

Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção

EMÍLIA COSTA (*)

ISABEL PEREIRA LEAL (*)

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

Quando, face à gravidez imprevista, a opção é a manutenção da mesma, outras questões se colocam, nomeadamente, a adesão à vigilância de saúde no decurso da gravidez, verificando-se uma associação entre a baixa adesão às consultas pré-natais e a gravidez imprevista (Mbizvo, Bonduelle, Chadzuka, Lindmark & Nystrom, 1997).

Calado, Silva e Guerreiro (1997), no documento “Saúde em Números”, face à temática da vigilância da gravidez, apontam Portugal como um dos países europeus com maior número de grávidas sem vigilância de saúde. A gravidez não desejada é apontada como uma das causas que concorrem para a vigilância pré-natal inadequada. Surge ainda como relevante a influência que a vivência de uma gravidez com estas características exerce na saúde mental da mulher e na relação afectiva mãe-filho (Barber, Axinn & Thornton, 1999).

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

Para Banyard (1996), o conjunto de estratégias que os profissionais de saúde encontram, no sentido de encorajar as pessoas a mudar os seus comportamentos, por forma a incrementar a sua saúde e a evitar a doença, é um dos aspectos fundamentais da promoção da saúde.

Cada vez mais, se reconhece a capacidade que os indivíduos possuem, de fornecer contributos importantes para a sua própria saúde, pela adopção

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

de comportamentos saudáveis, evitando os comportamentos comprometedores do seu bem estar. A identificação dos factores que estão na base dos comportamentos ditos imunogénicos (Matarazzo, 1984) tem sido foco de grande parte da investigação em Psicologia, assim como, em outras áreas relacionadas com a saúde.

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

Como componente fundamental dos modelos de cognição social, surgem as cognições sociais. Tem sido dada especial importância às dimensões socio-cognitivas no contexto dos comportamentos de saúde. Conner e Norman (1996) justificam:

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

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

- Atitudes
- Informação
- Potencial eficácia dos comportamentos
- Características da rede social

- Controlo sobre o desempenho do comportamento.

Os factores referidos, são apontados como centrais, num número significativo de modelos, que abordam as condicionantes dos comportamentos no âmbito da saúde. Estes factores suportam características individuais que modelam os comportamentos e que são adquiridas pelo processo de socialização. Permitem diferenciar indivíduos com o mesmo “*background*”, em termos da sua predisposição para desenvolver determinados comportamentos de saúde. Como atrás referido, são ainda variáveis predisponíveis à mudança, sobre os quais se pode intervir. Daí, a presente abordagem no contexto da adesão das mulheres à contracepção.

A ADESÃO EM SAÚDE

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

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

No Dicionário da Língua Portuguesa (Torrinha, 1999) o termo adesão é concordante com o conceito atrás referido como “*adherence*”, tendo na base da sua definição conceitos essenciais, como sejam, união e consentimento, pressupondo neste sentido a figura participativa e responsável do in-

divíduo em qualquer programa de saúde.

Numerosos autores (Dunbar-Jacob et al., 1996; Ogden, 1999; Turk & Meichenbaum, 1991) concordam em reconhecer o importante impacto que o problema da baixa adesão às prescrições de saúde tem tido, quer ao nível dos sistemas de saúde em si, quer particularmente ao nível de todos os profissionais na área da saúde. Os números são relevantes, segundo Dunbar-Jacob, Burke e Puczynski (1996) presentemente calcula-se que, 80% dos pacientes não aderem ao seu tratamento na medida suficiente, por forma a obter benefícios terapêuticos.

Os estudos efectuados na área da adesão em saúde versam essencialmente as doenças de evolução crónica. Tem sido dada particular atenção aos hipertensos, diabéticos, indivíduos com artrite reumatóide, asmáticos, epiléticos, aos indivíduos com doença mental e às crianças com doença crónica. Ao pretendermos abordar a temática da **Adesão à Contracepção** assumimos que esta apresenta características comuns ao tratamento de doenças crónicas, como posteriormente será esclarecido.

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

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

Face à diferenciação efectuada, identificamos o uso de métodos contraceptivos como uma solicitação de adesão a um regime por um longo período, implicando um determinado comportamento periódico e sistemático. Assume-se o pressuposto, que a tecnologia contraceptiva actual permite, com um nível aceitável de segurança, o planeamento da gravidez, pelo que o acontecimento

de uma gravidez imprevista é entendido como resultante de uma atitude pouco assertiva relativamente à contracepção.

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

- **Características do regime terapêutico:**

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

- **Característica do prestador de cuidados:**

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

- **Características do paciente ou utente:**

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

Os profissionais de saúde ao terem acesso a este tipo de informação, poderão mais eficientemente traçar estratégias no âmbito da promoção da saúde, por forma, a incrementarem a adesão aos regimes terapêuticos dado que, em grande parte as características citadas, são manipuláveis. Relativamente ao prestador de cuidados, este deverá

ter presente a importância da sua atitude face ao utente, não só no que diz respeito à informação técnico/científica fornecida mas também, nas habilidades relacionais que desenvolve com vista à implementação de um clima de confiança recíproco. No que diz respeito às características do utente são assumidas como potencialmente modificáveis pela habilidade e competência dos profissionais, que com eles interagem.

DIMENSÕES SOCIO-COGNITIVAS

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

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

No conjunto das dimensões socio-cognitivas associadas teoricamente ao conceito de adesão, enfatiza-se a percepção de auto-eficácia, o locus de controlo para a saúde, a satisfação com o suporte social, e a atitude face à sexualidade, face à situação específica da adesão à contraceção, concretizável no conceito: planeamento da gravidez.

Auto-eficácia Geral

Ao longo da história, é notória a ambição per-

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

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

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

Segundo Ribeiro (1995) a teoria da auto-eficácia apresentada por Bandura aponta uma das variáveis mais importantes dos últimos anos, no âmbito da promoção e protecção da saúde e também na prevenção e reabilitação das doenças. O mesmo autor reportando-se ainda a Bandura defende que as pessoas tendem a evitar as situações que julgam exceder as suas capacidades e a enfrentar aquelas que se julgam capazes de gerir. De facto quanto maior for a percepção de eficácia mais persistente o esforço: aqueles que se sentem incapazes de fazer frente às exigências da situação evitam envolver-se nela recorrendo às mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a acção e deslocam a atenção da tarefa para a centrar em si próprio.

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

Schwarzer (1992) destaca a importância da auto-eficácia, dentro do contexto da abordagem do processo de acção para a saúde, em termos de desenvolvimento da intenção de agir e implicitamente em termos da fase cognitiva em que decorre a acção, dado que e segundo defende, a auto-eficácia promove e mantém os planos e o controlo da acção, contribuindo para a manutenção da mesma. Schwarzer teoriza ainda que, relativamente a determinados comportamentos, a auto-eficácia é consistentemente o melhor predictor das intenções e da mudança de comportamentos, facto confirmado por diversas investigações que o revelaram notório nomeadamente no uso efectivo de contraceptivos.

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

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

ção entre a auto-eficácia e o uso correcto do preservativo.

Locus de Controlo

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

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

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

Assim, o locus de controlo é definido como uma crença, uma percepção ou expectativa de contro-

lo do reforço. Empiricamente concorda-se com Barros et al. (1993), quando afirmam que a percepção do controlo conduz a reacções positivas ao passo que, a percepção da incontrolabilidade desencadeia desânimo.

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

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

Rotter (1975) sublinha a importância de não nos rendermos a uma dicotomia de mau/bom, ou seja, não é correcto generalizar e considerar que é melhor ser interno do que externo. Barros et al. (1993) defendem mesmo, que «*não é lícito afirmar que quanto mais interno melhor*» (p. 28) e explicam, que por exemplo, um indivíduo com uma forte internalidade pode por vezes experimentar acentuados sentimentos de culpa quando a situação não resulta no esperado. Barros et al., defendem também, que o indivíduo com um locus de controlo externo pode em determinadas situações, ter comportamentos mais adaptados à realidade e ainda que, em determinadas actividades de competência, pode estar simultaneamente presente, uma alta expectativa de internalidade com uma moderada expectativa de sorte. Fanelli (1977) comen-

ta este facto: «*while extreme externality is pathologic in its posture of helplessness and avoidance of responsibility, extreme internality is potentially pathologic since it flaunts reality*» (p. 62). Segundo este autor a posição que revela maior maturidade é aquela em que o indivíduo adopta uma internalidade geral com uma ligeira dose de externalidade.

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

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

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

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

Levenson (1974) instigou à criação de um instrumento multidimensional para a avaliação do

locus de controlo. Wallston, Wallston e DeVellis em 1978 responderam a este criticismo desenvolvendo a Escala Multidimensional de Locus de Controlo para a Saúde – “*Multidimensional Health Locus of Control*” – MHLC.

Locus de Controlo para a Saúde

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

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

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

No entanto Norman e Bennett (1996) salientam a importância de reconhecer e aceitar as di-

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

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

Suporte Social

É amplamente aceite a associação positiva existente entre o suporte social, a saúde mental e física dos indivíduos. Williams e House (1991) consideram, que os vínculos sociais se encontram tão intimamente relacionados com aspectos do estado de saúde do indivíduo que operam provavelmente através de múltiplos caminhos biológicos condicionando neste, a diminuição da vulnerabilidade à doença.

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

Destá forma encontramos autores como Sarason et al. (1983) que salientam a componente

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

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

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

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

O papel desempenhado pelo suporte social no âmbito da saúde tem sido mote de um elevado nú-

mero de investigações, conduzindo à fundamentação da sua intervenção favorável na saúde dos indivíduos. Banyard (1996) aponta duas linhas justificativas do papel do suporte social na saúde:

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

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

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

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

Refere-se aqui um estudo efectuado por Oddens

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

Suporte Social Formal

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

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

- Cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar;
- Serviços de informação para casais e indivíduos;
- Serviços de informação sobre saúde reprodutiva e sexual, nomeadamente para adolescentes (Portugal – Ministério da Saúde, 1999b).

Desta forma a promoção da saúde sexual e reprodutiva, implica o direito que homens e mulheres possuem, de serem adequadamente informados e terem acesso aos métodos de planeamento familiar que escolherem e que estes sejam seguros e eficazes, implica ainda o acesso a serviços de saúde que lhes proporcionem uma correcta vi-

gilância de saúde, independentemente da sua idade, estrato social ou condição económica.

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

- **A Lei n.º 3/84 de 24 de Março** relativa à educação sexual e planeamento familiar define no seu art. 1.º o direito garantido pelo Estado, à educação sexual como componente, do direito fundamental à educação, sendo ainda este (Estado), responsável pela protecção da família, pela divulgação dos métodos de planeamento familiar e pela organização das estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes. Garante-se ainda no art. 5.º, sem qualquer tipo de discriminação, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar. O art. 6.º define a gratuitidade das consultas de planeamento familiar e dos métodos contraceptivos fornecidos por entidades públicas.
- **A Lei n.º 4/84 de 5 de Abril** estabelece o regime jurídico de protecção à maternidade e paternidade, no seu art. 7.º relativo às incumbências especiais do Estado define que cabe a este (Estado) a organização de um sistema descentralizado de serviços de consulta sobre planeamento familiar, informação e apoio pré-conceptivo e contraceptivo.
- **A Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto** reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva e visa

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

Esta lei define a implementação de um programa educativo nos estabelecimentos de ensino básico e secundário que proporcione uma informação adequada sobre sexualidade humana, com vista à criação das condições para uma melhor saúde, pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável relativamente à sexualidade. Ga-

rante-se ainda, o atendimento aos jovens em qualquer consulta de planeamento familiar, no centro de saúde ou serviço hospitalar, ainda que não seja na sua área de residência. Nas maternidades é garantida à puerpera informação sobre contracepção em consulta de planeamento familiar. É ainda da responsabilidade do estabelecimento de saúde, providenciar no prazo de 7 dias, o acesso à consulta de planeamento familiar a toda a mulher aí atendida, por interrupção voluntária da gravidez, com o objectivo de diminuir a taxa de repetição da Interrupção Voluntária da Gravidez.

Em Dezembro de 1999 foi apresentado publicamente pelo Ministério da Saúde, o documento **Saúde um Compromisso – A Estratégia de Saúde Para o Virar do Século**. São traçadas as linhas gerais de actuação que pretendem melhorar a saúde em Portugal. No contexto da estratégia de actuação foram definidas medidas imediatas ou de curto prazo através das quais se pretendia, segundo os autores, dar uma resposta rápida, às questões que se revelam, como preocupação importante de uma parte considerável da população portuguesa. Dentre estas medidas destaca-se: «a extensão do programa de saúde reprodutiva, na promoção dos cuidados pré-concepcionais, na organização dos cuidados pré-natais, no reforço da educação sexual e do planeamento familiar» (Portugal – Ministério da Saúde, 1999a, p. 18).

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

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

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

- 80% das mulheres em idade fértil que não

desejem engravidar utilizarão um método contraceptivo eficaz.

Neste contexto foram ainda delineadas **orientações de actuação** tendo em vista a concretização dos objectivos gerais e específicos preconizados:

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

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

Atitudes

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

comportamento (Ribeiro, 1998) surge aqui a abordagem deste conceito.

Na opinião de Rosenberg e Hovlan (1960) as «*atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas*» (citado in Lima, 1996, p. 168). Allport referido pela mesma autora acrescenta, que: «*a atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos ou situações com que se relaciona*» (p. 168). Eagly e Chaiken (1993) sublinham ainda, que este conceito traduz-se numa valorização particular com algum grau de aprovação ou desaprovação face ao objecto da atitude.

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

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

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

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

por mudanças biológicas internas e externas e interpretações subjectivas, com conotação social das referidas mudanças.

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

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

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

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

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

Lopez e Fuertes (1991) defendem, que para que se dê uma destas alterações, são levados em conta diferentes factores, como seja, o nível de consistência da atitude prévia, o carácter do elemento ou elementos novos, a idade do indivíduo. Salientam ainda que, o conhecimento da estrutura de determinada atitude, nomeadamente no campo da sexualidade, permite uma mais fácil compreensão das diferentes condutas sexuais, possibilitando o delinear de intervenções, que facilitem a mudança, se esse é o nosso objectivo.

Atitude Face à Sexualidade

A sexualidade é regulada em algum grau não só pela particularidade biológica de cada indivíduo, mas também pelo contexto social em

que este se insere. Este condicionamento encontra-se mediado, por mudanças históricas, demográficas, culturais e também económicas.

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

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

Lopez e Fuertes (1991) consideram a erotofobia-erotofilia como os extremos de uma atitude ou traço da personalidade, relativamente estável, referente à forma como as pessoas reagem face aos estímulos sexuais. Esta reacção situa-se ao longo de um contínuo: erotofobia-erotofilia. Estes autores, sublinham que, esta é uma classificação que enfatiza essencialmente a componente afectiva da atitude.

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

by those with positive feelings and attitudes about sex» (p. 140).

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

DISCUSSÃO

A adesão em saúde afigura-se assim como um fenómeno complexo, cuja mensuração directa é difícil e profundamente impregnada pela individualidade de cada utente dos cuidados de saúde. Quando falamos em adesão aos recursos contraceptivos encontramos um paralelismo com a adesão aos regimes terapêuticos das doenças crónicas relativamente ao tipo de solicitação efectuado, dado que, se requer um comportamento periódico e sistemático para atingir níveis de eficácia satisfatórios que permitam prevenir o surgimento de gravidezes imprevistas.

O enquadramento bibliográfico efectuado permite-nos concluir que as dimensões socio-cognitivas surgem associadas de forma importante à adesão dos indivíduos aos recursos contraceptivos, facto no qual devemos reflectir enquanto profissionais de saúde, decididos a traçar estratégias de promoção da saúde cada vez mais eficazes e adequadas às necessidades das nossas populações.

REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-216.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. In A. Baun, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Banyard, P. (1996). *Applying Psychology to Health*. England: Hodder & Stoughton.
- Barber, J., Axinn, W., & Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 231-257.
- Barros, J. H., Barros, A. M., & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação.
- Calado, B., Silva, L., & Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal. Identificação das barreiras (resultados parcelares). *Saúde em números*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Cardreira, J. P., & Palenzuela, D. L. (1998). Expectativas de auto-eficácia percebida: versão portuguesa de uma escala específica para situações académicas. *Revista Portuguesa de Educação*, 11, 103-112.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 1-22). United States of America: Open University Press.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Dickason, E. J., Silverman, B. L., & Schult, M. O. (1995). *Enfermería Materno Infantil*. Madrid: Mosby / Doyma Libros.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L. E., & Puczynski, S. (1996). Clinical assessment and management of adherence to medical regimes. In P. M. Nicassio, & W. Timothy Smith (Eds.), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp. 313-349). United States of America: American Psychological Association.
- Durst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Janovich.
- Fanelli, G. (1977). Locus of Control. In S. Ball (Ed.), *Educational Psychology. Motivation in Education*. New York: Academic Press.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Green, D. H. (1977). Attitudes. In S. Ball (Ed.), *Educational Psychology*. New York: Academic Press.
- Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16 (1), 53-93.
- Levenson, H. (1974). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Levinson, R. A. (1996). Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behaviour. *Journal of Sex Research*, 22, 347-369.
- Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. In J. Vala, M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopez, F., & Fuertes, A. (1991). *Para comprender la sexualidad* (3.ª ed.). Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, & J. A. Hera (Eds.), *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). New York: John Wiley.
- Mbizvo, M. T., Bonduelle, M. M. J., Chadzuka, G., Lindmark, G. & Nystrom, L. (1997). Unplanned pregnancies in Harare: What are the social and sexual determinants?. *Social Science and Medicine*, 45 (6), 937-942.
- Morrison, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behaviour: A review. *Psychological Bulletin*, 98, 538-568.
- Norman, P., & Bennett, P. (1996). Health locus of control. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 62-94). United States of America: Open University Press.
- Oddens, B. J. (1997). Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. Psychological factors. *Journal of Biosocial Science*, 29, 437-470.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Portugal, Assembleia da República (1984). LEI n.º 3/84: *Educação sexual e planeamento familiar*. Diário da República, Lisboa, I Série. 71 (84-03-24) 981-983.
- Portugal, Assembleia da República (1984). LEI n.º 4/84: *Protecção da maternidade e da paternidade*. Diário da República, Lisboa, I Série. 81 (84-04-5) 1149-1153
- Portugal, Assembleia da República (1999). LEI n.º 120/99: *Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva*. Diário da República, Lisboa, I série. 186 (99-08-11) 5232-5234.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (1997). *Inquérito à Fecundidade e Família*. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde (1998). Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde (1999a). *Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 163-176.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Eds.), *Self Efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Torrinha, F. (1999). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozensky, S. M. Tovian, & M. Steven (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press.
- Williams, D. R., & House, J. S. (1991). Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. In B. Badura, & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research. Towards a new social epidemiology* (pp. 147-172). England: WHO Regional Publications.
- Weinman, J. (1990). Convicções e comportamento na saúde e na doença. *Nursing*, 28, 31-34.

RESUMO

As autoras propõem um modelo compreensivo da adesão à contraceção considerando cinco dimensões sócio-cognitivas: a percepção de auto-eficácia, o locus de controlo para a saúde, a satisfação com o suporte social, o nível de informação de carácter contraceptivo e a atitude face à sexualidade, cuja pertinência explanam e discutem.

Palavras-chave: Adesão à contraceção, percepção de auto-eficácia, locus de controlo para a saúde, satisfação com o suporte social, atitude face à sexualidade.

ABSTRACT

The study propose a comprehensive model of adherence to contraception taking into consideration five socio-cognitive dimensions: self-efficacy perception, health locus of control, satisfaction with social support, information on contraceptive methods, and attitudes to sexual behaviour. The authors discusses the pertinence of the dimensions.

Key words: Adherence to contraception, self-efficacy perception, health locus of control, satisfaction with social support, attitudes to sexual behavior.