skin cancer was done after taking into consideration the emotional representation of the disease and the level of dispositional optimism. The results indicated that there are significant differences on the components of the Theory of Planned Behaviour between individuals with positive vs. negative emotional representation of skin cancer, as well as the level of dispositional optimism. Perceived control over the behaviour was found to be the most significant predictor of intention to adopt preventive measures for skin cancer. Dispositional optimism has an important influence on the explained variance on intention, being the perception of perceived behaviour control the most significant predictor. Furthermore, the results also in-

dicating that the emotional representation of skin cancer and dispositional optimism may have an important role for the adoption of preventive measures and should be considered for designing health promotion intervention in healthy individuals.

Key words: Theory of Planned Behaviour, skin cancer, illness perceptions, emotional representation, dispositional optimism, health beliefs.