



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**Intenção do Uso de Preservativo das Mulheres de João Pessoa: Aspectos Psicológicos e  
Sociais**

**Mestranda: Taiane Regina Pereira Cabral**

**João Pessoa, Dezembro de 2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**Intenção do Uso de Preservativo das Mulheres de João Pessoa: Aspectos Psicológicos e  
Sociais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba, por Taiane Regina Pereira Cabral, sob a orientação da Prof. Dr<sup>a</sup> Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social.

**João Pessoa, Dezembro de 2014**

C117i Cabral, Taiane Regina Pereira.  
Intenção do uso de preservativo das mulheres de João  
Pessoa: aspectos psicológicos e sociais / Taiane Regina  
Pereira Cabral.- João Pessoa, 2014.  
133f. : il.  
Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL  
1. Psicologia social. 2. Vulnerabilidade - HIV/AIDS. 3. Uso  
do preservativo - mulheres. 4. Teoria do Comportamento  
Planejado - fundamentos. 5. Teoria do Locus de controle -  
fundamentos.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**Intenção do Uso de Preservativo das Mulheres de João Pessoa: Aspectos Psicológicos e  
Sociais**

Taiane Regina Pereira Cabral

**Banca Avaliadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli  
Membro Interno (Orientadora, UFPB)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Patrícia Nunes da Fonseca  
Membro Interno (UFPB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josevânia da Silva  
Membro Externo (UEPB)

**João Pessoa, Dezembro de 2014**

*À minha família*

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus. Não tenho dúvida de que Ele esteve comigo sempre, desde a época em que aprendia a ler, até à última palavra dessa dissertação, seja me dando força para superar os desafios dessa jornada de estudante, ou colocando pessoas tão importantes e que, sem sombra de dúvida, me ajudaram a chegar até aqui.

A primeira pessoa que eu tenho que agradecer é à mainha (Fátima). Ela que desde pequena ensinou a mim e aos meus irmãos que nós deveríamos dar o nosso melhor e ser bom em tudo que fizermos para um dia chegarmos onde desejamos. Sou grata por todos os cafés da manhã postos à mesa, pela ajuda nos deveres de casa, por se preocupar em me colocar na melhor escola da cidade, mesmo com todo aperto, para que eu pudesse ter a melhor oportunidade de ensino. Muito obrigada, Ninha, você é a melhor mãe do mundo.

Agradeço também ao meu pai (Costa). Aquele que sempre fez tudo pelos filhos, se “virando nos trinta” para pagar as escolas da gente. Jamais esquecerei de todo apoio dado para que eu pudesse ter dedicação aos estudos. Lembrarei eternamente das diversas vezes em que o senhor me levou, com tanta satisfação, para a escola, por muitos anos de ônibus, que acordava cedinho para preparar o café e que comprava, com todo sacrifício, os materiais do colégio. Carinho que faz toda diferença. Essa base tão sólida, sem dúvida, contribuiu para que eu estivesse aqui hoje.

Sou grata também aos meus irmãos que, juntamente com os meus pais, ajudaram a me educar e dar os melhores conselhos para a vida. Fabiano, que tantas vezes me levava para a escolinha de bicicleta (como eu adorava essa aventura) e que por tantas vezes segurou as pontas para que eu pudesse estudar com dedicação exclusiva; e Taline pelas milhares de vezes que estudou comigo, sobretudo para o vestibular, o qual me fez hoje ser Psicóloga, e por tantos conselhos

dados. Agradeço também à titia (Azimar) e à vovó (Aguimar) pelas ajudas tão valiosas na hora do aperto. Meu muito obrigada.

À Ana, minha gratidão e admiração. Gratidão por confiar em mim mesmo sem me conhecer, dando-me a chance de ser sua orientanda. Você, sem dúvida, foi um dos anjinhos da minha vida que me socorreu em uma hora de tanta desesperança. E admiração por ser essa mulher sempre tão positiva, alto astral e animada, sem deixar de curtir o que a vida tem de melhor. Você é um exemplo de que é possível fazer ciência e viver. Obrigada por todos os conselhos, tanto acadêmicos quanto pessoais, e por sempre me deixar livre para que eu pudesse escolher os meus caminhos.

À Josevânia, por me cativar durante a disciplina de Aconselhamento, conquistando-me pela sua dedicação ao que faz, sempre com muita seriedade e profissionalismo. Quem diria que daquelas aulas e daqueles cafés pudesse surgir uma ponte entre mim e o sonho do mestrado. Mais que isso, que pudesse surgir um carinho e amizade que espero ter por toda a vida. Obrigada também por aceitar fazer parte da minha banca e por todas as suas contribuições.

À Professora Patrícia que tão gentilmente aceitou ser leitora da minha dissertação. A conheci na disciplina do mestrado e, desde então, tenho muito carinho e admiração pela professora e pessoa que é, sempre tão educada e gentil com os seus conselhos.

À Arlene, companheira de graduação e mestrado, com a qual compartilhei tantas inseguranças, medos, aflições e sonhos. Obrigada por todo apoio, conselhos e puxões de orelha durante essa jornada, seja de cunho acadêmico ou pessoal. Você é uma pessoa bastante especial para mim.

À todos os integrantes do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidade e Promoção da Saúde (NVPS) que me conquistaram com tanta felicidade, coesão e alto astral. Em especial às meninas

da graduação que tão gentilmente me ajudaram na coleta de dados: Joyce, Eunice, Thaís, Raquel e Patrícia. Vocês foram uns amores. Muito obrigada.

Ao Marcelo, que tão pacientemente me acompanhou nas escolas e faculdades para a coleta de dados e que todas as vezes que eu dizia “Não aguento mais”, respondia com “Vai passar e vamos fazer uma viagem para comemorar”. Que possamos estar sempre juntos em todas as nossas conquistas, com a paciência e a tolerância que só o amor é capaz de ter. Você é uma pessoa muito importante para mim. Que nesse final de ano possamos comemorar juntos nossas conquistas e avanços profissionais e pessoais.

À Katia e à Ingrid por serem essas amigas tão solidárias e parceiras, desde a graduação. Espero que possamos compartilhar por mais e mais anos, cultivando a amizade sincera, independente da distância, do tempo e das diferenças.

Aos responsáveis pelas faculdades e escolas nas quais eu fiz boa parte da coleta de dados. Sem a compreensão e solidariedade de vocês não teria atingido o número de respondentes desta pesquisa.

Aos professores da graduação e Pós-Graduação do Departamento de Psicologia, os quais contribuíram para que eu chegasse até aqui, com seus conselhos, aulas e inspirações, em especial à: Josevânia, Josemberg, Valdiney, Leôncio, Ana Raquel, Natanael (graduação), Ana Alayde, Bernardino, Patrícia e José Luís Àlvaro (mestrado).

Por fim, à Capes, bela bolsa concedida que com certeza serviu de estímulo para que o trabalho fosse executado, e às participantes que tão pacientemente aceitaram fazer parte do estudo, dedicando alguns minutos do seu dia para responder ao meu questionário. Muito obrigada.

*(...)Ahhh  
Ora, se não sou eu  
Quem mais vai decidir  
O que é bom pra mim?  
Dispenso a previsão*

*Ah, se o que eu sou  
É também o que eu escolhi ser  
Aceito a condição (...)"*

*(O velho e o moço – Los Hermanos)*

## RESUMO

**Resumo:** O estudo da vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis busca entender diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, decorrente de características individuais e sociais que podem ser relevantes para uma maior exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). Com base nessa premissa, fundamentados na Teoria do Comportamento Planejado, na Teoria do Locus de Controle e no Modelo da Vulnerabilidade, desenvolveu-se dois estudos. O Estudo 1 teve como principal objetivo realizar um levantamento das crenças de mulheres acerca do uso do preservativo masculino pelo parceiro. Já no Estudo 2, o objetivo principal foi investigar a intenção comportamental de mulheres quanto ao uso do preservativo. Os resultados do Estudo 1, a partir de amostra por conveniência formada por 35 mulheres, de classe social menos favorecida, da cidade de João Pessoa, apontaram crenças comportamentais acerca das vantagens do uso do preservativo evidenciando o conhecimento acerca do papel contraceptivo e a função de evitar doenças sexualmente transmissíveis. Não obstante, como desvantagem, ressaltaram incômodo e a diminuição do prazer quando o parceiro utiliza o preservativo. Como referentes modais positivos para o uso de preservativo, foram citados a família e os médicos, enquanto como referentes modais negativos, foram referidos os amigos e o parceiro. A partir dos resultados do primeiro estudo, foi construído um instrumento aplicado em 244 mulheres, constituindo o Estudo 2, que teve como variáveis independentes as Atitude Indireta, Atitude Direta, Normas Subjetivas e Controle Percebido e, como variável dependente, a Intenção do uso do preservativo. Observou-se que a variável Controle Percebido ( $\beta = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ) foi o principal responsável pela explicação da variância da intenção de uso do preservativo, seguida da dimensão Norma Subjetiva ( $\beta = 0,30$ ,  $p < 0,01$ ). A Atitude Direta ( $\beta = 0,15$ ,  $p < 0,01$ ) obteve nível de significância bom, porém com baixo poder de explicação. Adicionalmente, verificou-se que a maioria das mulheres que declaram fazer uso da pílula anticoncepcional afirmam a prática do sexo seguro “às vezes”. Por outro lado, a maioria das mulheres que não usam pílula relatam que faz uso do preservativo “sempre”. Não foram observadas correlações consideráveis entre as quatro dimensões de locus de controle e a intenção comportamental. Estes resultados podem ser considerados como mais uma referência para estudos e intervenções sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais.

**Palavras-chave:** vulnerabilidade ao HIV/AIDS, intenção de uso do preservativo, locus de controle

## ABSTRACT

**Abstract:** The study of vulnerability to sexually transmitted diseases seeks at understanding the different risks that any individual has of getting contaminated, due to individual and social characteristics that can be relevant to a greater exposure to the human immunodeficiency virus (HIV). Based on this premise, grounded on the Theory of Planned Behavior, the Theory of Control Locus, and the Vulnerability Model, two studies were conducted. Study 1 aimed at carrying out a survey about women's beliefs about masculine preservative use by the partner. Study 2 aimed at investigating the behavior intention of women toward preservative use. Results from Study 1, based on a convenience sample of 35 women from low socioeconomic status in the city of João Pessoa, demonstrated behavioral beliefs regarding the advantages of using preservative, highlighting the knowledge of its contraceptive role and its function for preventing sexually transmitted diseases. Nevertheless, disadvantages were also mentioned, such as being uncomfortable and reducing pleasure when the partner uses preservative. As positive model references for preservative use, they mentioned family and doctors, and as negatives, friends and partner. Based on the results of the first study, an instrument was developed and answered by 244 women, comprising Study 2, which had as independent variables Indirect Attitudes, Direct Attitudes, Subjective Norm and Perceived Control, and as dependent variable, the Intention of using preservative. It was observed that the variable Perceived Control ( $\beta = .43$ ) was the main responsible for the explained variance of the intention of preservative use, followed by the dimension Subjective Norm ( $\beta = .30$ ). Direct Attitude ( $\beta = .15$ ) had a good significance level, but small explanatory power. Moreover, it was verified that most women who declared using contraceptive pills declared safe sex is practiced "sometimes". On the other hand, most of the women who do not make use of contraceptive pills declared that they "always" use preservative. Significant correlations between the four dimensions of locus of control and behavior intentions were not found. These results can be considered a reference for studies and interventions about the importance of preservative use in sexual relations.

**Keywords:** vulnerability to HIV/Aids, intention of using preservative, locus of control

## Sumário

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	14
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>PARTE I-MARCO TEÓRICO</b> .....	23
<b>CAPÍTULO 1. VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV/AIDS</b> .....	24
1. <i>Modelo da Vulnerabilidade</i> .....	25
1.1. <i>Vulnerabilidade Programática</i> .....	26
1.2. <i>Vulnerabilidade Social</i> .....	26
1.3. <i>Vulnerabilidade Individual</i> .....	27
2. <i>A mulher e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS</i> .....	28
2.1 <i>Relações de gênero e uso do preservativo</i> .....	30
2.2 <i>A influência do amor romântico</i> .....	33
2.3 <i>O uso da pílula anticoncepcional e o sexo desprotegido</i> .....	35
<b>CAPÍTULO 2. INTENÇÃO COMPORTAMENTAL DO USO DO PRESERVATIVO</b> .....	37
1. <i>Teoria Tridimensional das Atitudes</i> .....	38
2 <i>Teoria da Ação Racional e da Ação Planejada</i> .....	41
2.1 <i>Comportamento</i> .....	43
2.2 <i>Intenção Comportamental</i> .....	45
2.3 <i>Atitudes e crenças comportamentais</i> .....	46
2.4 <i>Norma Subjetiva e Crenças Normativas</i> .....	49
2.5 <i>Controle Percebido</i> .....	50
3. <i>Intenção do uso do preservativo</i> .....	52
<b>CAPÍTULO 3- LÓCUS DE CONTROLE PARA O USO DO PRESERVATIVO</b> .....	55
1. <i>Teorias e medidas do Locus de Controle</i> .....	56
1.1 <i>Teoria de Rotter</i> .....	57
1.2 <i>Teoria de Levenson</i> .....	59
2. <i>Medidas de Avaliação do Locus de Controle</i> .....	60
3. <i>Influência do locus de controle para a intenção comportamental</i> .....	62
4. <i>Relação entre locus de controle e a prática do sexo seguro</i> .....	65
<b>PARTE II-ESTUDOS EMPÍRICOS</b> .....	68
<b>ESTUDO 1. LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SOBRE USO DO PRESERVATIVO</b> .....	69
<i>Objetivos geral e específicos</i> .....	69

<b>Método</b> .....	69
<i>Delineamento</i> .....	69
<i>Participantes</i> .....	69
<i>Instrumentos</i> .....	70
<i>Procedimento</i> .....	70
<i>Análise dos dados</i> .....	71
<b>Resultados</b> .....	71
<i>Crenças Comportamentais Modais Salientes das Vantagens do Uso do preservativo</i> .....	71
<i>Crenças Comportamentais Modais Salientes das Desvantagens do Uso do preservativo</i> .....	72
<i>Crenças Normativas Modais Salientes Favoráveis ao Uso do preservativo</i> .....	73
<i>Crenças Normativas Modais Salientes Contrárias ao Uso do preservativo</i> .....	73
<i>Frequência de Uso do preservativo, Pílula Anticoncepcional e Outros Métodos Contraceptivos</i> .....	74
<b>Discussão</b> .....	75
<b>ESTUDO 2. AVALIAÇÃO DE INTENÇÃO DE USO DO PRESERVATIVO E SUA RELAÇÃO COM O LÓCUS DE CONTROLE</b> .....	80
<i>Objetivos geral e específicos</i> .....	80
<b>Método</b> .....	80
<i>Delineamento e Hipóteses</i> .....	80
<i>Participantes</i> .....	81
<i>Instrumentos</i> .....	82
<i>Procedimento</i> .....	83
<i>Análise de Dados</i> .....	84
<b>Resultados</b> .....	84
<i>Poder discriminativo dos itens</i> .....	86
<i>Análises descritivas das crenças (comportamentais, normativas e de controle)</i> .....	89
<i>Variáveis explicativas da Intenção de Uso do preservativo</i> .....	92
<i>Comparação das atitudes direta e indireta, norma subjetiva e controle percebido entre os grupos de intenção positiva e negativa de usar preservativo</i> .....	94
<i>Associação entre uso de preservativo com faixa etária e estado civil</i> .....	95
<i>Associação entre uso de pílula anticoncepcional e uso de preservativo</i> .....	96
<i>Relação entre locus de controle e as variáveis da intenção do uso do preservativo</i> .....	96
<b>Discussão</b> .....	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	110
<b>ANEXOS</b> .....	121

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> O Modelo Multicomponente da Atitude.....	38
<i>Figura 2.</i> Teoria da Ação Racional.....	41
<i>Figura 3.</i> Teoria da Ação Planejada.....	42

## LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Crenças Comportamentais Modais Salientes relativas às vantagens do uso do preservativo masculino.....	71
<i>Tabela 2.</i> Crenças Comportamentais Modais Salientes relativas às desvantagens do uso do preservativo masculino.....	71
<i>Tabela 3.</i> Crenças Normativas Modais Salientes favoráveis ao uso do preservativo masculino.....	72
<i>Tabela 4.</i> Crenças Normativas Modais Salientes contrárias ao uso do preservativo.....	73
<i>Tabela 5.</i> Frequência de uso do preservativo.....	73
<i>Tabela 6.</i> Frequência de uso da pílula anticoncepcional.....	73
<i>Tabela 7.</i> Outros métodos contraceptivos.....	74
<i>Tabela 8.</i> Frequência das variáveis sociodemográficas.....	83
<i>Tabela 9.</i> Comparação de médias dos itens de Atitude Direta entre os grupos de I+ e I-.....	86
<i>Tabela 10.</i> Comparação de médias dos itens de Atitude Indireta entre os grupos de I+ e I-.....	86
<i>Tabela 11.</i> Comparação de médias dos itens de Norma Subjetiva entre os grupos de I+ e I-.....	87
<i>Tabela 12.</i> Comparação de médias do item de Controle Percebido entre os grupos de I+ e I-.....	87
<i>Tabela 13.</i> Médias de Escore dos Itens de Atitude Direta.....	88
<i>Tabela 14.</i> Médias de escores dos itens de Atitude Indireta.....	89
<i>Tabela 15.</i> Médias de escores dos itens das Normas Subjetivas.....	90
<i>Tabela 16.</i> Médias de escores dos itens de Controle Percebido.....	91
<i>Tabela 17.</i> Média de escore do item de Intenção.....	91
<i>Tabela 18.</i> Correlação entre as variáveis da intenção e Intenção de Uso do Preservativo.....	92
<i>Tabela 19.</i> Variáveis explicativas para a intenção de uso do preservativo.....	92
<i>Tabela 20.</i> Comparação das variáveis de intenção entre os grupos de intenção positiva e negativa.....	93
<i>Tabela 21.</i> Associação entre o uso do preservativo e faixa etária e estado civil.....	94
<i>Tabela 22.</i> Associação entre o uso de pílula anticoncepcional e preservativo.....	95
<i>Tabela 23.</i> Correlação entre as variáveis do locus de controle e as variáveis da Intenção.....	96

## INTRODUÇÃO

Desde que foi descoberto o primeiro caso de HIV no Brasil, muitos estudos têm sido realizados a fim de aprofundar o conhecimento acerca do vírus e de suas implicações, seja a partir do ponto de vista da medicina, da farmácia, da psicologia ou de áreas afins (Alves e Lopes, 2008; Eshleman et al., 2013). À medida que os estudos foram avançando, a percepção dos prováveis perfis mais vulneráveis à transmissão e infecção do vírus do HIV foi modificando. O que antes era relacionado a determinados grupos, como profissionais do sexo e homossexuais, gradativamente foi sendo considerado passível para qualquer indivíduo.

No Brasil, entre 1993 e 2013, o número de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos tem sofrido constantes mudanças, ora diminuindo, ora aumentando. Segundo dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico de AIDS, publicado em dezembro de 2013, no ano de 1993, foram 1705 casos notificados em homens e 712 em mulheres, uma proporção de 2,4. Dez anos depois, em 2003, foram 1678 casos em homens e 1870 em mulheres, razão de 0,9, uma diminuição considerável comparado ao período anterior, decorrente do aumento de casos em mulheres. No ano passado, porém, houve 1193 casos para o primeiro grupo e 614 para o segundo, razão de 1,9, aumentando a proporção entre os sexos (Brasil, 2013).

Ainda tomando como base os dados do Boletim Epidemiológico, pode-se observar que, apesar da considerável diminuição de casos em ambos os sexos até metade da década de 2000, a partir do ano de 2008, a taxa de detecção em homens tem aumentado, ao passo que a de mulheres tem diminuído (Brasil, 2013). Sem deixar de considerar o que tem por trás destes números, como a dúvida da equivalência entre o número e o real, percebe-se que ainda há muito o que fazer para haver um número mínimo de pessoas infectadas pelo vírus do HIV.

Mais especificamente, no que se refere ao contexto paraibano, segundo o Boletim

Epidemiológico de 2012, a Paraíba está em penúltimo lugar no ranking da taxa de incidência notificados de AIDS, desde o ano 2000 até 2011 (Brasil, 2012). Não obstante, entre 2000 e 2012, foram 4106 casos notificados em todo estado. Segundo dados divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde, até dezembro de 2013, 340 casos foram detectados no estado, sendo 150 homens e 190 mulheres

(<http://portalcorreio.uol.com.br/noticias/saude/campanhas/2013/12/02/NWS.232515.42.308.NOTICIAS.2190-5-MIL-CONTAMINADOS-PELA-AIDS-PARAIBA-CADA-INFECTADOS-SABE.aspx>). Observa-se então que, só neste ano, o número de casos notificados em mulheres foi cerca de 26% a mais do que em homens. Salvaguardando o aspecto de que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde e, por consequência, realizar mais exames de diagnóstico, percebe-se a necessidade de avaliar os motivos pelos quais as mulheres paraibanas estão tendo maior número de infecção pelo vírus do HIV.

O estudo da vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis busca entender as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, decorrente de características individuais e sociais do dia-a-dia, que podem ser relevantes para uma maior exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Ayres, Paiva, & França-Jr, 2012). Dessa forma, ao considerar a população de mulheres, por exemplo, percebe-se um contexto bem específico. Elas, na atualidade, com o uso cada vez mais frequente da pílula anticoncepcional, têm optado pela não utilização de preservativos, tornando aquele método contraceptivo um dos mais usados (21%), atrás apenas do procedimento de laqueadura (40%) (Alves e Lopes, 2008). Esta preferência torna as mulheres susceptíveis a contraírem doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV.

A partir desta questão, faz-se relevante o estudo acerca das intenções de mulheres para ao

uso do preservativo. Na década de 1990, Saldanha (1998) encontrou em sua pesquisa que, apesar das mulheres terem conhecimento da importância do uso do preservativo nas relações sexuais como forma de “evitar doenças” (crença positiva), elas também consideram a utilização deste insumo um “incômodo” (crenças negativas). Em contrapartida, mais recentemente, Camargo e Botelho (2007) encontraram, em seu estudo com estudantes, que as adolescentes tinham atitude mais favorável ao uso do preservativo do que os rapazes. Mas, fica o seguinte questionamento: como prever se determinado grupo de mulheres, com atitudes favoráveis ao uso, de fato se comportará condizente com estas atitudes?

O estudo das atitudes é o mais antigo dentro da Psicologia Social. Allport, um dos mais importantes teóricos deste construto, apresentou mais de cem definições. Rodrigues, Assmar e Jablonski (2010), no entanto, sintetizam-nas em três proposições: (1) elas são uma organização duradora de crenças e cognições; (2) possuem carga afetiva pró ou contra determinado objeto social e (3) predispõe à uma ação. No que se refere a esta última, muitos estudos têm sido realizados para avaliar a relação entre atitudes e comportamento (Falk, Berkman, Mann, Harrison, & Lieberman, 2010; Maio & Haddock, 2010; Pimentel, de Lisle Coelho & Aragão, 2009)

É notória a contribuição que estes estudos ofereceram e continuam a oferecer à Psicologia Social. Não obstante, como afirmou LaPierre (1934), em seu estudo acerca das atitudes de americanos frente aos chineses, apesar de apresentarem considerável relação com o comportamento, as atitudes das pessoas nem sempre correspondem ao modo como elas agem ou agirão em algum momento. Sobretudo no que se refere a determinados contextos, como o de utilizar preservativo nas relações sexuais, por exemplo, parece um pouco difícil prever este comportamento apenas acessando o conhecimento (cognitivo), o afeto pró ou contra (afetivo) e prováveis comportamentos dadas determinadas situações (comportamental). Dessa forma, Ajzen

e Fishbein (1980) apresentam contribuição importante ao estudo da relação entre atitude e comportamento.

O diferencial do modelo teórico destes autores, intitulado Teoria da Ação Racional, é o fato de considerarem a existência da intenção entre as atitudes e o comportamento. Estas atitudes são formadas por *crenças comportamentais* sobre determinado comportamento, as quais se referem a possíveis consequências, bem como a avaliação destas. Ademais, eles destacam a importância das normas sociais na decisão entre o agir ou não de determinada maneira. Eles nomearam estas normas sociais de norma subjetiva, também formadas por crenças, porém chamadas de *crenças normativas*, as quais dizem respeito às expectativas de pessoas próximas acerca da maneira como o indivíduo em questão deva se comportar, bem como sua motivação em obedecer a estas expectativas (Ajzen & Fishbein, 1975, 1980; Moutinho & Roazzi, 2010; Rodrigues et al., 2010).

Especificamente na situação do uso do preservativo, Oliveira e Silva (2005) utilizaram esta teoria para avaliar os fatores que influenciam a intenção de uso do preservativo de adolescentes. Um dos resultados deste estudo é que dentre as quatro variáveis avaliadas, crenças normativas, crenças comportamentais, atitude e norma subjetiva, as duas últimas explicam de forma significativa a variância da intenção dos adolescentes em usar preservativo durante as relações sexuais. Em contexto português, Oliveira, Abreu, Barroso e Vieira (2009), em estudo também com adolescentes, encontraram que dentre as crenças comportamentais positivas sobre o uso do preservativos estavam a prevenção de DST'S, da gravidez e da AIDS; as negativas foram o risco de romper, diminuição do prazer e incômodo.

Apesar da importância dos estudos da Teoria de Ação Racional, Ajzen (1991) optou por acrescentar mais uma variável ao modelo. Esta, intitulada controle percebido, se refere à percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de controlar dado comportamento. De acordo com este

modelo, o controle do comportamento percebido é determinado pelas crenças de controle, ou seja, percepção do indivíduo quanto à posse de recursos e oportunidades para realizar uma ação (Maio & Haddock, 2012). Como destacado por Sutton, McVey e Glanz (1999), a Teoria do Comportamento Planejado se adequa melhor principalmente aos estudos dos comportamentos que não estão totalmente sob o controle volitivo do indivíduo, como a prática do sexo seguro, tendo em vista que necessita de uma série de aspectos como, por exemplo, a disponibilidade de um preservativo no momento do encontro e a cooperação entre os dois parceiros.

Esta terceira variável acrescentada à Teoria da Ação Racional é semelhante ao conceito de *locus de controle*, que se refere à percepção que as pessoas mantêm acerca do controle dos acontecimentos durante a vida (Rotter, 1966). A diferença entre controle percebido e *locus de controle* é que, enquanto a primeira se refere à percepção de controle dada uma situação específica, a segunda diz respeito à uma visão geral acerca da origem do controle dos eventos (interno ou externo). Pessoas com percepção interna de controle acreditam que os acontecimentos da vida são decorrentes das ações delas próprias; por outro lado, pessoas com *locus de controle* externo acreditam que as ocorrências da vida são influenciadas por outras pessoas, acaso, etc. (Torres & Neiva, 2011).

Apesar de haver uma similaridade entre os dois conceitos, Ajzen (2002) defende que a percepção de controle sobre determinado evento ocorre independentemente do *locus de controle* ser interno ou externo. Para este autor, as pessoas que acreditam que têm recursos e oportunidades necessárias e que os obstáculos passíveis de serem encontrados são poucos ou insignificantes, confiam nas suas habilidades em desempenhar o comportamento. Não obstante, tendo como base a probabilidade de que o *locus de controle* seja uma variável que transcenda situações específicas podendo, além disso, comportar-se como mediadora entre o controle percebido e a intenção

comportamental, se faz necessário avaliar o quanto a percepção de controle da vida influenciaria a intenção do uso do preservativo.

Neste sentido, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a intenção comportamental de mulheres de baixa renda, da cidade de João Pessoa, para o uso de preservativo. Ressalta-se que, embora o uso de preservativo seja um comportamento masculino, o estudo em questão pretende avaliar a intenção do uso de preservativo durante o ato sexual, a entendendo como a indicação de quanto de esforço deve ser utilizado para realizar um comportamento, portanto, também feminino. Sendo assim, nesse estudo ao referir ao uso de preservativo, remete-se ao esforço/intenção para o uso pelo parceiro durante a relação sexual. Para tal, fez-se necessário o desenvolvimento de dois estudos. O Estudo 1 teve como principal objetivo realizar um levantamento das crenças de mulheres acerca do uso do preservativo masculino pelo parceiro. Como objetivos específicos, buscou-se analisar as crenças comportamentais quanto às vantagens e desvantagens deste comportamento, e as pessoas consideradas referentes para a realização ou não da ação. Buscou-se também avaliar a frequência do uso de preservativos destas mulheres durante as relações sexuais, além de investigar se estas fazem uso da pílula anticoncepcional e/ou de outros métodos contraceptivos.

Já no Estudo 2, o objetivo principal foi investigar a intenção comportamental de mulheres de baixa renda, da cidade de João Pessoa, quanto ao uso do preservativo. Como objetivos específicos pretendeu-se: (1) verificar o poder discriminativo dos itens do instrumento proposto (2) analisar as médias das crenças comportamentais, normativas e de controle (3) identificar quais das variáveis (atitude direta, norma subjetiva, controle percebido, atitude indireta) melhor explicam a intenção de uso do preservativo (4) comparar as medidas de atitude direta, indireta, norma subjetiva e controle percebido entre os grupos de intenção negativa e positiva (5) avaliar a

associação entre uso de preservativo das mulheres pessoenses e as variáveis sociodemográficas idade e estado civil; (6) verificar a associação entre uso de pílula anticoncepcional e uso de preservativo; (7) analisar a influência da variável *locus* de controle na intenção do uso do preservativo.

A presente dissertação se estrutura em duas partes principais. Os três primeiros capítulos compõem a parte teórica. No primeiro capítulo, discorre-se sobre a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, sobretudo no que diz respeito à vulnerabilidade individual e social, sendo discutidas questões como relações de gênero, uso de pílula anticoncepcional e amor romântico. No segundo capítulo, explana-se os principais conceitos, estudos e contribuições da Teoria da Ação Racional, e sua extensão - Teoria da Ação Planejada- para a investigação da intenção de negociar o uso de preservativo nas relações sexuais. Aborda-se neste capítulo, estudos anteriores sobre intenção de uso de preservativo e a prática do sexo seguro. Finalmente, no terceiro capítulo discorre-se a influência da variável *locus* de controle na intenção do uso de preservativo.

Na parte empírica, são relatados dois estudos. No *Estudo 1*, buscou-se avaliar as crenças comportamentais e normativas, de mulheres da capital paraibana, acerca do uso do preservativo. Já no *Estudo 2* realizou-se uma avaliação de quais variáveis da intenção comportamental melhor explicam a intenção de usar preservativo.

## **PARTE I-MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO 1. VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV/AIDS**

---

No presente capítulo, será discorrido os principais conceitos do Modelo de Vulnerabilidade, enfatizando seus determinantes (programática, social e individual). Além disso, será discutido também, sob a luz deste Modelo, os aspectos que envolvem a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, como o uso de pílula anticoncepcional, as relações de gênero e a presença do amor romântico entre o casal. Além de aspectos conceituais, serão trazidos pesquisas relevantes que buscaram entender esta temática.

### *1. Modelo da Vulnerabilidade*

O conceito de vulnerabilidade diz respeito a um conjunto de fatores individuais e coletivos que favorecem à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, conseqüentemente, menos recursos para a sua proteção (Mann, Tarantola, & Netter, 1992). Apesar de ter sido proposta por estudiosos na área da Medicina, esta teoria tem sido amplamente utilizada para investigar aspectos comportamentais sob a ótica de variadas áreas da saúde, como enfermagem, psicologia, entre outros (Ribeiro, Silva, & Saldanha, 2011; Santos, Barbosa, Pinho, Vilella, Aidar, & Filipe, 2009; Sousa, Miranda, & Franco, 2011; Wiese & Saldanha, 2011).

Quando se discute as chances ao adoecimento, não se pode deixar de considerar aspectos individuais e sociais, tendo em vista que o processo saúde/doença é influenciado tanto por comportamentos individuais, quanto por contextos sociais. Neste sentido, Mann et al. (1992), propuseram um modelo teórico e metodológico para explicar os determinantes que estão relacionados ao risco de todo e qualquer indivíduo estar exposto à doença.

No contexto brasileiro, Ayres (2002, citado por Ayres et al., 2012) adaptou e ampliou o modelo proposto por Mann et al. (1992). Estes determinantes tem grande relação entre si e, a depender da situação, há diferente maneiras e intensidades em que eles podem se combinar, são eles: individual, social e programático (Ayres et al., 2012). A seguir, serão explicados cada um

deles.

### *1.1. Vulnerabilidade Programática*

Correspondente à dimensão mais macro, a vulnerabilidade programática se refere aos aspectos institucionais do processo saúde-doença, ou seja, o quanto e como os governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde da população (Ayres et al., 2012). Questões como elaboração de políticas específicas, organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade, preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes, entre outros, são alguns dos fatores que influenciam a vulnerabilidade ou não de indivíduos e comunidades ao adoecimento.

Ademais, neste aspecto estão inseridos o grau e a qualidade de recursos disponíveis ao indivíduo, e comunidade em geral, bem como da gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado (Saldanha et al., 2008). Tendo em vista que o indivíduo está inserido em uma sociedade, com características próprias de acesso aos serviços de saúde, para Ayres et al. (2012), discutir sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS é considerar cada pessoa como sujeito de direito e o quanto e como o governo respeita e efetiva os direitos consagrados nas definições de cidadania.

### *1.2. Vulnerabilidade Social*

A dimensão social abrange acesso às informações, as chances de operacionalizá-las e o poder de colocá-las em prática na vida cotidiana (Saldanha et al., 2008). Dentro desta dimensão, estão as relações sociais, tais como as relações de gênero e as relações entre gerações, e os marcos da cidadania e do cenário cultural, como por exemplo o acesso à educação, cultura e mídia (Ayres et al., 2012). Este componente envolve o acesso às informações, as possibilidades de operacionalizá-las, bem como o poder de colocá-las em prática durante o cotidiano.

Além disso, observa-se nesta dimensão as chances que o indivíduo tem de enfrentar as

barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas, as quais precisam ser consideradas nas análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos (Saldanha et al, 2008). No tocante ao comportamento sexual, podemos observar esta vulnerabilidade na dificuldade que as mulheres possuem em negociar o uso de preservativo com os seus parceiros, os quais ainda detêm o poder de decisão (Alves & Brandão, 2009).

### *1.3. Vulnerabilidade Individual*

No que se refere à dimensão individual, estão envolvidos aspectos relacionados à concepção do indivíduo sobre determinado processo de adoecimento. Além disso, parte-se da ideia de que toda e qualquer pessoa pode experimentar esta situação, bem como se proteger dela, a depender de fatores como constituição física e modo de entender os acontecimentos da vida (Ayres et al., 2012). Segundo estes mesmos autores, ela é considerada como o ponto inicial para identificar a vulnerabilidade como um todo, considerando os aspectos da vida do indivíduo que o expõe à infecção ou ao adoecimento de maneira geral e levando em conta a percepção de cada indivíduo como um sujeito de direito e co-construtor, e não apenas resultado das relações sociais.

Segundo Ayres et al. (2012), a dimensão individual é constituída por determinantes que podem ser subdivididos em “recursos pessoais” e “subjetividade intersubjetiva”. No que se refere aos recursos pessoais, são considerados aspectos como nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação, relações familiares, relações afetivo-sexuais, relações profissionais, entre outros. No tocante à subjetividade intersubjetiva, observa-se a influência dos valores, crenças, atitudes e momento emocional. Observa-se que, apesar da maioria destes aspectos envolver a relação do indivíduo com o meio, a concretização e o poder de influência nos comportamentos e situações de saúde se dão por meio individual.

Em outras palavras, a vulnerabilidade individual é constituída por fatores de ordem

cognitiva (o quanto e quais informações o indivíduo possui sobre prevenção e sua capacidade de entendê-las) ou comportamental (habilidade e interesse para transformar estas informações em ações preventivas) (Rodrigues, Carneiro, Nogueira, & Athayde, 2013; Saldanha et al., 2008). Nesta dimensão, estão inseridas informações sobre a doença, percepção de risco, valores, crenças, os quais influenciarão largamente as formas de prevenção e a possibilidade de operacionalização de comportamentos seguros.

## *2. A mulher e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS*

A infecção pelo vírus do HIV é considerada um problema de saúde pública. Apesar das campanhas da mídia incentivando o uso de preservativo, o número de casos de pessoas infectadas ainda é crescente. No entanto, algumas mudanças podem ser observadas, sobretudo no que se refere ao perfil dos mais infectados. Analisando retrospectivamente, segundo Brito, Castilho e Swarcwald (2000), o perfil epidemiológico que antes era restrito aos homens com prática homossexual começou a também atingir os heterossexuais e mulheres.

Na década de 1980, cerca de 70% dos casos notificados de HIV eram homens homossexuais e bissexuais. No começo da década de 2000, esse número reduziu consideravelmente, passando para 16% dos casos (Brito et al., 2000). Com a mudança do perfil homossexual para heterossexual, era de se esperar que as mulheres começassem a também fazer parte do perfil dos infectados. Saldanha (1998) também afirma que, naquela década, o número de casos de homens notificados apresentou uma queda, porém os casos de mulheres infectadas havia aumentado. O que antes eram 47 homens para 1 mulher infectada, em 1997 passou a ser 4 homens para cada mulher.

O perfil das mulheres infectadas na década de 1990 era: casadas, monogâmicas, de baixa renda e baixo nível de escolaridade (Saldanha 1998). Ainda segundo esta autora, 75% dos casos

de morte de mulheres infectadas pelo vírus da AIDS eram de casadas e de classe social menos favorecida, o que poderia estar relacionado à construção social das relações de gênero, que põe a mulher em um papel de submissão, inclusive durante o ato sexual, não tendo o direito de exigir do parceiro o uso de preservativo. Outra possível causa se refere às questões sócio-políticas, como o reduzido acesso aos preservativos.

Um aspecto importante sobre a vulnerabilidade da mulher à contaminação de doenças sexualmente transmissíveis consiste no surgimento da pílula anticoncepcional. Para Barbosa (1993), o fato de este método contraceptivo ter dado às mulheres certa autonomia quanto à concepção fez com que os homens dessem menos importância e atribuíssem menos responsabilidade à prática do sexo protegido. O incômodo e o desconforto do uso do preservativo são alguns das justificativas para o abandono do uso deste método (Galvão, Ramos-Cerqueira, Ferreira, & Souza, 2002; Melo, Oliveira, Nunes, & Silva, 2012).

Outro fator relevante que também pode estar relacionado ao não uso de preservativos é a faixa etária. A idade da mulher parece estar associada à práticas de prevenção, possivelmente também relacionada à estabilidade dos relacionamentos, dentre as quais, geralmente, estas já estão em uniões estáveis ou casamentos. Carreno e Costa (2006) encontraram em seus achados uma relação linear e direta entre idade e o não-uso de preservativo, ou seja, as mulheres mais velhas tendiam a não fazer uso de preservativo nas relações com os parceiros.

No entanto, é provável que a idade e a prática do sexo desprotegido estejam relacionados através das concepções de fidelidade e amor romântico entre os parceiros. Uma vez havendo maior idade e tempo de relacionamento e, conseqüentemente, maior nível de confiança entre o casal, o uso do preservativo deixa de ser algo presente na vida a dois. Como afirma Silva (2012), no relacionamento estável há influência do amor romântico, caracterizado pela entrega plena e

exclusiva ao parceiro, não havendo exigência do uso de preservativo nas relações, tornando-se vulneráveis ao HIV/AIDS.

Ainda segundo Silva (2012), o comportamento de infidelidade também se associa à vulnerabilidade ao HIV, tendo em vista que principalmente os homens alegam ter relações extra-oficiais e sem o uso de preservativo, denotando exposição dupla às DST/AIDS, uma vez que estes expõe a parceira e a eles mesmos.

Neste sentido, a vulnerabilidade da mulher pode se dar pelas seguintes causas: submissão sexual ao homem, uso da pílula anticoncepcional, ideiação de que o parceiro fixo não a contaminará. Estes dois últimos fatores podem estar relacionados, pois as mulheres, principalmente em relacionamento estável, depositam total confiança no parceiro, no que se refere à contaminação com DST's, preocupando-se apenas na utilização da pílula como método para evitar uma gravidez (Ribeiro et al, 2011).

Diante do exposto, serão tratados a seguir as questões das relações de gênero, do amor romântico e do uso da pílula anticoncepcional, todos relacionados à prática do sexo seguro.

### *2.1 Relações de gênero e uso do preservativo*

As relações de gênero têm sido estudadas no decorrer de toda história da humanidade. Diferentes perspectivas têm se dedicado a explicar como e porque homens e mulheres se relacionam entre si. Segundo Bjorklund e Kipp (1996, citado por Borrione & Lordelo, 2005) existem diferenças sexuais no padrão de comportamentos em tarefas sociais, comportamentais e cognitivas e, por sua vez, as mulheres sofrem maiores pressões em prol da inibição de determinados comportamentos, sobretudo no que se refere à manifestação de atividades relacionadas à reprodução.

Para Almeida (2007), a relação de gênero pode ser explicada do ponto de vista da teoria

dos papéis. Segundo o autor, as pessoas cotidianamente se comportam a partir dos papéis sociais que elas acham que a sociedade espera. Neste sentido, homens e mulheres tendem a se comportar de acordo com o que o meio social destes acredita ser o ideal. Para além desta visão de papéis, ainda sob a perspectiva social, a relação entre os gêneros também parece ser influenciada pelos estereótipos, fenômeno no qual as pessoas generalizam comportamentos de outros indivíduos influenciados pelo grupo de pertença a qual estes fazem parte (Almeida, 2007). Portanto, existem estereótipos, ou conjunto de crenças acerca das características físicas, de personalidade, competências e disposições emocionais de homens e mulheres. Esta perspectiva mais social e construtivista será tomada como base para o desenvolvimento da presente dissertação.

Apesar dos consideráveis avanços no que se refere aos direitos da mulher, seja no âmbito profissional ou sexual, ainda se pode observar disparidades entre os sexos, sobretudo quando diz respeito a comportamentos sexuais. Algumas pesquisas têm revelado a dificuldade que as mulheres ainda se deparam quando o assunto é negociação do uso do preservativo. Sousa, Santo e Motta (2008), em pesquisa com mulheres de idade entre 20 e 49 anos, apontam que o diálogo com seus parceiros sobre o uso do preservativo é marcado por um clima de conflito, com os homens geralmente se recusando a usá-lo. Resultados semelhantes são observados em estudo de Taquete e Meirelles (2012), no qual mulheres adolescentes relatam também dificuldade em exigir aos seus parceiros o uso do preservativo, demonstrando temer perder o namorado ao não aceitarem ter relações sexuais desprotegidas.

Na mesma direção, Garcia e Souza (2010) constatam em pesquisa com ambos os sexos que as mulheres demonstram maior favorabilidade ao uso de preservativo do que os seus parceiros, mas como na prática essa decisão é do homem, ficam dependentes do comportamento sexual de seus companheiros fora de casa, esperando que estes se protejam em eventuais relacionamentos

extraconjugais. Em outro estudo com adolescentes, Vieira et al. (2004) constatam que dentre as razões para o não uso do preservativo, mencionadas pelas participantes, a mais relatada está o fato do parceiro não gostar, correspondendo a 32,7% dos motivos pelas quais elas praticam sexo não protegido.

Em estudos realizados com homens, resultados parecidos podem ser observados. Guerriero, Ayres e Hearst (2002), a partir de estudo sobre vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, verificam em seus achados que a maioria destes não consideram legítimo que a esposa solicite camisinha para evitar DST/AIDS, com o argumento de que deve haver confiança no parceiro. Para eles, o uso do preservativo em relações estáveis está associado à prevenção de gravidez e que, quando presente, prejudica o prazer e a ereção.

Silva (2002), em pesquisa também com homens, afirma que grande parte dos participantes do estudo relatam do incômodo de ter de parar a relação sexual para colocar o preservativo, seja devido à “quebra do clima”, seja pelo desconforto físico que, para eles, a camisinha causa. Além disso, segundo o mesmo autor, quando o casal já utiliza algum método contraceptivo, a iniciativa em pedir o uso do preservativo pode gerar desconfiança.

A quebra do clima também foi uma das razões mais frequentes declaradas por adolescentes mulheres em estudo de Anjos, Silva, Val, Rincon e Nichiata (2012). Além disso, as entrevistadas por esses mesmos autores justificam o não uso de preservativo devido à confiança no parceiro e ao fato do mesmo não gostar desta prática. Estes mesmos resultados foram encontrados por Maia, Guilhem e Freitas (2008) em estudo com pessoas heterossexuais casadas ou em uniões estáveis, dentre as quais as mulheres relatam não utilizar preservativos com seus parceiros pelo fato dos mesmos não gostarem.

Neste sentido, negociar o uso do preservativo também pode envolver variadas questões que

interferem diretamente a relação entre o casal. Como afirma Madureira e Trentini (2008), “negociar”, em geral, remete à ideia de comércio e por isso pode não ser bem aceita pelos envolvidos em uma relação, tendo em vista os significados que a palavra remete, destoando com uma relação pautada por princípios de amor e fidelidade.

Diante do observado na literatura, percebe-se que, apesar dos avanços referentes à liberação sexual da mulher, sobretudo no contexto ocidental, o homem ainda é visto como detentor da decisão do uso ou não do preservativo durante as relações sexuais. Neste sentido, as mulheres, mesmo conscientes do risco envolvido na prática do sexo sem prevenção, na maioria das vezes, acata a escolha do parceiro. Não obstante, para além das concepções sobre o poder da opinião masculina nas práticas sexuais preventivas, outra questão importante a ser considerada é a influência do amor romântico no processo de decisão sobre o uso do preservativo, tópico a ser brevemente discutido a seguir.

## *2.2 A influência do amor romântico*

Para discutir questões acerca do relacionamento heterossexual, faz-se importante mencionar o conceito de amor romântico e suas implicações nos comportamentos sexuais preventivos. O amor romântico é aqui entendido como composto por três aspectos: apego, cuidado e sexualidade (Hazen & Shaver, 1987, citado por Barbosa, 2008), mostrando-se como preditores da qualidade, estabilidade e satisfação no relacionamento. Este construto tem sido alvo de estudos e debates acerca da sua influência do modo como homens e mulheres percebem a relação com o outro no comportamento do uso de preservativo (East, Jackson, O'Brien & Peters, 2007; Silva, 2013; Silva, Wiese & Pichelli, 2013).

Em pesquisa realizada com adolescentes evangélicas e não evangélicas, Ribeiro, Freire e Saldanha (2012) observaram diferenças na frequência do uso do preservativo, tendo o primeiro

grupo menor adesão ao comportamento preventivo. Como assinalado pelas autoras, a ideologia do amor e a confiança no parceiro ainda perdura o imaginário feminino, ultrapassando o cuidado à si, onde há a ideia de que o risco é inerente ao amor.

Geluda, Bosi, Cunha e Trajman (2006) analisaram, a partir de grupos focais com ambos os sexos, os discursos de adolescentes acerca do uso do preservativo nas relações sexuais. Como resultado, observaram a presença do pensamento de que o amor e a fidelidade sejam correspondidos com a exclusividade sexual, presentes em relatos como “eu só tenho um namorado, eu confio nele, eu tenho certeza de que ele não vai me trair”.

Em estudo com pessoas dos sexos masculino e feminino, Silva (2012) observou que as mulheres obtiveram maiores escores em crenças românticas do que os homens, bem como maior consciência quanto à autopercepção de vulnerabilidade. Para a autora, estes dois dados juntos pode indicar a maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV, tendo em vista a entrega plena ao outro e a crença na exclusividade no relacionamento.

Resultados e conclusões semelhantes são observados em estudo de Jiménez, Gotlieb, Hardy e Zaneveld (2001) em que o principal fator que explicou o não uso de preservativo é a presença de parceiro fixo. As autoras relatam que não se sentir em risco está associado ao pouco conhecimento que as mulheres possuem sobre o significado desse termo e da possibilidade de se contrair doenças, mesmo monogâmicas.

O mesmo pode ser observado em discursos masculinos. Guerriero et al. (2002) entrevistaram homens heterossexuais casados e observaram que muitos deles entendem que não há necessidade do uso de preservativo se o homem só mantiver relações sexuais com a esposa. Ademais, para alguns deles, o uso da camisinha incentiva a infidelidade, uma vez que ela pode estar associada à possibilidade da existência de relações extraconjugais. Percebe-se a ausência do

pensamento de infidelidade das esposas, sendo suas relações com elas dignas de total confiança.

Observa-se a necessidade de maiores campanhas voltadas às mulheres, homens ou casais acerca da importância do uso do preservativo também em relacionamentos estáveis. Como afirmam Paiva, Calazans, Venturi e Dias (2008), a maior parte das iniciativas de educação sexual focaliza as ações para a prevenção de novas infecções pelo HIV ou de gravidez para a faixa etária de adolescentes, mais especificamente 15 a 19 anos.

Não obstante, discutir com casais sobre a importância do uso constante de preservativo, mesmo que em relações estáveis e duradoras, é provocar dúvidas e questionamentos sobre o sentido e estabilidade da relação, o que perpassa questões como valores, crenças religiosas e dinâmica afetiva próprios do casal. Como afirmam Sprecher e Metts (1999, citado por Silva, 2011), a presença de crenças românticas na relação afetiva é importante para a durabilidade do relacionamento.

### *2.3 O uso da pílula anticoncepcional e o sexo desprotegido*

Muitos foram os avanços ocorridos após o período da chamada Revolução Sexual durante a década de 1960. Dentre eles, está o lançamento da pílula anticoncepcional, proporcionando às mulheres uma maneira fácil e viável de evitar gravidez ao mesmo tempo em que elas vivenciam a sexualidade. Porém, com o passar dos anos, com o surgimento dos primeiros casos da epidemia da AIDS e sua feminização, ela tem sido uma perigosa aliada, favorecendo a vulnerabilidade feminina ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Algumas mulheres justificam a ausência do uso de preservativo nas relações com seus parceiros devido à ingestão da pílula anticoncepcional, como demonstra os resultados de Silva (2012). Estas mesmas mulheres afirmam que só fazem uso do preservativo quando o organismo não se adapta ao medicamento. Em pesquisa sobre atitude e prática do uso de pílula e preservativo

entre estudantes universitárias, Alves e Lopes (2008) constataram que 36% delas declaram o uso da pílula como sendo o único método contraceptivo utilizado.

Apesar de optarem por este método, os jovens demonstram ter ciência sobre limitação do medicamento. Vasconcelos e Coêlho (2013), em estudo realizado com acadêmicos do curso de Farmácia, relatam que os estudantes possuem conhecimento sobre a falta de eficácia da pílula anticoncepcional como método de prevenção ao HIV/AIDS.

Além da pílula convencional, em dosagem diária durante todo o decorrer do mês, a pílula do dia seguinte também está sendo considerada um outro método contraceptivo utilizado pelas mulheres. No Brasil, o contraceptivo de emergência começou a ser disponibilizado ao público geral no ano de 1999, e hoje é disponível gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (Figueiredo & Neto, 2005). Rodrigues e Jardim (2010) observaram o seu uso em 3,3% das relações sexuais declaradas por adolescentes, justificada pela recusa masculina do uso do preservativo. Apesar de ser um número relativamente pequeno, indica uma segunda alternativa usada pelas mulheres quando em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, considerando aspectos da vulnerabilidade feminina ao HIV e outras DST'S, faz-se importante avaliar o conhecimento, crenças e atitude frente ao uso do preservativo, bem como o controle e a intenção em usá-lo. O capítulo seguinte discorrerá sobre uma das principais teorias utilizadas para entender a influência destas questões no processo de decisão do uso do preservativo.

## **CAPÍTULO 2. INTENÇÃO COMPORTAMENTAL DO USO DO PRESERVATIVO**

---

No segundo capítulo da presente dissertação, serão abordados brevemente os principais conceitos e contribuições de autores acerca das Atitudes, discorrendo-se sobre a Teoria Tridimensional das Atitudes e suas críticas. Ademais, serão apresentadas a Teoria da Ação Racional e da Ação Planejada, dando ênfase aos estudos acerca da intenção de uso do preservativo sob a luz destas teorias.

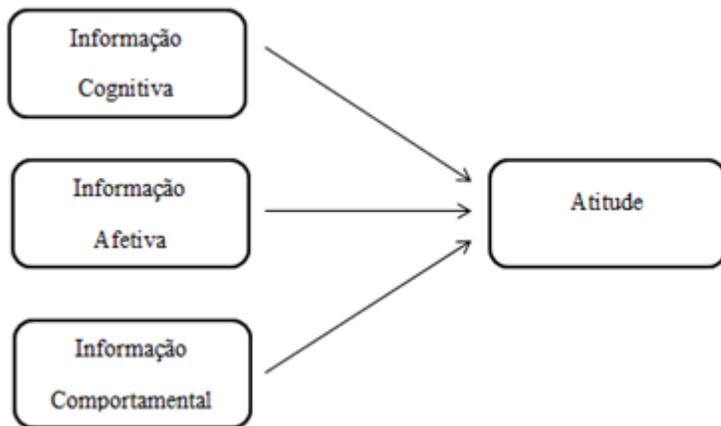
### **1. Teoria Tridimensional das Atitudes**

No dia-a-dia, muito se fala em “pessoa de atitude”, fazendo referência ao indivíduo que corre atrás dos seus objetivos ou enfrenta com determinação os seus problemas. Porém, na Psicologia Social, a definição de atitude não é exatamente essa. Thomas e Znanieck (1918) são considerados os primeiros autores a introduzirem o conceito de atitude, os quais afirmam que ela é um reflexo do meio social a nível grupal e uma tomada de decisão de determinado grupo frente a um objeto social. Os mesmos autores definiram, na época, que a psicologia social era o estudo das atitudes.

Porém, como aponta Neiva e Mauro (2011), os antecedentes do estudo das atitudes podem ser observadas nas publicações de Fere em 1888, Langen em 1889 e Munsterberg em 1890. Tais referências somadas àquelas desenvolvidas durante a década de 1920 proporcionou o desenvolvimento de medidas e definições para tal construto, sendo Allport (1935) e Thurnstone (1931) um dos principais teóricos desta temática. Vala e Caetano (1993) afirmam que estas obras contribuíram para a individualização das atitudes, perdendo sua dimensão social inicial.

Não obstante, foi através das publicações de Rosenberg e Hovland (1960) que as primeiras definições sobre os componentes da atitude surgiram, sendo posteriormente revisadas por Zana e Rempel (1988). A atitude social, no modelo proposto por esses autores, pode ser definida como

sentimentos pró ou contra pessoas ou objetos com que se entra em contato, possuindo três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental, como representado na Figura 1 a seguir.



*Figura 1.* O Modelo Multicomponente da Atitude (Adaptada de Maio & Haddock, 2010)

Para que se tenha uma atitude frente a um objeto, é necessário que haja alguma representação cognitiva desse objeto. As crenças, o conhecimento ou a maneira de encarar relativos ao objeto de atitude constitui o componente cognitivo deste construto. O segundo componente, afetivo, é o mais nitidamente característico das atitudes, dizendo respeito aos sentimentos pró ou contra um determinado objeto. O terceiro componente é o comportamental que se refere a uma combinação dos dois primeiros, dizendo respeito a comportamentos dada determinadas situações do passado ou intenções de comportamento (Zanna & Rempel, 1988).

Segundo Rodrigues et al (2010), a formação das atitudes pode se dar por meio de reforços. Uma criança, por exemplo, que é reforçada quando mostra-se favorável a um objeto e punida quando indica sentimento desfavorável a outro, tenderá a desenvolver uma atitude favorável ao primeiro e desfavorável ao segundo. Os mesmos autores exemplificam este fenômeno citando o processo da formação do preconceito racial, atitude negativa a um grupo social que pode ser formada por reforço e punição. Além disso, as pessoas tendem a adotar as atitudes das pessoas que

são significantes para elas (Rodrigues et al., 2010).

As atitudes têm sua função social. Katz e Stotland (1959) destacam algumas delas, tais como (1) permitir a obtenção de recompensas e a evitação de castigos; (2) proteger a autoestima e evitar ansiedade e conflitos; (3) ajuda a ordenar e assimilar informações complexas; (4) reflete as convicções e valores; (4) estabelecer a identidade social.

Concentrando-se no desenvolvimento de técnicas destinadas a mensurar tal construto (Ferreira, 2010), os dois maiores pesquisadores e contribuintes para o desenvolvimento das atitudes foram Thurstone e Likert, os quais desenvolveram caminhos para mensurar tal fenômeno psicológico (Maio & Haddock, 2010).

Além da preocupação na mensuração, os estudos iniciais das atitudes também consideravam o grau em que as atitudes dos indivíduos influenciavam seus comportamentos. Uma famosa e importante pesquisa foi desenvolvida por LaPière (1934, citado por Rodrigues et al., 2010), o qual investigou as atitudes de comerciantes norte-americanos frente a casal de chineses. O estudo se deu em dois momentos; primeiramente, o pesquisador acompanhou o grupo em 250 estabelecimentos norte-americanos, sendo eles atendidos normalmente em 249 destes. Num segundo momento, seis meses depois, LaPière enviou carta aos mesmos estabelecimentos, indagando a possibilidade deles prestarem seu serviços a um casal de chineses. Dos 128 que responderam, 90% disseram que recusariam seus serviços. Neste sentido, o autor defende que há certas inconsistências entre as atitudes e os comportamentos expressos pelas pessoas. Porém, a presença do pesquisador com os chineses e a própria situação (necessidade de clientes) podem ter sido variáveis intervenientes desta pesquisa.

Não obstante, para Triandis (1971) os resultados de LaPière não demonstram inconsistência entre atitude e comportamento, pois, para prever um comportamento, é necessário que também se

considere que as pessoas se comportam não apenas influenciadas pelo o que elas gostariam de fazer, mas também pelo que elas pensam que devem fazer, ou seja, as normas sociais. Além disso, para o autor, o comportamento também é influenciado pelos hábitos (o que as pessoas costumam fazer) e pela avaliação das suas consequências.

De modo geral, grande parte dos estudos sobre atitudes utiliza o modelo tridimensional, através de medidas explícitas, nas quais os indivíduos são classificados como favoráveis ou desfavoráveis frente a algum objeto social, fenômeno ou grupo (Camargo & Botelho, 2007; Fonseca, Gouveia, Gouveia, Pimentel, & Medeiros, 2007; Pasquali, Souza, & Tanizaki, 1985).

Apesar da validade interna e externa dos estudos realizados a partir desta perspectiva, a Teoria da Ação Racional e sua extensão, Teoria da Ação Planejada, têm se mostrado mais adequada para prever comportamentos, sobretudo por considerar a influência das normas sociais e das crenças relativas ao comportamento em questão. Neste sentido, serão apresentadas tais teorias a seguir.

## ***2 Teoria da Ação Racional e da Ação Planejada***

Ajzen e Fishbein (1980) apresentam contribuição importante ao estudo da relação existente entre atitude e comportamento. Para os autores, o preditor imediato do comportamento de um indivíduo é a intenção. Em um exemplo simples, de acordo com o modelo proposto, se uma pessoa tem a intenção de reciclar garrafas de cerveja vazias, ela está susceptível a engajar neste comportamento. Dentro da conceituação do modelo original (Teoria da Ação Racional), as intenções são determinadas por dois fatores: atitudes e normas subjetivas. O componente atitudes se refere às atitudes do indivíduo frente ao comportamento - se a pessoa pensa que a realização do comportamento é bom ou mau. O componente norma subjetiva diz respeito às crenças do indivíduo

sobre como outras pessoas significativas para ele enxergam o comportamento em questão (Maio & Haddock, 2010). Estes dois componentes e sua relação com a intenção e comportamento podem ser visualizados na Figura 2.

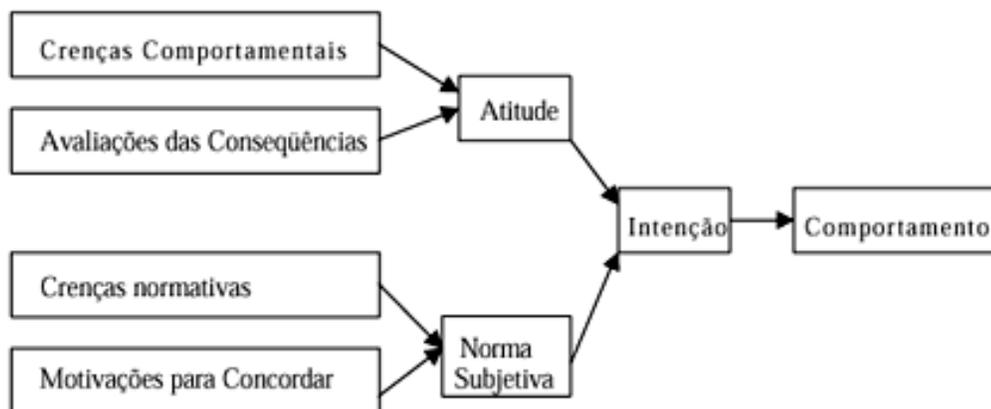


Figura 2. Teoria da Ação Racional (Adaptada de Fishbein & Ajzen, 1975)

Neste sentido, para entender dado comportamento, neste modelo, é importante que se identifique as atitudes, aspecto pessoal, e as normas subjetivas, que se referem à influência social (Moutinho & Roazzi, 2010). A partir deste modelo, Ajzen e Fisbein (1980) deram o primeiro passo para diversos estudos com a finalidade de prever comportamentos volitivos, como intenção de uso do preservativo, de pagamento de crédito, doação de sangue, atitude frente à energia renovável, etc (Bang, Ellinger, Hadjimarcou, & Traichal, 2000; Cunhas & Dias, 2008; Matos, Veiga, & Reis, 2009; Rocha, Albuquerque, Coelho, Dias, & Marcelino, 2009).

Porém, Ajzen (1991) propôs a reformulação desta teoria, intitulando de Teoria da Ação Planejada. A diferença entre esta e a original diz respeito à variável controle percebido, a qual avalia a percepção do indivíduo acerca dos recursos e oportunidades necessárias para realização do comportamento. Segundo o autor, esta variável tem relação direta com a intenção e com o comportamento em si, como pode ser vista na Figura 3 abaixo.



*Figura 3.* A Teoria da Ação Planejada (Adaptada de Ajzen, 1991)

Para Fishbein (1980), pode-se explicar o comportamento, no primeiro nível, através do estudo da intenção; no segundo nível, a intenção é explicada pela atitude e norma subjetiva; no nível seguinte, a atitude e a norma subjetiva são explicadas pelas crenças correspondentes a elas; por fim, considera-se que as crenças de uma pessoa explicam o seu comportamento. Posteriormente, Ajzen (1991) acrescenta o fator controle ao modelo, ficando este no mesmo nível das atitudes e norma subjetiva. Para explicar didaticamente o conteúdo dessas variáveis, bem como a importância de suas delimitações, será discorrido sobre cada uma delas a seguir (comportamento, intenção, atitude, norma e controle).

### *2.1 Comportamento*

Para se entender e prever um comportamento de forma precisa é imprescindível que se tenha uma definição clara dele. É importante ter clareza quanto ao foco da investigação, ou seja, definir se o que está em questão é comportamento ou a consequência comportamental (Moutinho

& Roazzi, 2010). Fazer sexo seguro é uma possível consequência de alguns comportamentos específicos, como colocar a camisinha desde o início de todo e qualquer tipo de sexo (vaginal, oral ou anal), com parceiros fixos ou casuais, em casa ou fora dela, etc. Especificamente, pesquisas que utilizam o modelo teórico da TAR têm seu foco nos comportamentos (Ajzen & Fishbein, 1980).

Além disso, os comportamentos envolvem quatro aspectos os quais são considerados pela teoria: (1) a ação em si, (2) o objetivo para o qual ela se dirige, (3) o contexto em que é realizada e (4) o momento em que ocorre (Pasquali et al., 2010). Como exemplificado por este autor, a atividade de comprar (ação) coca-cola (objetivo) no supermercado mais próximo de casa (contexto) no sábado pela manhã (momento) não é um índice válido de categoria comportamental de comprar bebidas, já que a sua especificidade não permite uma generalização. Trazendo para o foco da presente dissertação, a atividade de usar (ação) preservativo (objetivo) em uma viagem (contexto) e com um parceiro que conheceu há menos de 24 horas (momento) não é um índice válido da categoria comportamental de usar preservativo, uma vez que a especificidade também não permite uma generalização.

É importante destacar também que comportamentos específicos são previsíveis a partir de intenções também específicas, ou seja, não se pode afirmar que intenções gerais ligadas a categorias comportamentais, como perder peso, venham a prever comportamentos específicos tais como fazer ginástica (Pasquali et al., 2010).

Outro ponto importante da Teoria da Ação Planejada é que ela considera que a maioria das ações humanas possui relevância social e está sob controle volitivo, ou seja, realizada sob vontade do agente (Pasquali et al., 2010). Além disso, Ajzen e Fishbein (1980) consideram que o comportamento de uma pessoa é determinado pela intenção dela em realizar tal comportamento. Mesmo que não haja uma relação perfeita entre o dizer e o fazer, os indivíduos tendem a se

comportar de acordo com a sua intenção, com exceção de quanto fatores situacionais interferem (Pasquali et al., 2010). Sobre a intenção, será discutido seguir.

## *2.2 Intenção Comportamental*

Como já mencionado, Ajzen e Fishbein (1980) afirmam que o melhor método para prever um comportamento é avaliar a intenção de agir de determinada maneira. Segundo os autores, há uma alta relação entre a intenção comportamental de uma pessoa, para agir de um modo particular, e sua real performance daquele comportamento. Não obstante, é importante enfatizar que esta relação entre intenção e comportamento (atos únicos) não será perfeita. A magnitude da relação entre estas variáveis podem ser influenciadas por três fatores: (1) correspondência nos níveis de especificidade, (2) estabilidade da intenção e (3) o grau em que a realização do comportamento está completamente sob controle volitivo da pessoa (Fishbein & Azjen, 1975).

O primeiro fator de influência entre estas duas variáveis, correspondência nos níveis de especificidade, refere-se ao grau em que a intenção é mensurada no mesmo nível de especificidade que o comportamento a ser predito (Ajzen & Fishbein, 1980). Quanto maior a correspondência nos níveis de especificidade, maior deve ser a correlação entre intenção e comportamento. Para predizer um comportamento, é necessário investigar a intenção correspondente a este comportamento.

O segundo determinante da relação intenção-comportamento é o controle volitivo que diz respeito às situações em que o controle da ação está sob o comando do indivíduo. Alguns comportamentos podem depender de outras pessoas ou da ocorrência de certos eventos. Se a performance de comportamentos requer certas habilidades ou recursos que um indivíduo não possui, ou se depende da cooperação de uma outra pessoa, ele pode se tornar inapto a realizar dado comportamento, mesmo se ele tiver a intenção (Fishbein & Ajzen, 1975).

O terceiro fator refere-se à estabilidade da intenção e leva em consideração o intervalo de tempo entre a mensuração da intenção e a observação do comportamento. Os autores defendem que quanto maior este intervalo, menor a correlação entre intenção e comportamento, pois aumenta a probabilidade de que o indivíduo possa obter novas informações ou que determinados eventos ocorram para mudar a sua intenção (Fishbein & Ajzen, 1975).

Além do tempo entre a medida da intenção e a observação do comportamento, outra questão importante a ser considerada ao prever uma ação, relacionada à estabilidade da intenção, é o número de etapas existentes para a execução do comportamento. Quanto maior o número de etapas intermediárias, maior é a probabilidade de que a realização de um único passo irá resultar em novas informações que possam produzir modificações na intenção do indivíduo (Fishbein & Ajzen, 1975).

Tendo em vista que um dos pressupostos da Teoria do Comportamento Planejado é que o comportamento é influenciado pela intenção comportamental que, por sua vez, é determinada pelas atitudes, norma subjetiva e percepção de controle, será discutida a seguir a definição de cada uma delas e do que elas são formadas.

### *2.3 Atitudes e crenças comportamentais*

O primeiro determinante da intenção comportamental é chamada de *atitude* e diz respeito ao grau em que uma pessoa tem uma avaliação favorável ou desfavorável frente a um comportamento em questão (Ajzen, 1991). Ela, considerada como uma das variáveis antecedentes de cunho individual da intenção, é formada a partir de crenças acerca de um objeto atitudinal, nas quais associa-se a outros atributos, sejam elas objetos, características ou eventos. Em outras palavras, cada crença liga o comportamento a uma determinada consequência, a qual pode ser avaliada como positiva ou negativa.

Segundo Azjen (1991), as pessoas tendem a valorizar comportamentos que acreditam ter consequências amplamente desejáveis e a desenvolver atitudes desfavoráveis para comportamentos que associam com características indesejáveis. No que se refere ao tema do uso de preservativo, parece importante investigar quais as prováveis consequências positivas e negativas deste comportamento, analisando a partir das crenças comportamentais. Em um estudo recente, Matos, Veiga e Reis (2009) afirma que as crenças positivas acerca do uso de preservativo, entre jovens, é a proteção contra gravidez e contra doenças sexuais, e as negativas são o desconforto e a desconfiança do parceiro.

Não obstante, as crenças por si só não são suficientes para avaliar se uma pessoa tem atitude favorável ou não a determinado comportamento, como o uso de preservativo, por exemplo. Para além dessas crenças, é importante ter em consideração a avaliação que o indivíduo possui dessas crenças, pois se uma pessoa avalia como ruim o desconforto do uso do preservativo, porém não tem a mesma opinião sobre o risco de contágio de DST'S, tenderá a dar mais importância ao incômodo. Por este motivo, as atitudes no modelo proposto pela TAP são avaliadas a partir das crenças e da avaliação que as pessoas fazem destas crenças (Ajzen, 1991). Ademais, estas crenças representam a informação acumulada ao longo da experiência de vida de uma pessoa em relação àquele comportamento específico, a qual pode ser correta ou incorreta (D'Amorim, 2004). Neste sentido, a atitude pode ser escrita a partir da fórmula abaixo, onde AT = atitude, CC<sub>i</sub> = cada crença comportamental e AC<sub>i</sub> = avaliação de cada crença.

$$AT = CC_i * AC_i$$

Fishbein e Azjen (1975) defende a importância da investigação das crenças, também

chamadas de salientes, pelo fato de que quando as atitudes são estimadas a partir destas, as correlações com uma medida padrão tendem a ser maiores do que quando elas são provenientes de um conjunto selecionados de forma intuitiva de crenças. Quanto maior o conhecimento das crenças, maior a compreensão das razões para o comportamento. No entanto, é importante destacar que, apesar disso, compreender as crenças que regem dado comportamento não determina o grau de previsibilidade, tendo em vista que esta depende unicamente da intenção (D'Amorim, 2004).

O levantamento das crenças comportamentais é realizado a partir de duas perguntas à amostra da população alvo. Por exemplo, se o interesse do pesquisador é avaliar as crenças dos sujeitos com relação ao uso do preservativo, elabora-se as questões “Quais as vantagens de usar o preservativo durante as relações sexuais?” e “Quais as desvantagens de usar o preservativo durante as relações sexuais?”. As respostas mais frequentes para estas perguntas serão as crenças modais salientes e constituirão o instrumento quantitativo que será elaborado para a avaliação da intenção comportamental da população alvo (Moutinho & Roazzi, 2010).

Uma vez conhecendo-se as crenças comportamentais, a etapa seguinte é a elaboração de itens quantitativos que formarão a medida indireta da atitude (D'Amorim, 2004). Estes itens serão constituídos das crenças mais frequentes nas respostas dos participantes na primeira etapa, como por exemplo “Usar preservativo fará com que eu me previna de doenças sexualmente transmissíveis”, sendo respondidos a partir de uma escala de “provável” a “improvável”. Os itens correspondentes à avaliação das crenças são os mesmos, porém estes devem ser respondidos através de uma escala variando de “bom” a “mau” (Moutinho & Roazzi, 2010).

Além dessa medida indireta da atitude, na etapa quantitativa, proposta pelo método e modelo da Teoria da Ação Planejada, elabora-se também uma medida direta desta variável. Esta refere-se a apenas um único item (por exemplo, “Usar preservativo é...”), devendo ser respondido

a partir de três escalas de diferencial semântico (“útil à inútil”, “bom à mau” e “agradável à desagradável”) (Moutinho & Roazzi, 2010).

#### *2.4 Norma Subjetiva e Crenças Normativas*

A segunda variável antecedente da intenção é a chamada norma subjetiva. Ela é a única de cunho social no modelo proposto e se refere à percepção que o indivíduo tem de que pessoas ou grupos significativos a ele, também chamadas de referentes, aprovam ou desaprovam o comportamento em questão (D’Amorim, 2004). Como na atitude, a percepção das normas subjetivas também são determinadas pelas crenças, porém estas aqui são chamadas de normativas. Estas dizem respeito a uma lista de pessoas, citada pelo indivíduo, que ela acha que gostariam que ela agisse de determinada maneira e outra lista das que não gostariam que ela assim agisse (Ajzen, 1991).

Não obstante, não é suficiente saber os referentes de um indivíduo para um dado comportamento, mas o quanto ele está motivado a corresponder às expectativas destas pessoas (D’Amorim, 2004). Dessa forma, a variável norma subjetiva é constituída das crenças acerca da opinião dos referentes e a motivação para acatar estas opiniões, a qual pode ser demonstrada na fórmula abaixo.

$$NS = CNI * Mi$$

Neste sentido, NS = norma subjetiva, CNI = crenças normativas e Mi = motivação para concordar com a opinião dos referentes. Os referentes podem variar para uma mesma pessoa ou para grupo de pessoas, conforme o comportamento em questão (D’Amorim, 2004). Elas geralmente são família, amigos, professores, médicos, parceiros, etc.

Para o levantamento das crenças normativas, é realizado o mesmo procedimento na elucidação das crenças comportamentais. Solicita-se ao respondente para que ele mencione pessoas ou grupos que gostariam e que não gostariam que ele realizasse tal ação (Moutinho & Roazzi, 2010). Estes referentes estarão presentes na etapa quantitativa da medição das crenças normativas, com afirmações do tipo “meu médico acha que eu devo usar preservativo”, com escala de resposta variando entre “provável” à “improvável”. A motivação para concordar com estes referentes são avaliados a partir da elaboração de itens como “Eu costumo acatar as opiniões do meu médico”, respondidas também através da escala de “provável” à “improvável”.

A norma subjetiva, na fase da elaboração do questionário objetivo, também deve ter uma medida direta, constituindo de um único item, por exemplo, “As pessoas cuja opinião é importante para mim acham que eu devo usar preservativo nas relações sexuais”. Ela, diferentemente da medida direta da atitude, deve ser respondida a partir de uma única escala, a qual varia entre “provável” à “improvável”.

### *2.5 Controle Percebido*

Esta é a terceira variável antecedente da intenção comportamental, proposta pela Teoria da Ação Planejada, diferenciando esta da versão original, Teoria da Ação Racional. Apesar desta teoria ainda ser muito utilizada em pesquisas, há algumas críticas referentes à predição de uma ação, tendo em vista que o comportamento não depende apenas da motivação a agir, mas também da percepção de maior ou menor controle sobre o comportamento em questão (Moutinho & Roazzi, 2010). Sendo assim, Ajzen (1985) propôs o acréscimo desta nova variável, modificando seu nome para TAP.

Esta variável, de caráter não-motivacional, é defendida pelo autor como influência direta do comportamento, diferentemente da atitude e norma, tendo em vista que ela diz respeito às

limitações objetivas de oportunidade e/ou recursos físicos, sociais ou psicológicos (D'Amorim, 2004). Ao contrário das crenças comportamentais e normativas, as crenças de controle são medidas apenas no instrumento quantitativo, através de um único item sobre a facilidade ou dificuldade de agir de determinada maneira.

Apesar da semelhança da definição desta variável com construtos como locus de controle e autoeficácia, Ajzen (2002) ressaltam que eles avaliam aspectos distintos. Ao passo que o locus de controle diz respeito à percepção de controle aos acontecimentos da vida (interno - individual- ou externo - sorte, outros poderosos) e autoeficácia é a percepção de capacidade para realizar dado ato, a variável antecedente da intenção comportamental, proposta pela Teoria da Ação Planejada, percepção de controle, se refere à avaliação do indivíduo quanto à facilidade ou dificuldade que ele poderá ter para realizar dado comportamento. Não é percepção de controle da vida, como locus de controle, visto que é específica de uma situação, nem tão pouco de capacidade, posto que é avaliação de poder de controle ou decisão.

Esta variável acrescentada à teoria tem demonstrado bastante importância na predição de um comportamento. De acordo com o modelo teórico, o controle percebido, juntamente com a intenção comportamental, pode ser usada diretamente para prever um comportamento (Ajzen, 1991). Neste sentido, se o indivíduo possui percepção de controle reduzido, é provável que ele tenha crenças de controle que diminuirá a probabilidade de executar dado comportamento (Matos, Veiga, & Lima, 2008).

A inserção desta nova variável trouxe algumas modificações em um dos pressupostos da TAR. Para a primeira teoria, um dos aspectos a ser considerado, ao prever e compreender um comportamento, é se este possui controle volitivo. Não obstante, a proposta do novo modelo (TAP) leva em consideração ações que não estejam sobre controle de decisão, tornando esta nova teoria

um caminho para o desenvolvimento de estratégias de modificação de comportamentos baseadas na percepção de controle da população.

### *3. Intenção do uso do preservativo*

A utilização da Teoria da Ação Racional, e da Ação Planejada, em pesquisas sobre o uso do preservativo, e temas relacionados à proteção contra o HIV/AIDS, tem se mostrado bastante presente desde o surgimento da epidemia. Os objetivos destes estudos, geralmente, são identificar os fatores que influenciam as intenções comportamentais em usar preservativo durante as relações sexuais.

Oliveira et al.(2005), em estudo com adolescentes de ambos os sexos, afirmam que, dentre as quatro variáveis independentes (atitude, crença comportamental, norma subjetiva e crença normativa), apenas a atitude e a norma subjetiva contribuíram de forma significativa para a explicação da intenção comportamental dos rapazes em usar preservativo, explicando juntas 34,6% da variância total desta. Para as meninas, a norma subjetiva se apresentou como o único componente que influenciou de forma significativa a intenção de solicitar o uso do preservativo nas relações sexuais, com variância de 41%. Em amostra feminina, Saldanha (1998) também relatou em seus dados o componente norma subjetiva como a principal variável critério da intenção comportamental de pedir ao parceiro para usar preservativo no ato sexual, seguido da atitude. A autora ainda encontrou diferença no poder de explicação dos determinantes da intenção em pedir a utilização do preservativo de acordo com a idade, relatando que, na adolescência, o componente que apresentou maior poder explicativo foi a crença comportamental, enquanto que na faixa etária de adultos, a norma subjetiva prevaleceu.

Uma interessante colocação fora proposta por Zhang, Attané, Li e Yang (2011). Estes autores fazem distinção entre norma do parceiro sexual e norma subjetiva geral examinando seus

efeitos separadamente. O primeiro refere-se à pressão exercida pelo parceiro a usar ou não o preservativo durante as relações sexuais, enquanto que a norma subjetiva geral consiste em suas crenças sobre se amigos e familiares pensam que eles deveriam ter a prática do sexo seguro.

Em meta-análise, Bennet e Bozionelos (2000) afirmam que as atitudes e as normas subjetivas são importantes preditores da intenção do uso do preservativo, sendo o primeiro componente o de maior poder de explicação deste comportamento. Ferreira (2011) afirma ainda que, sob a luz do modelo do Comportamento Planejado, a utilização do preservativo durante a relação sexual deriva parcialmente das suas atitudes positivas relativas a este comportamento, somadas à norma subjetiva favoráveis à sua utilização e uma percepção de controle elevada.

Em outra meta-análise, Albarracín, Fishbein, Johnson e Muellerleile (2001), sintetizando 96 estudos, examinaram o poder de predição da Teoria da Ação Racional e Ação Planejada para o uso do preservativo, encontrando que a atitude foi a variável de melhor predição para o comportamento em questão. Para Albarracín et al. (2001), as atitudes sobre o uso do preservativo pode ser identificado a partir de quatro questões: (1) crença sobre eficácia dos preservativos na prevenção de DST'S; (2) consequências negativas do uso do preservativo; (3) antecipação da reação negativa do parceiro sexual para o seu uso; e, por fim, (4) emoções positivas com o uso de preservativos.

McEachan, Conner, Talyon e Lawton (2011), em meta-análise com estudos utilizando a TAP e comportamentos de saúde, afirmam que os comportamentos relacionados ao HIV/AIDS e comportamentos de triagem (15,6% de variância explicada) foram relativamente mais bem previstos (43% de explicação) do que para a atividade física. Além disso, segundo McEachan et al. (2011), para o uso do preservativo, a relação entre intenção e comportamento se apresenta mais fraca à medida que o intervalo de tempo entre a medida da intenção e o comportamento aumenta.

Em estudo de Oliveira et al(2009), com estudantes de escolas públicas e privadas que participaram ou não de ações educativas, da cidade de João Pessoa, todas as variáveis contribuíram de forma significativa para a explicação do uso do preservativo, sendo a crença normativa e a atitude as de maior poder explicativo para o tema em questão. Matos et al. (2009), por outro lado, não encontrou associação significativa entre atitude e intenção de uso, apenas de normas subjetivas e controle percebido, sendo esta última a de maior importância, possuindo mais valor do R.

Neste sentido, apesar da aplicabilidade da Teoria da Ação Planejada para comportamentos de saúde, observa-se a existência de algumas lacunas no que diz respeito à predição da prática do sexo seguro. Além das questões relacionadas ao acesso do preservativo (vulnerabilidade programática), é preciso avaliar tanto os fatores sociais quanto os individuais que perpassam a decisão de usar ou não o preservativo. A citada teoria, com os componentes da atitude, norma subjetiva e controle percebido, abarca estes fatores, não obstante é possível que exista influência de outras variáveis externas ao modelo, atuando como variáveis moderadoras através das crenças. Uma das variáveis que podem interferir na intenção do comportamento do uso do preservativo é o locus de controle, tema abordado no capítulo a seguir.

### **CAPÍTULO 3- LÓCUS DE CONTROLE PARA O USO DO PRESERVATIVO**

---

No presente capítulo, será apresentada a Teoria do Locus de Controle, discorrendo sobre os conceitos dos dois principais autores deste construto (Rotter e Levenson). Além disso, serão brevemente discutidas as medidas existências para a avaliação deste construto, bem como os estudos recentes acerca da relação entre o locus de controle e intenção comportamental e uso do preservativo.

### ***1. Teorias e medidas do Locus de Controle***

No cotidiano, as pessoas se deparam com situações de questionamento sobre a fonte de controle dos acontecimentos das suas vidas. Influenciadas, muitas vezes, pela fé, algumas acreditam e depositam o poder de controle dos fatos vivenciados ao destino ou a Deus, outras às pessoas poderosas e ainda há as que atribuem apenas a si mesmas. Heider (1958) foi um importante teórico nesta temática, desenvolvendo a conhecida Teoria da Atribuição de Causalidade, na qual defende que as pessoas têm necessidade de atribuir causas aos fatos que ocorrem em suas vidas ou na vida de pessoas próximas, pois se deseja conhecer as fontes das experiências, saber de onde vêm e como surgem.

Este mesmo autor defende que nossas ações podem derivar de causalidade pessoal ou impessoal. A primeira ocorre quando se percebe uma ação como consequência de forças pessoais, observando o fato como em decorrência de disposições pessoais. Não obstante, se uma pessoa atribui as ações a forças externa às pessoas, as quais elas não possuem controle, faz-se uma atribuição de causalidade impessoal, percebendo como consequência de forças ambientais (Rodrigues et al., 2010). Além disso, as pessoas tendem a atribuir causas internas aos seus sucessos e externas aos fracassos.

O construto intitulado locus de controle, considerado por alguns pesquisadores como

derivada da teoria da atribuição da causalidade se refere justamente à percepção do indivíduo acerca do lugar, ou *locus*, do controle dos fatos ocorridos em sua vida, podendo variar entre interno e externo (Dela Coleta, 1987). A principal diferença entre a teoria de atribuição de causalidade e a de *locus* de controle é que aquela se refere aos acontecimentos individuais e de outras pessoas, enquanto esta diz respeito a expectativas às consequências dos nossos próprios comportamentos e eventos (Rodrigues & Pereira, 2007). Além disso, Dela Coleta (1987) afirma que o *locus* de controle se refere a uma característica mais ou menos estável do indivíduo em explicar as ocorrências mais interna ou externamente, enquanto que a atribuição de causalidade corresponde ao processo pelo qual são encontradas explicações causais ao acontecimento de diversos eventos que ocorrem com o indivíduo e/ou com os outros.

Quando se discute sobre a teoria do *locus* de controle, dois grandes nomes estão presentes em quase totalidade dos artigos científicos que utilizam dessa teoria: Rotter e Levenson. O primeiro é considerado como precursor a definir tal teoria; a segunda autora, influenciada pelas definições de Rotter, defendeu algumas reformulações à teoria inicial. Serão abordadas brevemente cada uma dessas teorias a seguir.

### *1.1 Teoria de Rotter*

Segundo Dela Coleta (2004) o construto *locus* de controle fora introduzido nas pesquisas em psicologia no início dos anos 1960, sendo a publicação da monografia de Rotter (1966) uma das mais citadas dentro desta temática. Para este autor, o *locus* de controle seria consequência do processo de aprendizagem social, tendo em vista que as experiências de sucesso e fracasso e as causas que o indivíduo atribui para esses acontecimentos influenciariam a percepção relativamente estável sobre a fonte de controle dos eventos de sua vida.

De maneira geral, a teoria da aprendizagem social de Rotter leva em conta quatro conceitos básicos a avaliação e previsão do comportamento: (1) potencial de comportamento; (2) expectativa de reforço; (3) valor de reforço e (4) especificidade da situação psicológica. O primeiro diz respeito à probabilidade de um dado comportamento ocorrer, em uma situação, em função da obtenção de um reforço (Ribeiro, 2000).

A expectativa de reforço é referente à probabilidade, segundo a avaliação do indivíduo, de que um determinado reforço ocorra em função de um comportamento específico em dada situação. A importância e o significado atribuído aos indícios que a situação fornece dependem das experiências anteriores do indivíduo, bem como de determinantes culturais (Ribeiro, 2000)

O terceiro, valor do reforço, diz respeito à avaliação que o indivíduo faz dos diversos reforços para um dado comportamento. Varia de sujeito para sujeito, causando diferentes expectativas de acordo com os interesses em questão (Barros, Barros, & Neto, 1993, citado por Ribeiro, 2000). A situação psicológica, por fim, refere-se à situação a qual o indivíduo reage, sendo imprescindível a avaliação do modo como este percebe ou vivencia a situação.

As expectativas de um indivíduo variam desde um aspecto mais específico, ou seja, uma situação em particular, até um mais geral, mantidas em situações variadas. As de forma geral, também chamadas de expectativas generalizadas, correspondem ao resultado de um conjunto de experiências acumuladas que se generalizam. Dentro destas expectativas generalizadas, propostas na teoria da aprendizagem social de Rotter, destaca-se o conceito de *locus de controle* (Ribeiro, 2000).

De acordo com a teoria de Rotter (1966), quando uma pessoa interpreta um evento como resultado de sorte, chance ou fatalidade, considera-se que a direção do *locus de controle* dela é

externa. Por outro lado, se um indivíduo percebe que o evento é consequência do seu comportamento ou de suas características, afirma-se que isso é uma crença no controle interno.

O *locus* de controle, para este autor, possui apenas uma dimensão, sendo ela bipolar, onde em um pólo há a dimensão internalidade e, no outro, a externalidade. Os indivíduos se posicionam em contínuo, variando desde a internalidade extrema até a externalidade total, sendo qualificados como sujeitos com *locus* de controle com maior tendência à internalidade ou externalidade (Dela Coleta & Dela Coleta, 2006). Pode-se deduzir, então, que se um aluno associa suas primeiras notas baixas à qualquer tipo de empenho acadêmico, seja ele pouco ou muito, ele tenderá a pensar que receberá notas ruins independente do estudo.

Neste sentido, dependendo da história de reforçamento dos indivíduos, eles irão diferir no grau que eles atribuíram reforçamento por suas próprias ações (Rotter, 1966). Percebe-se, então, que a definição proposta por Rotter traduz elementos de visão comportamentalista (comportamento, reforço) e cognitiva (percepção, expectativa) (La Rosa, 1991). Além disso, segundo Tamayo (1994), os estudos iniciais de Rotter tinham como propósito avaliar as expectativas relativas ao controle em diversas áreas que requer intencionalidade ou controle volitivo, tais como o amor, o reconhecimento social, afeição, e a realização.

### *1.2 Teoria de Levenson*

Influenciada pelo conceito de Rotter, mas com algumas ressalvas, Levenson (1973, 1981) sugeriu que o *locus* de controle deve ser analisado a partir de uma visão multidimensional. Em sua conceituação, esta autora propôs a diferenciação entre dois tipos de orientação externa, a saber-crença no básico desordenado e na natureza aleatória do mundo *versus* crença no básico ordenado e previsibilidade do mundo, atrelado com a expectativa que outros poderosos estão no controle.

Neste sentido, Levenson (1973) reformula a teoria proposta por Rotter, baseando-se nas ideias deste autor em termos teóricos, mas não empíricos. A ideia defendida por ela é de que a rotulação de pessoas mais “externas” deveria ser evitada e que pessoas com tendência a essa característica não devem ser vistas como possuidoras de algo ruim ou indesejável. Uma das críticas à teoria de Rotter é que esta percebe o *locus de controle* como um traço de personalidade e, como consequência, formula uma tipologia, atribuindo certas características percebidas como mais atraentes ao sujeito interno e associando outras menos nobres aos sujeitos externos (Lefcourt, 1981, citado por Dela Coleta, 1987).

A autora, então, defende que o *locus de controle* é constituído por três dimensões: (1) pessoal, referente à consciência de que o próprio indivíduo é a fonte de controle; (2) social, o controle está na responsabilidade de outros poderosos e (3) impessoal, crença no acaso, sorte ou destino. Assim, a dimensão “externa”, proposta anteriormente por Rotter, foi dividida em duas, pois, para Levenson (1973) havia diferença entre pessoas que acreditam no poder de outras sobre si mesmas e as que percebiam o mundo como imprevisível e incontrolável.

## *2. Medidas de Avaliação do Locus de Controle*

Além de desenvolver este conceito com base na teoria da aprendizagem social, também proposta por Rotter (1966), o autor construiu um instrumento para medir tal construto, a Escala de Controle Interno-Externo. Esta escala, originalmente possuía 29 itens, do tipo “escolha forçada”, tendo cada item duas alternativas de respostas para uma dada situação da vida diária; uma afirmativa com característica mais interna (“É impossível para mim acreditar que chance ou sorte desempenha um importante papel em minha vida”), e outra externa (“Muitas vezes eu sinto que eu tenho pouca influência sobre as coisas que acontecem comigo”).

Nesta escala, os itens são classificados em seis subcategorias: (1) reconhecimento acadêmico, (2) reconhecimento social, (3) amor e afeição, (4) dominância/ascendência, (5) crenças sociopolíticas e (6) filosofia de vida (Cerqueira & Nascimento, 2008). O propósito era de observar as expectativas relativas ao controle em várias áreas que possuam uma dimensão volitiva. Apesar destas dimensões, Rotter (1966) propôs uma escala unifatorial, demonstrando em suas análises a existência de um único fator geral. Não obstante, Prociuk (1977, citado por Tamayo, 1989) criticou que a análise fatorial demonstrada por Rotter explicava menos de 9% da variância total.

Levenson (1972, 1973), defendendo a existência de três dimensões no construto *locus de controle*, elaborou um instrumento com três subescalas: (I) internalidade; (OP) outros poderosos e (A) azar. O instrumento foi construído a partir da Escala de Rotter, porém com alguns itens construídos para atender os postulados teóricos defendidos pela autora. A Escala de *Locus de Controle* de Levenson final foi composta por 24 itens e cada subescala com oito, definidas através da análise fatorial dos componentes principais, apresentando perfeita isomorfia entre os fatores empíricos e os teóricos (Tamayo, 1989).

Alguns anos mais tarde, Dela Coleta (1987) traduziu e adaptou a Escala de Levenson para o contexto brasileiro, encontrando as mesmas características psicométricas do instrumento original. Possuindo índices de consistência interna bons, entre 0,50 e 0,65, a autora realizou uma validação discriminativa. Alguns anos mais tarde, Tamayo (1989), com o argumento da natureza do construto multidimensional do *locus de controle* e o tipo de escala elaborada por Levenson, propôs uma nova validação do tipo fatorial para o contexto brasileiro.

A partir de então, vários foram os estudos de validação ou desenvolvimento de escala a partir dos conceitos teóricos e empíricos propostos por Levenson, em variados contextos. Pasquali et al. (1998) adaptou e validou a escala proposta pela citada autora para o contexto organizacional.

Em seu estudo, o autor também encontrou os três fatores propostos por Levenson (1973), ou seja, internalidade, outros poderosos e acaso.

Spector (1988, citado por Abbad & Meseses, 2004) também desenvolveu um instrumento para avaliar o *locus de controle*. No contexto brasileiro, Bastos (1991) traduziu e adaptou esta escala, expondo alguns questionamentos com relação à dimensionalidade e a conceituação deste construto. Para ele, resultados de pesquisas diversas discordam entre si sobre a estrutura do *locus de controle*, que ora se apresenta uni, ora multifatorial.

Também na década de 1990, La Rosa (1991) propôs um novo instrumento com características e fatores não abarcados pelos autores supracitados. Em seu estudo, o autor sugeriu, e encontrou em suas análises, uma escala constituída de quatro subescalas: escala de internalidade instrumental, escala de sorte, escala de alienação sócio-política ou controle por poderosos do macro sistema e escalas dos poderosos de micro sistema social. Desta forma, a dimensão “outros poderosos” foi subdividida entre pessoas de poder macro, como políticos e gestores, micro, como professores e chefes.

### *3. Influência do locus de controle para a intenção comportamental*

A relação entre o construto *locus de controle* e intenção comportamental é alvo de muitas controvérsias na literatura. Devido a TAP ter uma variável que, por muitas vezes, se assemelha com o construto *locus de controle*, controle percebido, alguns questionamentos são levantados quando se trata da relação entre estas duas variáveis.

A indagação parte, principalmente, do próprio autor da TAP, Ajzen (2002), o qual enfatiza que a percepção de controle (controle percebido) sobre um acontecimento independe do *locus de controle* ser interno ou externo. Para o autor, por exemplo, o medo de voar é um fator interno, mas as pessoas podem, porém, sentir que têm pouco controle sobre este comportamento; em

contrapartida, a ajuda de outra pessoa é externa, mas elas podem acreditar que encontrariam pouca dificuldade em obter tal ajuda.

Não obstante, o locus de controle e a teoria do comportamento planejado são dois modelos bastante utilizados, na perspectiva da psicologia social, tanto para estudar aspectos relacionados à saúde, quanto para demais construtos. No entanto, são poucas as pesquisas que avaliam a influência do locus de controle na relação entre as variáveis do TCP (atitude, norma subjetiva e controle percebido) e a intenção comportamental. Muitos optam por avaliar os dois modelos juntos, com o objetivo de verificar quais dos dois explicam melhor determinados comportamentos. Dos que investigam a relação entre estes dois construtos, alguns estudos avaliam a intenção comportamental a partir do locus de controle geral, outros optam por investigar o locus de controle de situações específicas, como o locus de controle da saúde, por exemplo. A seguir, serão apresentadas brevemente pesquisas que envolvem tanto a Teoria do Comportamento Planejado (e sua primeira versão, TAR) quanto a Teoria do Locus de Controle, separadamente ou em conjunto.

Com o intuito de avaliar a utilidade de três grandes modelos na intenção de usar o capacete de bicicleta (Modelos de Crenças em Saúde, Teoria do Comportamento Planejado e Locus de Controle), Lajunen e Rasanen (2004) relataram que os dois últimos modelos apresentaram maior ajuste para explicar tal fenômeno. Todas as variáveis da Teoria do Comportamento Planejado se relacionaram com a intenção de usar capacete, em especial a norma subjetiva, seguida das atitudes. No modelo do Locus de Controle, a orientação externa teve melhor relação com essa intenção.

Um outro tipo de investigação feita a partir destes dois construtos é a capacidade da teoria do comportamento planejado mediar os efeitos da idade, sexo e locus de controle da saúde sobre as intenções e comportamento. Armitage, Norman e Conner (2002), a partir de estudo, relatam que as variáveis da TCP mostrou-se como melhor preditora das intenções comportamentais da saúde

do que as variáveis demográficas e as do locus de controle.

No que se refere aos estudos sob a ótica do locus de controle geral para avaliar comportamentos de cuidado com o meio ambiente, Hamid e Cheng (1995) descobriram que o primeiro construto teve considerável poder preditivo nas intenções de se envolver em comportamentos pró-ambientais, considerando que quanto maior o escore na medida de locus, maior orientação interna. Ou seja, orientação interna prediz intenção de agir de maneira consciente com o meio.

Thrasher, Andrew e Mahony (2011) com o objetivo de avaliar se motivações de jogo e locus de controle são variáveis moderadoras na intenção de jogar (sob a ótica da Teoria da Ação Racional), desenvolveu um estudo com estudantes universitários. Os autores relataram, ao final da pesquisa, que locus de controle interno e outros poderosos moderaram significativamente a relação entre atitudes e intenções de participar de jogos de azar.

Um exemplo de pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde é o estudo apresentado por Hagger e Armitage (2004) que avaliaram a influência da percepção do locus de controle e causalidade na intenção da prática de atividade física, relatando que não houve influência direta significativa de locus de controle em intenção e as variáveis da TCP, ou seja, a intenção de fazer exercícios físicos se mostrou independente do locus de controle ser interno ou externo.

Ainda sobre comportamentos de saúde, Armitage (2003), em estudo sobre os efeitos do locus de controle da saúde na relação entre controle comportamental percebido e intenção de 12 comportamentos (escovar os dentes, usar o fio dental, uso da maconha, etc), sugere que o locus de controle interno é um preditor significativo da percepção de controle e intenção.

Resultados diferentes foram encontrados por outros pesquisadores alguns anos anteriores. Em investigação sobre intenção comportamental para o uso de álcool, exercício e escovação,

Kristiansen e Eiser (1986) relataram que o construto do locus de controle da saúde possui um efeito mediador adicional nestas intenções comportamentais.

Neste sentido, percebe-se o pouco número de pesquisas que avaliam o efeito moderador do locus de controle nas intenções comportamentais, seja em estudos sobre saúde, seja sobre outros fenômenos. Não obstante, pode-se observar também que apesar de poucas, em sua maioria, pesquisas relatam que o locus de controle interno possui maior poder preditivo nas intenções comportamentais.

#### *4. Relação entre locus de controle e a prática do sexo seguro*

Se estudos relacionando locus de controle com intenção comportamental (TAR e TAP) são escassos, algo parecido é encontrado quando o assunto é a relação entre o locus de controle com a intenção e prática do sexo seguro. Apesar disso, alguns pesquisadores têm se dedicado a avaliar se o uso do preservativo e o sexo protegido podem estar relacionados à orientação do locus de controle. A ideia central é verificar se pessoas com maior intenção e prática do sexo seguro possuem maior controle interno, acreditando que os acontecimentos da vida são consequências de suas ações, ou externa, que eles são em decorrência da sorte ou de outros poderosos.

Lawrence (1993), em estudo com adolescentes afro-americanos, realizou um estudo com o intuito de investigar a relação entre conhecimento sobre o HIV, atitudes frente ao preservativo, locus de controle da saúde, vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV, comportamento sexual e as preferências anticoncepcionais. Os resultados demonstraram que as meninas eram mais bem informadas sobre a AIDS, tinham mais atitude positiva frente ao comportamento sexual preventivo e se perceberam com maior controle que os meninos. Além disso, segundo o mesmo autor, uma das variáveis responsáveis pela explicação do uso do preservativo foi a menor percepção em um locus de controle externo.

Com o objetivo de avaliar a relação do locus de controle com conhecimento, atitude e prática relacionadas à pílula e ao preservativo, Alves e Lopes (2010) desenvolveram um estudo com adolescentes estudantes universitários, tendo como base a teoria proposta por Levenson. Os resultados demonstraram que os rapazes apresentaram maior externalidade-outros poderosos do que as moças e, de modo geral, quanto mais elevado o escore do locus de controle externalidade-outros poderosos, menor o uso de métodos contraceptivos.

Em estudo com estudantes universitários da África e a partir da teoria proposta por Rotter (1966), Gwandure e Mayekiso (2010) observaram em seus achados que os jovens com locus de controle externo relatam envolver-se em práticas sexuais de risco. Estes autores afirmam que o locus de controle é uma variável preditora nas tomadas de decisões referentes à saúde sexual e reprodutiva, sobretudo no que tange à prática do sexo seguro.

Com este mesmo objetivo, Victor e Haruna (2012) investigaram a relação entre o locus de controle da saúde e comportamento sexual de risco com estudantes do ensino médio da Nigéria. A hipótese testada pelos autores foi que indivíduos com um locus de controle externo tenderia a se envolver em mais comportamentos de risco do que os com locus de controle interno, sendo esta corroborada pelos autores.

Em estudo de Crisp e Barber (1995), foi avaliada a relação entre comportamento de risco e percepção de risco em grupos de pessoas com controle interno e externo. Os resultados demonstraram correlação moderada e positiva entre comportamentos de risco e percepção de risco no grupo com locus de controle interno e correlação negativa no grupo com locus de controle externo. Os autores sugerem que as pessoas internas envolvidas em práticas de alto risco estão cientes de que elas estão correndo riscos.

Resultado diferente foi encontrado por Burns e Dillon (2005), em pesquisa com o objetivo

de avaliar a relação entre a frequência de autorrelato de uso de preservativo, locus de controle da saúde/AIDS, autoeficácia e orientação temporal futuro. Os resultados indicaram que a autoeficácia teve poder preditivo na variável frequência de uso do preservativo, mas o locus de controle da saúde, não.

No entanto, como afirma Janeiro, Oliveira, Rodrigues, Maceiras e Rocha (2013), o locus de controle está associado à prevenção de doenças e envolvimento em comportamentos de saúde, tendo relação, então, com a adesão a programas de saúde. Gwandure e Mayekizo (2010) indicam que pessoas que conseguem modificar seus comportamentos de riscos possuem níveis elevados de locus de controle interno.

A partir das pesquisas supracitadas, percebe-se que boa parte das pesquisas realizadas utilizando-se das variáveis locus de controle e prática do sexo seguro (uso de preservativo, por exemplo) demonstram haver significativa relação entre tendência ao controle interno e preocupação com a prevenção e, do mesmo modo, controle externo e ausência de comportamentos preventivos.

Diante do exposto, fundamentados na Teoria do Comportamento Planejado, na Teoria do Locus de Controle e no Modelo da Vulnerabilidade, desenvolveu-se dois estudos empíricos com o objetivo de verificar as crenças e variáveis das intenções de uso do preservativo e suas relações com o locus de controle e a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS. A seguir, serão descritos os achados do Estudo 1.

## **PARTE II-ESTUDOS EMPÍRICOS**

## **ESTUDO 1. LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SOBRE USO DO PRESERVATIVO**

---

### *Objetivos geral e específicos*

O objetivo principal do presente estudo foi realizar um levantamento das crenças de mulheres acerca do uso do preservativo masculino pelo parceiro. Como objetivos específicos, buscou-se analisar as crenças comportamentais, quanto às vantagens e desvantagens deste comportamento, e as pessoas consideradas referentes para a realização ou não da ação. Buscou-se, também, avaliar a frequência do uso de preservativos destas mulheres durante as relações sexuais bem como se elas fazem uso de pílula anticoncepcional e de outros métodos contraceptivos.

### **Método**

#### *Delineamento*

O presente estudo seguiu obedeceu a um delineamento exploratório, descritivo e transversal.

#### *Participantes*

Para esta pesquisa, contou-se com uma amostra de conveniência (não probabilística) formada por 35 mulheres, de classe social menos favorecida, da cidade de João Pessoa. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação das crenças. A maioria das participantes declarou-se com renda familiar de até 1 salário mínimo (80%), de religião católica (40%) e casada (60%), com idade média de 33,60 ( $DP = 8,74$ ). Quando questionadas sobre a frequência da utilização do preservativo nas relações sexuais com seus parceiros (ou ex-parceiros), 40% afirmou que usa “às vezes”, 37% “nunca” e 22,9% “sempre”. No que se refere ao uso da pílula anticoncepcional, 57,1% declarou não utilizar tal método contraceptivo e 20% afirmou ter se submetido à cirurgia de laqueadura.

### *Instrumentos*

As participantes do estudo foram solicitadas a responder um questionário, descrito a seguir:

#### **I) Entrevista estruturada**

Composta de quatro perguntas abertas, a entrevista era formada por questões relacionadas às opiniões destas mulheres quanto às vantagens e desvantagens do uso do preservativo masculino pelo parceiro. Além disso, pediu-se para que elas listassem pessoas as quais, na opinião delas, gostariam ou não gostariam que elas realizassem tal comportamento (também chamados de referentes): (1) *“Quais serão, para você, as vantagens do parceiro usar o preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais?”*; (2) *“Quais serão para você as desvantagens do parceiro usar o preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais?”*; (3) *“Quais as pessoas importantes para você que gostariam que você e seu parceiro usassem o preservativo (camisinha) durante as relações sexuais?”*; e, por fim, (4) *“Quais as pessoas importantes para você que não gostariam que você e seu parceiro usasse o preservativo (camisinha) durante as relações sexuais?”*.

#### **II) Questionário sociodemográfico**

Na parte final do questionário, foram solicitadas algumas informações acerca das características sociais e demográficas, com o objetivo de caracterizar a amostra estudada, com perguntas como idade, renda, religião, estado de relacionamento afetivo e uso de preservativo nas relações sexuais, tendo como opções de resposta “sempre”, “às vezes” ou “nunca”. Ademais, indagou-se quanto à utilização de pílula anticoncepcional, bem como de outro método contraceptivo (laqueadura, histerectomia, “tabelinha,” etc).

### *Procedimento*

Primeiramente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba e, após aceitação do (Parecer 712.812), iniciou-se a

coleta de dados. A responsável pela pesquisa abordou as participantes em locais públicos, bem como em uma instituição de ensino com cursos voltados à mulheres de baixa renda, apresentando-se como pesquisadora da área de psicologia. Após contato inicial, explicou-se a natureza e objetivos do estudo e, com a devida autorização da participante, deu-se início à entrevista, que teve como duração média 5 minutos.

### *Análise dos dados*

Inicialmente, as crenças foram agrupadas em categorias por similaridade de significados e, posteriormente, os dados foram tabulados utilizando o pacote estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Science)*, versão 18. Foram realizadas estatísticas descritivas, dentro as quais cálculos de frequência, afim de verificar as crenças mais emergidas nas entrevistas, bem como caracterizar a amostra (estado de relacionamento, uso de preservativo, uso de pílula, etc.). Além disso, realizou-se também o cálculo de média de idade das mulheres entrevistadas.

## **Resultados**

### *Crenças Comportamentais Modais Salientes das Vantagens do Uso do Preservativo*

Primeiramente, foi realizada análise de frequência das crenças comportamentais relatadas nas 35 entrevistas. Estas, por sua vez, foram separadas entre crenças das vantagens e das desvantagens do uso do preservativo. As crenças salientes acerca das vantagens podem ser visualizadas na Tabela 1. Dentro das crenças emergidas, quatro obtiveram frequência igual ou superior a 5, sendo consideradas, então, as crenças modais salientes das vantagens do uso de preservativo. A de maior frequência foi “evitar DST”, com frequência igual a 32, seguida de “evitar gravidez”, enunciada 24 vezes nas entrevistas.

Nota. <sup>1</sup> Obtidas em resposta à questão: “Quais serão, para você, as vantagens do parceiro usar o preservativo masculino

*Tabela 1. Crenças Comportamentais Modais Salientes relativas às vantagens do uso do preservativo masculino*

Item	Crenças modais salientes <sup>1</sup>	f	%
1	Evitar DST	32	42,1
2	Evitar gravidez	24	31,6
3	Segurança	07	9,2
4	Prevenção	05	6,2
5	Outras crenças idiossincráticas com frequência abaixo de 5	08	10,5
Total de crenças modais salientes emitidas <sup>2</sup>		68	89,5
Total de crenças emitidas		76	100

(camisinha) durante as relações sexuais?” (n = 35). <sup>2</sup> Corresponde a 89,5% do total das crenças enunciadas.

### *Crenças Comportamentais Modais Salientes das Desvantagens do Uso do Preservativo*

No que se refere às desvantagens do uso do preservativo, as crenças enunciadas nas entrevistas podem ser observadas na Tabela 2 abaixo. Observamos que a crença de maior frequência foi “incômodo”, correspondendo a 28,8% do total das crenças emitidas. Em segundo lugar, “pouco prazer” foi também uma das crenças emitidas pelas mulheres, referindo-se a 15,2% do total, seguida de “nenhuma”, com 15,2%, “parar para colocá-lo”, com 10,6%, e “homem não gosta”, com 7,6%.

Nota. <sup>1</sup> Obtidas em resposta à questão: “Quais serão, para você, as desvantagens do parceiro usar o preservativo masculino

*Tabela 2. Crenças Comportamentais Modais Salientes relativas às desvantagens do uso do preservativo masculino*

Item	Crenças modais salientes <sup>1</sup>	f	%
1	Incômodo	19	28,8
2	Pouco prazer	10	15,2
3	Nenhuma	09	15,2
4	Parar para coloca-lo	07	10,6
5	Homem não gosta	05	7,6
6	Outras crenças idiossincráticas com frequência abaixo de 5	17	22,6
Total de crenças modais salientes emitidas <sup>2</sup>		05	77,4
Total de crenças emitidas		66	100

(camisinha) durante as relações sexuais?” (n = 35). <sup>2</sup> Corresponde a 77,4% do total das crenças enunciadas.

### *Crenças Normativas Modais Salientes Favoráveis ao Uso do Preservativo*

No que diz respeito às crenças normativas, também chamados de referentes, quanto à favorabilidade ao uso do preservativo, como visto na Tabela 3, a “família”, incluindo pai, mãe e irmã, foi mais citada, correspondendo a 35,7% dos emitidos. Em segundo lugar, os “médicos”, com 17,9% do total.

*Tabela 3. Crenças Normativas Modais Salientes Favoráveis uso do preservativo masculino*

<b>Item</b>	<b>Crenças modais salientes<sup>1</sup></b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	Família (pai, mãe, irmã)	20	35,7
2	Médicos	10	17,9
3	Ninguém	7	12,5
4	Amigos	6	10,7
5	Outras crenças idiossincráticas com frequência abaixo de 5	13	23,2
Total de crenças modais salientes emitidas <sup>2</sup>		43	76,8
Total de crenças emitidas		56	100

*Nota.* <sup>1</sup> Obtidas em resposta à questão: “Quais pessoas importantes para você acham que você deveria usar preservativo nas relações sexuais com o seu parceiro?” ( $n = 35$ ). <sup>2</sup> Corresponde a 76,8 % do total das crenças enunciadas.

### *Crenças Normativas Modais Salientes Contrárias ao Uso do Preservativo*

Além disso, quando indagadas sobre as pessoas que não gostariam que elas e seus parceiros utilizassem preservativo masculino em suas relações, duas respostas tiveram porcentagem empatadas, “ninguém” e “parceiro”, ambas com 35,1% do total das crenças. Além dessas, “amigos” também apareceu como um dos referentes contrários ao uso do preservativo, como pode ser visto na Tabela 4.

*Tabela 4. Crenças Normativas Modais Salientes contrárias ao uso do preservativo*

<b>Item</b>	<b>Crenças modais salientes<sup>1</sup></b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	Ninguém	13	35,1
2	Parceiro	13	35,1
3	Amigos	05	13,5
5	Outras crenças idiossincráticas com frequência abaixo de 5	06	16,3
Total de crenças modais salientes emitidas <sup>2</sup>		31	83,7
Total de crenças emitidas		37	100

*Nota.* <sup>1</sup> Obtidas em resposta à questão: “Quais pessoas importantes para você acham que você não deveria usar preservativo nas relações sexuais com o seu parceiro?” ( $n = 35$ ). <sup>2</sup> Corresponde a 83,7 % do total das crenças enunciadas.

### *Frequência de Uso do Preservativo, Pílula Anticoncepcional e Outros Métodos Contraceptivos*

No que se refere à frequência do uso do preservativo pelos parceiros em suas relações sexuais, a maioria das mulheres participantes responderam “às vezes”. Outra grande parte delas afirmou “nunca” utilizar. No que tange ao uso da pílula anticoncepcional, a maioria (57,1%) declarou não fazer uso. Ambos resultados são descritos nas Tabelas 5 e 6.

*Tabela 5. Frequência de uso do preservativo*

	<b>Nunca</b>		<b>Às vezes</b>		<b>Sempre</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Uso do preservativo	13	37,1	14	40	08	22,9

*Tabela 6. Frequência de uso da pílula anticoncepcional*

	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Uso da pílula anticoncepcional	15	42,9	20	57,1

As mulheres que não fazem uso nem de pílula, nem de preservativo, em sua maioria, afirmam terem feito a cirurgia de laqueadura ou outros tipos de métodos contraceptivos, como a chamada “tabelinha” ou histerectomia.

*Tabela 7. Outros métodos contraceptivos*

<b>Método Contraceptivos</b>		<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
1	Laqueadura	7	20,0
2	Histerectomia	2	5,7
3	Tabelinha	2	5,7

## **Discussão**

Este primeiro estudo teve como principal objetivo conhecer as crenças modais salientes de mulheres de baixa renda, da cidade de João Pessoa, acerca do uso do preservativo masculino com os seus parceiros nas relações sexuais. Como objetivos específicos, buscou-se analisar as crenças comportamentais quanto às vantagens e desvantagens deste comportamento e as pessoas consideradas referentes para a realização ou não da ação. Buscou-se, também, avaliar a frequência do uso de preservativos destas mulheres durante as relações sexuais, bem como o de pílula anticoncepcional e os outros métodos contraceptivos utilizados.

Os resultados das crenças comportamentais acerca das vantagens do uso do preservativo evidenciam o conhecimento a respeito, ou seja, as mulheres entrevistadas demonstraram saber que, além do papel contraceptivo, a camisinha possui também a função de evitar doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, esta última vantagem teve maior frequência que a primeira. Neste sentido, fica evidente que as campanhas nacionais de incentivo à importância do uso da camisinha nas relações sexuais têm surtido efeito, proporcionando à população, mesmo aquela menos favorecida, como o da presente amostra, a compreensão do comportamento preventivo no ato sexual. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Alves e Brandão (2009), os quais afirmam que os indivíduos têm conhecimento da relação entre o sexo desprotegido e o risco de contrair DST's.

Sobre as desvantagens, muitas mulheres afirmaram sentir incômodo e pouco prazer quando o parceiro utiliza o preservativo. Estas crenças podem estar associadas à pouca lubrificação feminina que, mesmo atrelada àquela presente na camisinha, não parece ser suficiente para uma relação satisfatória. Dessa forma, a crença de que sexo com preservativo não proporciona prazer diminui a probabilidade do uso. Alguns pesquisadores têm encontrado em seus estudos que muitas

mulheres optam pela não utilização do preservativo por este irritar e machucar, sobretudo após um tempo considerável de uso continuado (Galvão et al., 2002; Melo et al., 2012).

É importante destacar a importância da inserção de outros recursos que aumentem o prazer feminino e possibilite uma relação segura, sem incômodo e falta de prazer, a exemplo do uso de lubrificantes ou a troca do preservativo quando este estiver seco (Melo et al., 2012). Estas são algumas estratégias que podem aumentar as chances da população fazer uso deste contraceptivo, mas, para isso, é importante também que os lubrificantes, por exemplo, estejam de fácil acesso à população.

Apesar disso, outras mulheres afirmaram ver nenhuma desvantagem no uso do preservativo. É preciso interpretar este resultado com certo cuidado, tendo em vista que pode ser consequência da desejabilidade social (Crownier & Marlowe, 1960). É possível que o viés da presença da pesquisadora no momento da aplicação, bem como o tema abordado, influencie as participantes a afirmarem não ver desvantagem do sexo protegido, mesmo que esta afirmativa não corresponda com a realidade.

As duas últimas crenças das desvantagens de maior frequência foram a inconveniência de parar a relação para o parceiro pôr o preservativo e o fato de que, para elas, os homens não gostam de usá-lo, o que corrobora estudos anteriores (Anjos et al., 2012; Sousa et al., 2008; Vieira et al., 2004; Silva, 2002). Neste sentido, pode-se perceber que um dos pontos negativos do uso do preservativo, sob o ponto de vista das mulheres, é o risco de desagradar o companheiro, evidenciando o papel das relações de gênero na tomada de decisão.

No que se refere às crenças normativas, ou seja, os referentes considerados pelas participantes, o grupo mais citado como sendo a favor de que elas utilizem o preservativo foi a família, o que demonstra que na percepção delas, os entes mais próximos, sobretudo as mães,

preocupam-se mais com a prática do sexo seguro. Como afirmam Oliveira et al. (2004), a família pode se tornar um fio condutor na conscientização e prática do sexo seguro, diminuindo significativamente os casos de infecção pelo HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis. Outro grupo bastante mencionado foram os médicos, demonstrando haver consciência de que estes profissionais recomendam o uso do preservativo como método de prevenção de gravidez e DST'S. Por fim, os amigos também foram citados, evidenciando a possibilidade da existência de pessoas próximas que discutem a importância da prática do sexo seguro com elas. Alguns estudos têm sugerido que estes são as pessoas mais relatadas como fonte de informação de sexualidade pelos adolescentes (Alves & Brandão, 2009; Camargo & Botelho, 2007; Pereira & Costa, 2010). Parece, então, que além dos jovens, adultos também buscam ou discutem informações e opiniões acerca da sexualidade e do sexo com prevenção, ainda que em proporção menor.

Não obstante, as entrevistadas também citaram os amigos como referentes contrários ao uso do preservativo, sugerindo que o ciclo social destas mulheres é constituído por pessoas a favor e contra o uso contínuo do preservativo, resultado também encontrado por Oliveira et al. (2009), mais uma vez em estudo com jovens. Ademais, além dos amigos, as respondentes avaliaram como referentes negativos os próprios parceiros, sendo considerado um dos resultados mais preocupantes do estudo. Uma vez que os namorados ou cônjuges das mulheres demonstram resistência ao uso do preservativo, menor a possibilidade de negociação elas possuem e, conseqüentemente, maior situação de vulnerabilidade ela se encontra, como demonstram pesquisas anteriores (Madureira & Trentini, 2008; Maia et al., 2008). Por fim, com mesmo percentual deste último, parte da amostra declarou que ninguém gostaria que elas não utilizassem preservativo. Apesar de ser um dado bastante interessante, é necessário cuidado ao interpretá-lo, pois, da mesma maneira que pode ser um dado real, é possível também que ocorra em detrimento do viés da

presença da pesquisadora no momento da entrevista, influenciando algumas mulheres a emitirem tal resposta por esperarem que esta seja a mais correta. Por outro lado, também há a possibilidade de corresponder à realidade, significando que, para estas mulheres, a decisão de não fazer sexo protegido diz respeito unicamente a ela e ao parceiro.

No que diz respeito ao uso do preservativo, a frequência variou entre às vezes ou nunca, indicando a baixa prática de sexo seguro. Das trinta e cinco mulheres entrevistadas, apenas oito declaravam utilizar preservativo nas relações sexuais. Pereira e Costa (2010), em estudo com jovens do ensino médio, relatam que entre homens e mulheres, quase metade das meninas declararam sempre utilizar o preservativo. Apesar destes resultados, estes mesmos autores constatam que, dos quatorze jovens em relacionamentos estáveis, onze nunca praticam sexo com prevenção, evidenciando a vulnerabilidade das meninas entrevistadas e companheiras dos meninos, além, é claro, dos próprios rapazes.

Quanto ao uso da pílula anticoncepcional, mais da metade das mulheres entrevistadas afirmaram não utilizar. Das mulheres que afirmaram não usar nem preservativo, nem pílula, sete indicaram que o método contraceptivo utilizado por elas foi o procedimento de laqueadura. Tendo em vista que a média de idade da amostra foi 33,6 anos, pode-se perceber que esta é uma alternativa utilizada com certa frequência por mulheres em idade fértil, possivelmente a partir do momento em que não querem ter mais filhos. Neste sentido, uma vez impossibilitada de engravidar, a mulher reduz ou cancela o uso do preservativo, o que denota ainda a vinculação do uso do preservativo apenas como um método contraceptivo, esquecendo-se da importância para a prevenção de DST's. Nicolau et al. (2011), em estudo do perfil de mulheres laqueadas, identificou que das 88 mulheres questionadas sobre o uso do preservativo com seus parceiros, apenas 20 declaram a prática do sexo seguro.

Uma vez conhecendo as crenças comportamentais modais salientes e as crenças normativas, sugere-se a construção de um instrumento objetivo para avaliar as variáveis da intenção comportamental para o uso do preservativo: atitude (direta e indireta), norma subjetiva e controle percebido. Para tal, realizou-se o Estudo 2 descrito a seguir.

## **ESTUDO 2. AVALIAÇÃO DE INTENÇÃO DE USO DO PRESERVATIVO E SUA RELAÇÃO COM O LÓCUS DE CONTROLE**

---

### *Objetivos geral e específicos*

O objetivo principal deste Estudo foi investigar a intenção comportamental de mulheres de baixa renda, da cidade de João Pessoa, quanto ao uso do preservativo. Como objetivos específicos, pretendeu-se: (1) verificar o poder discriminativo dos itens do instrumento proposto (2) analisar as médias das crenças comportamentais, normativas e de controle (3) identificar quais das variáveis (atitude direta, norma subjetiva, controle percebido, atitude indireta) melhor explicam a intenção de uso do preservativo (4) comparar as medidas de atitude direta, indireta, norma subjetiva e controle percebido entre os grupos de intenção negativa e positiva (5) avaliar a associação entre uso de preservativo das mulheres pessoenses e as variáveis sociodemográficas idade e estado civil; (6) verificar a associação entre uso de pílula anticoncepcional e uso de preservativo; (7) analisar a influência da variável *locus* de controle na intenção do uso do preservativo.

### **Método**

#### *Delineamento e Hipóteses*

O presente estudo correspondeu a um estudo de caráter correlacional. As seguintes hipóteses foram elaboradas.

- *Hipótese 1:* A intenção comportamental para o uso do preservativo será melhor explicada pela atitude, do que pelo controle percebido e norma subjetiva.

- *Hipótese 2:* As crenças comportamentais de melhor avaliação serão aquelas relacionadas à prevenção.
- *Hipótese 3:* Mulheres que usam pílula anticoncepcional apresentarão menor uso do preservativo.
- *Hipótese 4:* Quanto maior a idade, menor o uso do preservativo.
- *Hipótese 5:* Mulheres casadas apresentarão menor uso de preservativo.
- *Hipótese 6:* Mulheres com intenção positiva terão maior percepção de controle e atitude favorável ao uso do preservativo do que as com intenção negativa.
- *Hipótese 7:* A variável “*locus* de controle” moderará a relação entre as variáveis atitude, norma subjetiva e controle percebido e a intenção comportamental.

### *Participantes*

Contou-se com uma amostra de conveniência (não probabilística), composta por mulheres estudantes de cursos profissionalizantes, técnicos e superior, de escolas privadas e públicas da cidade de João Pessoa. A escolha dessa população se deu pelo fato do perfil do alunado dessas instituições satisfazer o público alvo da presente pesquisa (baixa renda – até três salários mínimos) e por possuir um nível de escolaridade suficiente para entendimento do questionário (mínimo com ensino médio incompleto). Inicialmente, o instrumento da presente pesquisa fora aplicado em um total de 289 mulheres. Não obstante, seguindo o critério de exclusão (ter renda superior a três salários mínimos), eliminou-se 45 participantes, totalizando para a análise um número de 244 respondentes. Destas, 9,4% declarou nunca ter tido relações sexuais, sendo estas desconsideradas apenas naquelas análises em que esta variável se faz importante (relação entre uso de pílula e de preservativo, etc.). Tendo em vista que se trata de um estudo com o objetivo de avaliar a intenção

comportamental para o uso de preservativo, e seus correlatos, nas demais análises elas foram consideradas.

A amostra apresenta perfil com média de idade de 27,55 anos ( $DP = 7,10$ , variando de 20 a 51 anos), sendo a maioria com Ensino Superior Incompleto (63,9%), de religião católica (57,4%), solteira (41,4%). No que se refere à prática do sexo seguro, a maioria declarou não utilizar pílula anticoncepcional (51,6%) e fazer uso da pílula “às vezes” (51,6%).

### *Instrumentos*

As participantes foram requisitadas a responder a um conjunto de instrumentos (Anexo II), todos de autorrelato, descritos a seguir.

*Escala Multidimensional de Locus de Controle de Levenson:* Este instrumento foi desenvolvido por Levenson (1974), em contexto norte-americano, e adaptado para o Brasil por Dela-Coleta (1987). Possuindo 24 itens, a escala se propõe a avaliar o grau em que o sujeito sente ter controle sobre o que acontece em sua vida, possuindo três fatores: (I) internalidade, o grau em que o sujeito acredita que mantém controle sobre sua vida; (P) externalidade-outros poderosos, percepção de que este controle estaria nas mãos de pessoas poderosas; e (C) opinião de ser controlado pelo acaso, sorte ou destino. No estudo de validação, o presente instrumento apresentou alfa de Cronbach igual a 0,50, porém, na presente pesquisa, o índice de consistência interna neste instrumento foi 0,75. O instrumento adaptado para o contexto brasileiro possui escala de resposta variando de 5 (concordo totalmente) a 1 (discordo totalmente), porém para a presente pesquisa, decidiu-se invertê-la, transformando a escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), visando facilitar a compreensão da população.

*Escala Intenção de Uso do Preservativo:* Instrumento proposto pelo presente estudo, construído a partir das crenças salientes apresentadas no *Estudo 1*. Possuindo 30 itens, o questionário se propõe a avaliar a intenção comportamental de mulheres para o uso do preservativo masculino, pelos parceiros, em suas relações sexuais, com afirmativas que abarcam as três dimensões propostas por Fishbein e Ajzen (1980), atitude (oito crenças comportamentais e oito avaliações destas crenças), norma subjetiva (quatro referentes e quatro motivações para responder aos referentes) e controle percebido (uma percepção de controle e avaliação do controle). Ademais, também foram inseridas afirmativas que correspondem à atitude direta frente o uso de preservativo (três) e intenção de uso de preservativo (uma).

*Questionário Sóciodemográfico:* Com a finalidade de caracterizar a amostra contou-se com algumas questões acerca do nível de escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, decisão do uso do preservativo (da mulher e/ou do parceiro), acesso ao preservativo e opinião da qualidade do mesmo. Para atingir os objetivos específicos, o presente questionário também foi composto por questões como frequência do uso de preservativo e da pílula anticoncepcional.

### *Procedimento*

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sendo aceito (Parecer 712.812). Posteriormente, a pesquisadora, e colaboradoras devidamente treinadas, entraram em contato com os responsáveis pelas escolas de Ensino Técnico, Médio e Superior, da cidade de João Pessoa, com o objetivo de obter autorização para a aplicação dos questionários em mulheres de turmas das respectivas escolas. Após a autorização dos responsáveis de nove (9) instituições, iniciou-se o processo de aplicação do instrumento de pesquisa.

O questionário foi aplicado de forma coletiva, onde a pesquisadora responsável explicou breve e superficialmente os objetivos, afirmando sobre a participação voluntária e anônima das respondentes, não existindo respostas certas e erradas, enfatizando a importância de se responder ao questionário da forma mais sincera possível. Além disso, foi explicado as instruções de cada escala do instrumento, focando-se principalmente no total entendimento da escala de resposta.

### *Análise de Dados*

Para a tabulação e as análises de dados, utilizou-se o (SPSS) (*Statistical Package for the Social Science*, versão 18). Neste pacote, foram realizadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central, de dispersão e frequência, chi-quadrado), bivariadas (correlação e teste *t* de *Student*) e multivariada (regressão linear múltipla).

## **Resultados**

Inicialmente, realizaram-se análises descritivas, a fim de caracterizar a amostra, com variáveis sociodemográficas e aquelas a respeito da prática do sexo seguro, como exposto na Tabela 8. Como algumas destas mulheres afirmaram não terem iniciado a vida sexual, há presença de casos *missings* como, por exemplo, nas questões relacionadas ao uso de pílula, preservativo, opinião sobre a qualidade dos mesmos, etc. Não obstante, dentre aquelas que responderam, a frequência de tais variáveis são descritas na tabela a seguir.

*Tabela 8. Frequência das variáveis sociodemográficas*

Variáveis	F	%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	3	1,2
Fundamental Completo	3	1,2
Médio Incompleto	9	3,7
Médio Completo	22	9,0
Técnico Incompleto	30	12,3

Superior Incompleto	156	63,9
Superior Completo	21	8,6
<b>Renda</b>		
Até 1 salário mínimo	48	19,7
Entre 1 e 3 salários mínimos	196	80,3
<b>Religião</b>		
Católica	140	57,4
Evangélica	75	30,7
Espírita	8	3,3
Nenhuma	14	5,7
Outros	7	2,9
<b>Estado de Relacionamento</b>		
Solteira	101	41,4
Namorando	57	23,4
Casada	86	35,2
<b>Uso de preservativo*</b>		
Nunca	33	13,5
Às vezes	108	44,3
Sempre	82	33,6
<b>Decisão (usar preservativo)*</b>		
Eu	46	18,9
Parceiro	12	4,9
Casal	161	66,0
<b>Uso de anticoncepcional*</b>		
Sim	97	39,8
Não	126	51,6
<b>Outro método*</b>		
Coito interrompido	25	10,2
Tabelinha	11	4,5
DIU	2	0,8
Laqueadura	18	7,4
Nenhuma	78	32,0
<b>Acesso*</b>		
Posto de Saúde	58	23,8
Hospital	1	0,4
Hemocentro	1	0,4
Farmácia	152	62,3
Outro	7	2,9
<b>Uso preserv. Farmácia*</b>		
Sim	206	84,4
Não	14	5,7
<b>Gosta preserv. Farmácia*</b>		
Sim	184	75,4
Não	13	5,3

<b>Uso preserv. Posto de Saúde*</b>		
Sim	150	61,5
Não	69	28,3
<b>Gosta preserv. Posto de Saúde*</b>		
Sim	124	50,8
Não	46	18,9
<b>Por que não gosta (preservativo gratuito)*</b>		
Pouca lubrificação	18	7,7
Material ruim	9	3,0
Cheiro ruim	4	1,6
<b>Por que não gosta* (preservativo de farmácia)</b>		
Incômodo	4	1,6
É diferente	3	1,2
<b>Maior dificuldade para utilizar preservativo*</b>		
Incômodo	32	13,1
Parceiro	20	8,2
Falta de prazer	16	6,6

\*presença de casos *missings*

#### *Poder discriminativo dos itens*

O primeiro objetivo específico foi analisar o poder discriminativo dos itens propostos no instrumento da presente pesquisa. Como a TAP sugere, para a verificação da validade dos itens é importante que seja realizada a análise do poder discriminativo destes, calculando, através do Teste *t* de *Student*, a média de cada item para os grupos critérios, ou seja, aqueles com Intenção positiva (I+) e Intenção Negativa (I-) para o uso de preservativo. O primeiro grupo foi composto pelas respondentes que obtiveram escore acima da mediana no item Intenção; o segundo grupo formou-se por aquelas com escore abaixo da mediana neste mesmo item. Uma vez estipulados os grupos de I+ e I-, realizou-se a análise de comparação de média de todos os itens para os dois grupo, afim de verificar itens que não apresentem diferenças significativas entre mulheres de intenção positiva e negativa.

Os primeiros itens a serem avaliados quanto ao seu poder discriminativo foram os três da medida direta de atitude, os quais podem ser vistos na tabela 9.

*Tabela 9.* Comparação de médias dos itens de Atitude Direta entre os grupos I+ e I-

<b>Atitude Direta (Itens)</b>	<b>I+</b>	<b>I-</b>	<b>t</b>
1	3,95	2,94	t (242) = 5,73*
2	4,42	3,98	t (242) = 2,97**
3	3,42	2,38	t (242) = 5,94*

\*p<0,001; \*\*p<0,05

Os resultados demonstram que os itens da atitude direta frente ao uso do preservativo obtiveram poder discriminativo para os grupos de mulheres de intenção positiva e negativa, tendo o primeiro obtido maior média e, conseqüentemente, melhor avaliação sobre a prática do sexo seguro, em todos os itens.

No que se refere à variável atitude, cada crença comportamental foi multiplicada à sua avaliação e, posteriormente, como proposto pela TAP. Posteriormente, realizou-se a análise de teste *t* de *Student* para grupos independentes em todas crenças entre os grupos de I+ e I-. Os resultados são descritos na tabela 10.

*Tabela 10.* Comparação de médias dos itens de Atitude Indireta entre os grupos de I+ e I-

<b>Atitude Indireta (Itens)</b>	<b>I+</b>	<b>I-</b>	<b>t</b>
Crença 1 (CC <sub>1</sub> xAC <sub>1</sub> )	11,80	11,06	t (242) = 1,93**
Crença 2 (CC <sub>2</sub> xAC <sub>2</sub> )	4,31	4,78	t (242) = 1,35
Crença 3 (CC <sub>3</sub> xAC <sub>3</sub> )	11,42	10,60	t (242) = 2,08**
Crença 4 (CC <sub>4</sub> xAC <sub>4</sub> )	4,53	5,49	t (242) = 2,50**
Crença 5 (CC <sub>4</sub> xAC <sub>5</sub> )	11,48	10,31	t (242) = 2,92**
Crença 6 (CC <sub>6</sub> xAC <sub>6</sub> )	4,43	5,37	t (242) = 2,43**
Crença 7 (CC <sub>7</sub> xAC <sub>7</sub> )	11,85	10,85	t (242) = 2,92**
Crença 8 (CC <sub>8</sub> xAC <sub>8</sub> )	6,43	7,14	t (242) = 1,54

\*p<0,05

Observa-se que as crenças 2 e 8 não demonstraram diferenças significativas entre os grupos de intenção. Neste sentido, recomenda-se excluir estes itens da variável Atitude Indireta, pois não obtiveram poder de discriminação entre tais grupos.

No que concerne à variável Norma Subjetiva, cada crença normativa (referente) também foi multiplicado pela sua respectiva motivação para concordá-la. Da mesma forma, foi realizada a análise do teste *t* de *Student*, com seus resultados apresentados na Tabela 11.

*Tabela 11.* Comparação de médias dos itens de Norma Subjetiva entre os grupos de I+ e I-

<b>Norma Subjetiva (Itens)</b>	<b>I+</b>	<b>I-</b>	<b><i>t</i></b>
Crença 1 (CN <sub>1</sub> xMC <sub>1</sub> )	7,56	5,03	<i>t</i> (242) = 5,21*
Crença 2 (CN <sub>2</sub> xMC <sub>2</sub> )	6,03	3,25	<i>t</i> (242) = 7,01*
Crença 3 (CN <sub>3</sub> xMC <sub>3</sub> )	5,05	3,39	<i>t</i> (242) = 4,34*
Crença 4 (CN <sub>4</sub> xMC <sub>4</sub> )	9,16	6,76	<i>t</i> (242) = 5,38*

\**p*<0,001

Percebe-se que todas os itens das crenças normativas obtiveram poder discriminativo entre os grupos, demonstrando diferenças significativas das médias entre aquelas mulheres de intenção positiva e as de intenção negativa quanto à importância dada aos referentes. Neste sentido, não houve necessidade de excluir nenhum item proposto para esta variável.

Com relação ao Controle Percebido, devido à existência de apenas dois itens, foi realizado o produto da percepção de controle para o uso de preservativo com sua respectiva crença de controle. Após comparação de médias com o teste *t* de *Student*, obteve-se os seguintes resultados.

*Tabela 12.* Comparação de médias do item de Controle Percebido entre os grupos de I+ e I-

<b>Controle Percebido (Item)</b>	<b>I+</b>	<b>I-</b>	<b><i>t</i></b>
Controle (PCxCC)	10,51	5,51	<i>t</i> (242) = 11,72*

\**p*<0,001

Os resultados demonstram que o item único de controle percebido claramente diferenciou os grupos de mulheres com intenções positivas e negativas, tendo o primeiro grupo apresentado maior média de controle e este dado ser estatisticamente significativo, indicando que este item é capaz de diferenciar grupos de intenção.

De acordo com os resultados expostos nas tabelas acima, pode-se afirmar que apenas dois itens, referentes à medida de atitude indireta propostos no instrumento deste estudo, não exerceram

efeito. Os demais apresentaram poder discriminativo e diferenciaram os grupos critérios, compondo um instrumento com itens válidos para a amostra em questão.

*Análises descritivas das crenças (comportamentais, normativas e de controle)*

Como propõe a TAP, para alcançar o segundo objetivo específico, verificar as médias das crenças comportamentais, normativas e de controle, os itens do instrumento foram analisados quanto à média de escore. A atitude direta foi composta pelos três primeiros itens da escala, os quais dizem respeito à avaliação do uso do preservativo, através de escalas crescentes, como descritos na Tabela abaixo.

*Tabela 13. Médias de escores dos Itens da Atitude Direta*

<b>Itens</b>	<b>N</b>	<b>“O uso de camisinha pelo meu parceiro em todas relações sexuais é:”</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
1	244	(1) Totalmente ruim à (5) Totalmente bom	3,68	1,29
2	244	(1) Totalmente inútil à (5) Totalmente útil	<b>4,30</b>	1,02
3	244	(1) Totalmente desagradável à (5) Totalmente agradável	3,15	1,29

Como se pode observar, o item da medida direta de atitude que obteve maior média foi o segundo, o qual diz respeito à utilidade do uso do preservativo ( $M = 4,30$ ,  $DP = 1,29$ ). O que apresentou menor escore foi o terceiro item ( $M = 3,15$ ,  $DP = 1,29$ ), referente à avaliação do quanto agradável é a prática do sexo protegido.

A medida indireta da atitude foi composta, inicialmente, por oito crenças e suas respectivas avaliações. Porém, como apresentado no tópico anterior, duas delas não obtiveram poder discriminativo (itens 5 e 11) e foram excluídas desta análise, bem como os itens de suas avaliações (itens 13 e 19). Neste sentido, a análise da média dos itens da atitude indireta foi composta por seis itens relacionados às consequências do uso do preservativo (item 4, 6, 7, 8, 9, 10), e pelas

avaliações. (itens 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Estas seis crenças e suas avaliações são descritas na tabela 14. Elas foram respondidas a partir da escala de “totalmente improvável” a “totalmente provável”, e suas avaliações de “totalmente ruim” a “totalmente bom”.

Tabela 14. Médias de escores dos itens de Atitude Indireta

Itens	N	Crenças Comportamentais	Média	DP
4	244	Fará com que eu evite vários tipos de doença.	4,76	0,72
6	244	Fará com que eu evite uma gravidez indesejada.	4,68	0,80
7	244	Tornará a relação pouco prazerosa.	2,89	1,20
8	244	Fará com que eu e meu parceiro tenhamos mais segurança.	4,64	0,95
9	244	Trará o incômodo de interromper a relação para coloca-la.	2,81	1,18
<b>10</b>	<b>244</b>	<b>Possibilitará que eu e meu parceiro nos prevenamos de DST's.</b>	<b>4,77</b>	<b>0,73</b>
Avaliação das Crenças Comportamentais				
<b>12</b>	<b>244</b>	<b>Evitar vários tipos de doença quando meu parceiro usa camisinha.</b>	<b>4,85</b>	<b>0,60</b>
14	244	Evitar uma gravidez indesejada por causa da camisinha.	4,75	0,76
15	244	Tornar a relação pouco prazerosa por causa da camisinha.	3,31	1,12
16	244	Sentirmos mais segurança ao usar camisinha.	4,77	0,62
17	244	Ter o incômodo de interromper a relação para coloca-la.	3,32	1,12
18	244	Nos prevenir de DST's por causa da camisinha.	4,84	0,60

No que se refere às crenças comportamentais, a que obteve maior média e, por consequência, avaliação de maior probabilidade de ocorrer foi o item 10 ( $M = 4,77$ ,  $DP = 0,73$ ), relacionada à prevenção de DST's. A afirmativa de menor média e, portanto, percepção de menor probabilidade de acontecer foi o item 9 ( $M = 2,81$ ,  $DP = 1,18$ ), referente ao incômodo da utilização do preservativo durante o sexo. No que tange à avaliação destas crenças, o item 12, relacionado à prevenção de doenças, demonstrou maior média ( $M = 4,85$ ,  $DP = 0,60$ ) e, assim, a considerada com maior possibilidade de acontecer. Não obstante, o item 15, sobre o incômodo da presença da camisinha, obteve menor escore ( $M = 3,31$ ,  $DP = 1,12$ ).

Para a medida direta das Normas Subjetivas, construiu-se quatro itens contendo os principais referentes para o uso do preservativo (itens 20 à 23) e quatro itens de motivação para

concordar com tais referentes (itens 24 à 27). Todos estes itens foram respondidos através da escala de “totalmente improvável” à “totalmente provável”.

*Tabela 15. Médias de escores dos itens das Normas Subjetivas*

<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>Crenças Normativas (Referentes)</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
20	244	Minha família acha que eu e meu parceiro devemos utilizar camisinha todas as vezes que tivermos relações sexuais.	4,14	1,23
21	244	Meu parceiro acha que devemos utilizar camisinha durante todas as relações sexuais que tivermos.	3,55	1,45
22	244	Meus amigos acham que eu e meu parceiro devemos utilizar camisinha nas nossas relações sexuais.	3,66	1,40
<b>23</b>	<b>244</b>	<b>Meu médico acha que eu e meu parceiro devemos utilizar camisinha nas nossas relações sexuais.</b>	<b>4,43</b>	<b>0,99</b>
<b>Motivação para concordar com os referentes</b>				
24	244	Na maioria das vezes, eu costumo fazer aquilo que a minha família acha que devo fazer.	3,27	1,30
25	244	Em geral, costumo aceitar o que o meu parceiro pensa que devo fazer.	2,93	1,26
26	244	Na maioria das vezes, eu costumo concordar com aquilo que os meus amigos acham que devo fazer.	2,48	1,19
<b>27</b>	<b>244</b>	<b>Em geral, costumo fazer aquilo que o meu médico pensa que devo fazer.</b>	<b>3,84</b>	<b>1,13</b>

Pode-se constatar que dentre os referentes, o item 23 (médico) apresentou maior escore ( $M = 4,43$ ,  $DP = 0,99$ ) e o item 21 (parceiro) o menor ( $M = 3,55$ ,  $DP = 1,45$ ), tendo o primeiro, na perspectiva das mulheres, maior probabilidade de indicar o uso do preservativo e o segundo, menor. No que se refere à motivação para concordar com estes referentes, o item 28 (médico) apresentou maior média ( $M = 3,84$ ,  $DP = 1,13$ ), indicando que este é o grupo de maior probabilidade das respondentes se motivarem a concordar com ele. Por outro lado, o item 27 (amigos) obteve menor escore ( $M = 2,48$ ,  $DP = 1,19$ ), sendo estes considerados o de menos influência com relação à prática do sexo protegido.

No que se refere ao Controle Percebido, seguindo o recomendado pela teoria, foram construídos dois itens (itens 28 e 29), os quais dizem respeito à percepção de controle para que o parceiro utilize o preservativo e a avaliação deste controle, respectivamente. O primeiro item foi

respondido em uma escala de “improvável” à “provável”, e o segundo de “totalmente ruim” à “totalmente bom”.

*Tabela 16. Médias de escores dos itens de Controle Percebido*

<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>Percepção e Avaliação de Controle</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
28	244	Eu tenho condições suficientes para fazer com que o meu parceiro use camisinha nas nossas relações sexuais.	4,25	1,12
29	244	Fazer com que o meu parceiro use camisinha nas nossas relações sexuais é...	4,17	1,14

Por fim, no que concerne à variável Intenção, também de acordo com a teoria utilizada, construiu-se um único item, avaliado através da escala de resposta de “totalmente improvável” à “totalmente provável”.

*Tabela 17. Média de escore do item de Intenção*

<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>Intenção</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
30	244	Sempre que tivermos relações sexuais, farei com que eu e meu parceiro usemos camisinha.	3,98	1,18

Posteriormente, todas as crenças supracitadas foram multiplicadas por suas respectivas avaliações (comportamentais), motivações (normativas) ou percepção de controle (controle percebido), formando seis crenças comportamentais finais, quatro crenças normativas e uma de controle. A variável Intenção foi composta também por um único item.

#### *Variáveis explicativas da Intenção de Uso do preservativo*

O terceiro objetivo específico no presente estudo foi avaliar quais das variáveis da intenção comportamental melhor explicam a intenção para o uso do preservativo. Somou-se todas as três primeiras crenças para compor a atitude direta, as seis crenças comportamentais finais para formar a atitude indireta e as quatro crenças normativas finais para formar a norma subjetiva. A variável controle percebido foi constituída de apenas um único item, como propõe a TAP. Neste sentido, após o somatório dos itens para constituir as quatro variáveis, como recomendado por Azjen

(2002), realizou-se análise de Regressão, a fim de verificar quais destas melhor explicam a intenção do uso de preservativo.

Antes de realizar a análise de regressão, fez-se uso da correlação  $r$  de Pearson, a fim de verificar se as variáveis possuíam relacionamento significativo entre elas. As análises demonstraram correlações estatisticamente significativa entre atitude direta, norma subjetiva e controle percebido com a intenção de uso do preservativo, como pode ser vista na tabela a seguir.

*Tabela 18. Correlação entre as variáveis da intenção e Intenção de Uso do Preservativo*

	Atitude Direta	Atitude Indireta	Norma Subjetiva	Controle Percebido
<b>Intenção</b>	<b>0,47**</b>	0,08	<b>0,51**</b>	<b>0,62**</b>

\* $p < 0,001$

A intenção comportamental obteve correlações moderadas e estatisticamente significativas com atitude direta ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,001$ ), norma subjetiva ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,001$ ) e controle percebido ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ). Porém, com a variável atitude indireta não houve correlação.

Uma vez havendo correlações significativas entre as três variáveis e a intenção para o uso do preservativo, optou-se por realizar uma análise de Regressão, a fim de verificar qual das três tem maior poder preditivo para a intenção. Para isto, foi utilizada a Regressão Múltipla Stepwise. Na análise de regressão, observa-se que o índice (R) indica o grau de correlação existente entre as variáveis predictoras e o *peso* (Beta estandarizado) para cada variável antecedente na predição.

*Tabela 19. Variáveis explicativas para a intenção de uso do preservativo.*

Variáveis	R	R <sup>2</sup>	F	Sig (F)	Beta ( $\beta$ )	t	p
Controle Percebido	0,623	0,388	F (1, 242) = 153,57	0,001	0,435	7,808	0,000
Norma Subjetiva	0,685	0,469	F(2, 241) = 106,53	0,001	0,296	5,848	0,000
Atitude Direta	0,697	0,486	F(3, 240) = 75,58	0,001	0,148	2,780	0,006

De acordo com estes resultados, observa-se que as três variáveis – Controle Percebido, Norma Subjetiva e Atitude Direta – explicaram conjuntamente 48% da variância da intenção do uso de preservativo. A variável Controle Percebido ( $\beta = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ) foi a principal responsável pela explicação da variância da intenção de uso do preservativo (39%), seguida da dimensão Norma Subjetiva explicando 8% ( $\beta = 0,30$ ,  $p < 0,01$ ). A Atitude Direta ( $\beta = 0,15$ ,  $p < 0,01$ ) obteve nível de significância bom, porém com baixo poder de explicação (2%). A Atitude Indireta não entrou na equação de regressão para explicação da intenção de uso do preservativo.

*Comparação das atitudes direta e indireta, norma subjetiva e controle percebido entre os grupos de intenção positiva e negativa de usar preservativo*

Para atingir o quarto objetivo específico, comparar as medidas de atitude direta, indireta, norma subjetiva e controle percebido entre os grupos de intenção negativa e positiva, realizou-se análise de teste *t* de *Student*, a fim de verificar diferenças de média. Os resultados são descritos na tabela 20.

*Tabela 20.* Comparação das variáveis de intenção entre os grupos de intenção positiva e negativa

	Intenção Positiva (N =180)		Intenção Negativa (N=64)		t
	M	DP	M	DP	
Atitude Direta	3,92	0,83	3,09	0,85	<b>-6,69**</b>
Atitude Indireta	7,93	1,23	7,67	1,65	-1,15
Norma Subjetiva	6,95	2,26	4,61	2,08	<b>-7,26**</b>
Controle Percebido	10,51	2,80	5,51	3,65	<b>-9,95**</b>

Nota: \*\*p < 0,001

Pode-se observar que, com exceção da variável atitude indireta, em todas as outras variáveis da intenção de uso do preservativo o grupo de mulheres com intenção positiva obteve diferença estatisticamente significativa. A variável que demonstrou maior diferença foi o controle percebido [ $t(90) = -9,95$ ;  $p < 0,001$ ], onde o grupo de intenção positiva ( $M = 10,51$ ;  $DP = 2,80$ ) obteve maior média do que o grupo de intenção negativa ( $M = 5,51$ ;  $DP = 3,65$ ).

#### *Associação entre uso de preservativo com faixa etária e estado civil*

No que se refere ao quinto objetivo específico, avaliar a relação entre uso de preservativo com as variáveis faixa etária e estado civil, realizou-se uma análise de associação qui-quadrado. A faixa etária foi dividida em dois grupos (de 20 a 35 anos, e de 36 a 50 anos). Já para a variável estado civil, categorizou-se em três grupos (solteira, namorando e casada). Os resultados podem ser vistos na Tabela 21.

*Tabela 21. Associação entre uso do preservativo e faixa etária e estado civil.*

Variáveis	Uso do preservativo						$X^2$ (gl)	p
	Nunca		Às vezes		Sempre			
	F	%	F	%	F	%		
<b>Faixa etária</b>								
Entre 20 e 35 anos	19	11,1	83	<b>48,5</b>	69	40,4	9,29 (2)	0,01
Entre 36 e 50 anos	14	26,9	25	<b>48,1</b>	13	25,0		
<b>Estado Relacionamento</b>								
Solteira	5	6,5	35	45,5	37	<b>48,1</b>	16,18 (6)	0,01
Namorando	7	13,5	24	<b>46,2</b>	21	40,4		
Casada	20	23,3	46	<b>53,5</b>	20	23,3		

Os dados acima apresentados indicam que, no que se refere à associação entre faixa etária e uso de preservativo, tanto o grupo de mulheres com idade entre 20 e 35 anos quanto o grupo com 36 à 50 anos, a maioria afirmou fazer sexo protegido “às vezes”. Ademais, com relação à “nunca”

utilizar preservativo, a segunda faixa etária indicou porcentagem maior do que a primeira. No que tange ao estado de relacionamento, a maioria das solteiras afirmaram que “sempre” praticam sexo seguro, ao passo que as que namoram e são casadas declaram “às vezes”. As que mais afirmaram “nunca” utilizar preservativo foram as casadas.

#### *Associação entre uso de pílula anticoncepcional e uso de preservativo*

No que tange ao sexto objetivo específico, com o intuito de averiguar se o uso de pílula anticoncepcional interfere na prática do sexo seguro, realizou-se uma análise de associação qui-quadrado.

*Tabela 22. Associação entre uso de pílula anticoncepcional e preservativo*

Uso de Pílula	Nunca		Usa preservativo Às vezes		Sempre		X <sup>2</sup> (gl)	p
	F	%	F	%	F	%		
Sim	13	13,4	62	<b>63,9</b>	22	22,7	17,9 (2)	0,001
Não	20	15,9	46	36,5	60	<b>47,6</b>		

A partir dos dados expostos na Tabela 18, observa-se que a maioria das mulheres que declarou fazer uso da pílula anticoncepcional afirmou a prática do sexo seguro “às vezes”. Por outro lado, a maioria das mulheres que não usam pílula relata que faz uso do preservativo “sempre”.

#### *Relação entre locus de controle e as variáveis da intenção do uso do preservativo*

O sétimo objetivo específico foi analisar a influência da variável *locus* de controle na intenção do uso do preservativo. Para tal, realizou-se análise de correlação entre as variáveis do locus de controle e a intenção comportamental.

Tabela 23. Correlação entre as variáveis do locus de controle e as variáveis da Intenção

	<b>Atitude Direta</b>	<b>Atitude Indireta</b>	<b>Norma Subjetiva</b>	<b>Controle Percebido</b>
<b>Externalidade (OP)</b>	0,05	-0,12	<b>0,14*</b>	-0,05
<b>Externalidade (A)</b>	0,06	0,04	<b>0,13*</b>	0,08
<b>Internalidade</b>	0,12	0,10	0,01	0,07

\* $p < 0,05$

Não foram observadas correlações consideráveis entre as três dimensões de locus de controle e a intenção comportamental. Não obstante, relações significativas foram encontradas entre as dimensões do externalidade outros poderosos e externalidade acaso e a variável norma subjetiva, como descrito na tabela. Apesar disso, essas correlações foram baixas, abaixo do aceitável para afirmar que são variáveis que, de fato, possuem alguma relação.

Como não houve correlações aceitáveis e significativas, não se assumiu como necessário e cabível fazer análises de regressão, tendo em vista que o  $r$  de Pearson já demonstrou pouca ou nenhuma relação entre locus de controle e as variáveis da intenção comportamental.

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo investigar a intenção comportamental de mulheres de baixa renda, da cidade de João Pessoa, quanto ao uso de preservativo. Para isso, construiu-se um instrumento, conforme proposto pela TAP, composto por 30 itens e com a finalidade de avaliar, de forma objetiva, as crenças, atitudes, normas e controle acerca da prática do sexo seguro. Análises descritivas, bivariadas e multivariadas revelaram resultados diversos, tendo alguns corroborado com a literatura e outros revelado necessidade de maiores estudos a respeito.

No que se refere à caracterização da amostra, percebe-se que a maioria das mulheres participantes deste estudo tinham algum tipo de relacionamento, seja namoro ou casamento, o que proporcionou averiguar as práticas sexuais atuais destas mulheres. No que concerne à decisão e à prática do sexo seguro, a maioria relatou que às vezes faz uso do preservativo e que na maior parte das ocasiões a decisão é do casal. Este é um resultado bastante promissor se comparado com estudo semelhante desenvolvido na década de 1990, por Saldanha (1998), a qual demonstra que boa parte das mulheres afirmavam nunca usar preservativo e, quando utilizavam, a iniciativa partia na maioria das vezes delas próprias, não havendo muita preocupação, por parte do parceiro, com a prevenção. De certo modo, isto pode representar que no decorrer dos últimos 16 anos, houve uma maior conscientização da importância da prática do sexo seguro e do diálogo entre o casal, aumentando a frequência do uso, ainda que não em todas as relações, e a decisão em conjunto.

O percentual de mulheres que não gostam do preservativo disponível nos Postos de Saúde foi consideravelmente maior do que aquelas que não gostam dos vendidos em farmácia, sendo algumas das justificativas a pouca lubrificação e a má qualidade. Isso demonstra a importância da melhoria da qualidade dos preservativos distribuídos gratuitamente para o aumento das práticas preventivas. Apesar da maioria ainda recorrer aos preservativos vendidos nas farmácias, é imprescindível que os que são distribuídos sejam, além de gratuitos, de qualidade, com boa lubrificação e que proporcionem conforto, aumentando as chances das pessoas praticarem sexo seguro.

Além disso, é importante o incentivo à inserção de outros recursos que aumentem a lubrificação no ato sexual protegido como, por exemplo, o uso de lubrificantes (Melo et al., 2012). É provável que o conhecimento sobre a distribuição gratuita deste recurso, juntamente com os

preservativos, possa incentivar as práticas sexuais protegidas, na medida que diminui a queixa de desconforto ou incômodo.

Na análise descritiva de cada item proposto no instrumento aqui utilizado, percebeu-se que, no que se refere à medida direta da atitude, a afirmativa com pior avaliação foi aquela relacionada ao quão agradável é a prática sexual com preservativo. Não obstante, as mulheres demonstraram saber da utilidade do mesmo na medida em que assim o avaliaram, confirmando que a prática do sexo desprotegido não se dá pela falta de conhecimento (Saldanha, 1998).

Por outro lado, dentre as crenças comportamentais, referentes à medida indireta da atitude, aquelas que dizem respeito à prevenção (evitar gravidez e DST's, etc.) tiveram maior escore, sendo julgadas como tendo maior probabilidade de ocorrer com o uso do preservativo. As outras, referentes aos aspectos negativos desta prática (pouco prazer, interrupção da relação, etc.), mostraram-se com médias inferiores à mediana, indicando, na percepção destas mulheres, pouca probabilidade de ocorrer. Estes resultados podem indicar o efeito positivo de campanhas preventivas que incentivam o uso do preservativo. Como afirmam Matos et al. (2009), o desenvolvimento de campanhas que conscientizem as pessoas de que é possível usar o preservativo sem prejuízo ao prazer sexual é de extrema importância para o aumento de adeptos à esta prática. Quanto menor a existência do mito da perda do prazer, maiores são as chances de que o preservativo se torne algo comum entre os envolvidos em uma relação.

No que se refere às crenças normativas, percebe-se que o médico foi o referente ao qual elas imaginam que mais as incentivariam à prática do sexo seguro, corroborando com resultados semelhantes encontrados por Matos et al. (2009) e Saldanha (1998). Além disso, este foi o referente que apresentou maior probabilidade de as mulheres se motivarem a concordar com ele. Como esperado, o parceiro foi aquele, do ponto de vista delas, com menor chance de querer que eles

usem preservativo durante as relações. Não obstante, as mulheres apresentaram pouca motivação para aceitar o que o parceiro pensa sobre suas decisões. Tendo em vista a sociedade ocidental na qual se vive e os avanços consideráveis a respeito das relações de gênero, este dado pode indicar um maior empoderamento feminino dentro das suas relações afetivas e sexuais.

No entanto, é possível que esta baixa motivação para acatar às opiniões do parceiro se dê justamente pela escrita formulada do item (“Em geral, costumo aceitar o que o meu parceiro pensa que devo fazer”), tendo em vista que este é um aspecto mais geral do que situacional (uso de preservativo). Contrariamente a isso, o parceiro foi uma das maiores dificuldades citadas por estas mulheres para a prática do sexo seguro. É provável que a opinião do parceiro em áreas gerais da vida da mulher não interfira muito nas suas decisões, mas em contexto sexual isso se revele de outra forma, como encontrado por Taquete e Meirelles (2012).

No que diz respeito às crenças de controle, observou-se a presença de alta percepção de conseguir fazer com que o parceiro utilize o preservativo. Este resultado é bastante promissor, tendo em vista que demonstra o aumento da percepção da capacidade de decisão nos momentos sexuais, sobretudo no que se refere à prevenção, corroborando com o estudo de Anjos (2012) em que a maioria das adolescentes não declararam ter vergonha de pedir ao parceiro para usar preservativo ou de recusar manter relações sexuais caso ele não queira usar. Para o autor, isto demonstra que elas possuem um maior poder de negociação e maior autonomia na relação. Não obstante, é preciso avaliar esta temática com certa cautela, pois, apesar das mulheres do presente estudo afirmarem não ter muita motivação para fazer o que seus parceiros desejam e terem percepção de controle sobre o uso do preservativo, é provável que haja uma dificuldade velada de negociação do seu uso ou mesmo uma vontade de satisfazer o desejo do companheiro. Em outras

palavras, é possível que elas saibam que, insistindo, eles usariam, mas preferem não o fazer e, assim, satisfazer o parceiro.

As variáveis explicativas para a intenção da prática do sexo seguro foram controle, a norma subjetiva e a atitude, tendo a primeira apresentado melhor poder de explicação. Quanto maior a percepção de controle para o uso de preservativo, maior a intenção de usá-lo, indicando que, no presente estudo, mulheres que se percebem no controle para a prática do sexo seguro tenderão a fazê-lo. Estes resultados contradizem a maioria dos achados na literatura, nos quais relatam serem a atitude indireta e a norma subjetiva as variáveis que mais influenciam o uso do preservativo (Albarracín, et al., 2001; Bennet e Bozionelos,; Oliveira, et al., 2009). Não obstante, corrobora com estudo de Matos et al. (2009) em que o controle percebido fora a variável de maior importância de explicação da intenção da prática do sexo seguro.

É importante destacar que o controle percebido, nesta pesquisa apresentada como a variável de maior poder explicativo, além de prever a intenção comportamental, tem capacidade de predição do comportamento em si. Neste sentido, a probabilidade de que dado comportamento seja executado aumenta quando existe uma maior percepção de controle (Armitage, 1999). Como afirma Anjos et al. (2012), a vulnerabilidade feminina se torna maior quando falta poder de negociação e controle sobre a relação. Dessa forma, uma vez havendo percepção de controle para negociar o uso do preservativo, menor a vulnerabilidade em contrair HIV e outras doenças.

O grupo de mulheres com intenção positiva demonstrou ter mais atitude favorável ao uso do preservativo, bem como maior percepção de controle para tal prática e maior importância dada às normas do que as de intenção negativa. Desta forma, a única variável que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos foi a atitude indireta, indicando que, com relação às crenças comportamentais, elas avaliam o uso do preservativo de forma semelhante.

Neste sentido, estes resultados revelam que, apesar da importância do conhecimento sobre as vantagens do uso do preservativo, como afirma Matos et al. (2009), programas de educação sexual com foco em intervenções familiares e orientações aos médicos podem ser um caminho para a redução das práticas do sexo desprotegido. Os autores ainda sugerem a importância de educar a população sobre a forma correta de utilizá-lo e de torná-lo cada vez mais acessível.

No que se refere à relação entre faixa etária e prática do sexo seguro, as mais jovens (20 à 35 anos) demonstraram maior tendência a usar preservativo, tendo em vista que indicaram maior frequência a usar “sempre” e menor a usar “nunca”. Como ressalta Paiva et al. (2008), a maioria das iniciativas de educação sexual no Brasil volta-se às ações para a prevenção de HIV, ou de gravidez, principalmente na faixa etária de adolescentes. As mulheres com idade entre 20 e 35 anos vivenciaram sua adolescência e juventude em uma época de forte incentivo ao uso do preservativo, desde os primeiros casos de HIV até os dias atuais. Além disso, essa é uma faixa etária de maior nível de fertilidade para a mulher, influenciando que elas se preocupem mais com o sexo seguro como um dos meios para evitar gravidez.

Por outro lado, a faixa etária de 36 à 50 anos corresponde a um período de idade pouco abordado e incentivado pelas campanhas de conscientização da importância do sexo protegido. Em outro estudo desenvolvido por Carreno e Costa (2006), a frequência do uso do preservativo teve relação indireta com a idade, ou seja, à medida que as mulheres envelheciam diminuía a prática do sexo seguro. Este é um dado bastante preocupante devido a incidência maior de casos de AIDS neste período de idade. Segundo dados divulgados, no ano de 2013, na faixa etária de 20 a 35 anos, foram 1899 casos notificados, ao passo que no intervalo entre 36 a 50 anos foram 1984 (Brasil, 2013). De certo, é improvável avaliar em qual idade estas mulheres se infectaram, mas é

inegável a importância de campanhas voltadas a esse público que incentivem o uso do preservativo.

O estado de relacionamento também demonstrou associar-se com o sexo protegido, tendo em vista que o número de mulheres casadas que nunca utilizam preservativo é maior do que aquelas solteiras ou em relacionamento sério, corroborando a hipótese de que há associação entre estado civil e uso de camisinha. Ademais, o uso constante do preservativo (sempre) foi observado mais entre as mulheres solteiras. Como argumenta Saldanha (1998), é crescente o número de casos de AIDS entre as mulheres casadas e isto pode estar relacionado ao inconstante (ou nenhum) uso de preservativo. No contexto de relacionamento estável, a chamada “confiança no parceiro” e a ausência da prática do sexo seguro são vistas, muitas vezes, como forma de demonstrar amor ao cônjuge (Jiménez et al., 2001; Ribeiro et al., 2011).

A associação entre uso de pílula anticoncepcional e o sexo protegido foi verificado a partir da diferença de frequência de mulheres que fazem uso consistente do preservativo entre os grupos que ingerem ou não a pílula. O primeiro grupo apresentou menor frequência do uso constante (sempre) do que o segundo, podendo-se inferir que, neste estudo, mulheres que fazem uso de pílula tendem a diminuir a prática do sexo seguro, corroborando achados anteriores (Alves e Lopes, 2008; Silva, 2011) e a hipótese de pesquisa do presente trabalho. Percebe-se que ainda há um pensamento de que o preservativo está relacionado à prevenção de gravidez. Uma vez ingerindo-se o medicamento que previne a concepção, negligencia-se o uso do preservativo, tornando a mulher mais vulnerável à infecção de HIV ou outras DST'S.

A hipótese de que o locus de controle moderaria a relação entre as variáveis atitude (direta e indireta), norma subjetiva e controle percebido com a intenção comportamental do uso de preservativo não foi corroborada. Apenas os fatores *externalidade-outros poderosos* e

*externalidade-acaso* se correlacionaram significativamente com a variável norma subjetiva. No entanto, não é indicado se inferir relação entre essas variáveis, tendo em vista que a correlação (< 0,30) é considerada abaixo do valor sugerido em estudos da Psicologia (Pasquali, 2011). A baixa, quase nula, relação entre *locus de controle* e as variáveis da intenção comportamental contradiz com muitos estudos que avaliam a associação entre estes dois construtos (Armitage, 2003; Hamid & Cheng, 1995; Kristiansen & Eiser, 1986, Lajunen & Rasanen, 2004; Thrasher, et al., 2011).

Não obstante, também corroborou achados de estudo desenvolvido por Hagger e Armitage (2004), onde foi inferido que a intenção de fazer exercícios físicos se mostrou independente do *locus de controle*. Ajze (2002) também defende que a percepção de controle (*controle percebido*), por exemplo, independe do *locus de controle* ser interno ou externo.

Dentre as sete hipóteses levantadas no início do Estudo, cinco foram corroboradas. Neste sentido, as mulheres demonstram conhecimento sobre as vantagens do uso do preservativo; as mulheres que usam pílula anticoncepcional apresentaram menor uso do preservativo; a maior faixa etária indicou pouca prática de sexo seguro; mulheres casadas apresentaram menor uso de preservativo; e mulheres com intenção positiva obtiveram maior percepção de controle e atitude favorável ao uso de camisinha do que as com intenção negativa.

Pode-se observar que a vulnerabilidade das mulheres de baixa renda de João Pessoa às DST's está atrelada à algumas questões, sendo as principais: (1) à percepção de controle sobre a prática do sexo seguro, (2) o incentivo e apoio dos mais importantes referentes (médicos e parceiros) para tal comportamento, (3) à presença de relacionamento estáveis, (4) o uso constante de pílula anticoncepcional e (5) à qualidade dos preservativos, sobretudo aqueles disponibilizados nos Postos de Saúde. Como afirmam Mann et al. (1992), a vulnerabilidade é constituída por um conjunto de fatores tanto individuais quanto coletivos os quais podem favorecer à maior

suscetibilidade dos indivíduos e comunidades ao adoecimento. Uma vez conhecendo estes fatores, a partir de investigações com os próprios envolvidos nesta conjuntura, pode-se pensar em estratégias que minimizem ou anulem tal vulnerabilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da presente dissertação, ressalta-se que resultados interessantes emergiram em ambos os Estudos aqui discutidos. No entanto, é importante destacar a existências de algumas limitações no trabalho. Os dados e discussões aqui apresentados não devem ser generalizados para toda a população feminina da cidade de João Pessoa, tendo em vista que abarcou um nicho específico desta (renda inferior a três salários mínimos) e não é considerada uma amostra representativa da população, apesar de corroborar com muitas estudos anteriores. Ademais, a Teoria do Comportamento Planejado, aporte teórico aqui utilizado, propõe que para cada população estudada sob a luz desta teoria, seja efetuada as mesmas diretrizes descritas no presente trabalho (levantamento das crenças, elaboração da escala a partir das crenças modais salientes, produto e somatório das crenças e análises bivariadas e multivariadas).

Além disso, o fator “controle percebido”, proposto pela TAP, foi constituído por apenas dois itens, um de percepção e outro de crença de controle. Apesar de estudos anteriores e o aqui apresentado demonstrarem validade nos resultados, esta é uma limitação que é contrária às recomendações psicométricas (Pasquali, 2011). Por este mesmo motivo, o instrumento aqui construído não passou por processo de validação seguindo os critérios psicométricos clássicos.

Não obstante, resultados interessantes foram encontrados. No que diz respeito aos referentes importantes para as mulheres, quando as mesmas pensam sobre o uso do preservativo, o médico, a família e o parceiro são os mais considerados, sendo importante levar em conta esta informação para o planejamento de campanhas educativas que abarquem a prevenção de DST's/AIDS. Capacitações voltadas aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) com o intuito de fazê-los perceber a importância do incentivo ao uso do preservativo, além do diálogo

pertinente entre estes e as usuárias, observando suas limitações, dúvidas e particularidades, se faz como um dos caminhos para o aumento de adeptos à camisinha.

A família também deve ser considerada, sobretudo naquelas campanhas voltadas aos adolescentes e jovens, período no qual muitos deles estão iniciando sua vida sexual e possuindo dúvidas e conflitos frente à prática do sexo seguro. Incentivar o diálogo entre as famílias e os jovens, respeitando suas crenças e subjetividades, pode ser também uma alternativa para a formação de adultos com práticas sexuais protegidas.

O parceiro revelou-se, tanto no primeiro quanto no segundo estudo, como um dos referente mais contrário ao uso de preservativo. Este dado, bastante recorrente na literatura, mostra a importância da desmistificação do pensamento de que a prática do sexo seguro retira qualquer possibilidade de prazer sexual, sobretudo para o homem. Percebe-se a existência de poucos estudos voltados à população masculina em si, pois boa parte das pesquisas desenvolvidas sobre uso do preservativo e prevenção de DST'S tem como público alvo adolescentes (de ambos os sexos) ou mulheres.

Nos dois Estudos foi evidente a presença de conhecimento sobre as vantagens do uso do preservativo nas relações sexuais. Como a literatura já demonstra, nos dias atuais, percebe-se que cada vez menos as pessoas desconhecem sobre a importância do sexo protegido. Isto deve ser visto como algo positivo, porém, quando se trata de relações estáveis (namoro ou casamento), este conhecimento não parece ser o suficiente, tendo em vista a influência do amor romântico e das relações de gênero nesta prática. Fica clara a importância que deve ser dada ao incentivo do uso de preservativo mesmo em relacionamentos fixos, sobretudo àquelas mulheres com faixa etária acima de 35 anos haja vista que elas possuem menos adesão à prática do sexo protegido e grandes índices de contaminação pelo vírus de HIV/AIDS.

Não obstante não se pode deixar de considerar a delicadeza que deve ser tratada esta temática, ao passo que ela está atrelada aos conceitos de amor romântico, fidelidade, compromisso e confiança. Faz-se necessário explicar que, para além de HIV e outras DST's mais conhecidas (sífilis, gonorreia, hepatite, etc.), fungos e bactérias também podem ser transmitidas durante o ato sexual desprotegido.

Interpretando todos estes resultados pela ótica do Modelo da Vulnerabilidade, percebe-se a importância de se avaliar a temática da prevenção contra HIV e outras DST's considerando aspectos individuais (atitudes, crenças), sociais (relações de gênero, acesso gratuito ao preservativo), bem como programáticos (preparo técnico-científico dos profissionais, campanhas educativas). Por se tratar de aspectos interdependentes, todos esses fatores devem ser considerados para se entender mais o processo de adoecimento por estas doenças.

A partir dos resultados deste trabalho, observa-se que a percepção de controle é um forte influenciador da prática do sexo seguro para estas mulheres. Estes dados parecem bastante animadores tendo em vista que evidenciam o empoderamento delas frente à relação afetiva e sexual com o parceiro. Não obstante, ainda há muitas barreiras e mitos a se quebrar para que a relação entre os parceiros leve em conta as subjetividades e desejos de cada um.

O papel do Psicólogo Social no contexto de prevenção de DST's deve abarcar a capacitação de profissionais de saúde para que estes comecem a considerar os fatores influenciadores da prática do sexo seguro. Além disso, desenvolvimento de campanhas educativas e midiáticas com acompanhamento do psicólogo poderá aumentar o número de adeptos ao uso de preservativo, tendo em vista que o conhecimento acerca da sua importância não é o problema. Aspectos como o diálogo com o parceiro, a utilização de lubrificantes, a troca do preservativo quando este perder a lubrificação, entre outros, podem ser trabalhados por este profissional. Sobre o uso de

lubrificantes, seria interessante a divulgação da existência da disponibilização deste recurso pelo Governo, juntamente com o preservativo e a pílula anticoncepcional, para aumentar a probabilidade de práticas sexuais seguras.

Em estudos futuros, faz-se necessário avaliar as crenças, atitudes, norma subjetiva e controle percebido de homens frente ao uso do preservativo, com o intuito de averiguar as semelhanças e diferenças em relação às mulheres. Ademais, também seria importante considerar intervenções com casais, a fim de incentivar o diálogo entre eles acerca da prática do sexo seguro, levando em conta a possibilidade de uso de outros recursos no momento sexual para aumentar o prazer, e exemplo de lubrificantes.

Por fim, faz-se interessante novas pesquisas que avaliem a relação de variáveis externas ao modelo da Teoria do Comportamento Planejado com as dimensões desta teoria. No presente estudo, o locus de controle geral não apresentou correlação com estas variáveis. Não obstante, é possível que a utilização de instrumentos que avaliem o locus de controle da saúde possam dar resultados significativos quanto à relação entre a percepção de controle frente à saúde e a intenção de uso do preservativo, bem como suas variáveis subjacentes.

## REFERÊNCIAS

- Abbad, G., & Meneses, P.P.M. (2004). Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 441-450.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Orgs.), *Action Control: From Cognition to Behavior*. Springer-Verlag: Berlim.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Psychology*, 32 (4), 665-683.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Clifs: Prentice Hall.
- Albarracín, D., Fishbein, M., Johnson, B., & Muellerleile, P.A. (2001). *Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: a meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 142-161.
- Allport, G.H. (1935). Attitudes. In: Murchinson, C. (Orgs). *Handbook of Social Psychology*, Worcester: Clark University Press.
- Almeida, J.B.L. (2007). *Crenças sociais acerca das diferenças entre homens e mulheres e suas relações com a percepção da violência do homem contra a mulher*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (1), 11-17.
- Alves, A.S., & Lopes, M.H.B.M. (2010). Locus of control and contraceptive knowledge, attitude and practice among university students. *Revista Saúde Pública*, 44 (1), 39-44.

- Alves, C.A., & Brandão, E.R. (2009). Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 14* (2), 661-670.
- Anjos, R.H.D., Silva, J.A.S., Val, L.F., Rincon, L.A., & Nichiata, L.Y.I. (2012). Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46* (4), 829, 837.
- Armitage, C.J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioral control: how are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control. *Psychology and Health, 18* (6), 723-738.
- Armitage, C.J., Norman, P., & Conner, M. (2002). Can the theory of planned behavior mediate the effects of age, gender and multidimensional health locus of control? *British Journal of Health Psychology, 7*, 299-316.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França-Jr, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá.
- Bang, H.K, & Ellinger, A.E., Hadjimarcou, J., & Traichal, P.A. (2000). Consumer concern knowledge, belief, and attitude toward renewable energy: an application of reasoned action theory. *Psychology & Marketing, 17* (6), 449-468.
- Barbosa, D.R. (2008). *Império do amor romântico: diferenças culturais e sexuais em casais de noivos no Brasil e na Itália*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Barbosa, R. H. S. (1993). *AIDS e gênero: as mulheres de uma comunidade favelada* (Mimeo). Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Bastos, A. V. B. (1991). Validação da escala de locus de controle no trabalho. *Psico, 22* (2), 133-154.

- Bennett, P.B., & Bozionelos, G.B. (2000). The theory of planned behavior as a predictor of condom use: a narrative review. *Psychology, health & Medicine*, 5 (3), 307-326.
- Borrione, R.T.M., & Lordelo, E.R. (2005). Escolha de parceiros sexuais e investimento parental: uma perspectiva desenvolvimental. *Interação em Psicologia*, 9 (1), 35-43.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, A.M., Castilho, E.A., & Szwarcwald, C.L. (2000). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Burns, M.J., & Dillon, F.R. (2005). AIDS health locus of control, self-efficacy for safer sexual practices and future time orientation as predictors of condom use in African American College Students. *Journal of Black Psychology*, 31 (2), 172-188.
- Camargo, B.V., & Botelho, L.J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 61-68.
- Carreno, I., & Costa, J.S.D. (2006). Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), 720-726.
- Cerqueira, M.M.M., & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *Psico-USF*, 13 (2), 253-263.
- Crisp, B.R., & Barber, J.G. (1995). The effect of locus of control on the association between risk perception and sexual risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 19 (6), 841-845.
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.

- Cunha, B.G.F., & Dias, M.R. (2008). Comunicações persuasivas e doação regular de sangue: um estudo experimental. *Cadernos Saúde Pública*, 26 (6), 1407-1418.
- D'amorim, M. A. (2004). Teoria da Ação Racional. In: Dela Coleta, M. F. (Org). Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Dela Coleta, J.A., & Dela Coleta, M.F. (2006). Atribuição de causalidade: teoria, pesquisa e aplicações. Taubaté: Cabral Editora.
- Dela Coleta, M.F. (1987). Escala Multidimensional de lócus de controle de Levenson. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 79-97.
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L., & Peters, K. (2007). Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (2), 103-110.
- Eshleman, S.H., Hughes J.P., Laeyendecker, O., Wang J., Brookmeyer, R., et al. (2013). Use of a multifaceted approach to analyze HIV incidence in a cohort study of women in the United States: HIV Prevention. *The Journal of Infectious Diseases*, 27, 223–231.
- Falk, E.B., Berlman, E.T., Mann, T., Harrison, B., & Lieberman, M. (2010). Predicting persuasion-induced behavior change from de brain. *The Journal of Neuroscience*, 30 (25), 8421-8424.
- Ferreira, M.C. (2010). A Psicologia Social Contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 51-64.
- Ferreira, S.I.F.V.P. (2011). Os adolescentes portugueses do 9º ano e o uso do preservativo: atitudes, factores sociais e afectivos. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Figueiredo, R., & Neto, J.A. (2005). Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*, 6 (2).
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison- Wesley.

- Fonseca, P.N.F., Gouveia, V.V., Gouveia, R.S., Pimentel, C.E., & Medeiros, E.D. (2007). Escala de atitudes frente à escola: validade fatorial e consistência interna. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (2), 285-287.
- Galvão, M.T.G., Ramos-Cerqueira, A.R.A., Ferreira, M.L.S.M., & Souza, L.R. (2002). Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 14 (1), 25-30.
- Garcia, S., & Souza, F.M. (2010). Vulnerabilidade ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidade de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade*, 19 (2), 9-20.
- Geluda, K., Bosi, M.L.M., Cunha, A.J.L.A., & Trahman, A. (2006). “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 22 (8), 1671-1680.
- Guerriero, I., Ayres, J.R.C.M., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 50-60.
- Gwandure, C., & Mayekiso, T. (2010). Predicting HIV risk using a locus of control-based model among university students. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 22 (2), 119-129.
- Hagger, M.S., & Armitage, C.J. (2004). The influence of perceived locus of control and causality in the theory of planned behavior in a leisure-time exercise context. *Journal of Applied Biobehavioral research*, 9 (1), 45-64.
- Hamid, P.N., & Cheng, S.T. (1995). Predicting antipollution: the role of molar behavior intentions, past behavior and locus of control. *Environment and behavior*, 27 (5), 679-698.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.

- Janeiro, J.M.S.V., Olivera, I.M.S., Rodrigues, M.H.G., Maceiras, M.J., & Rocha, G.M.M. (2013). As atitudes sexuais, contraceptivas, o locus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26 (4), 505-512.
- Jiménez, A.L., Gotlieb, S.L.D., Hardy, E., & Zaneveld, L.J.D. (2001). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (1), 55-62.
- Katz, D., & Stotland, E. (1959). A preliminar statement to the theory of attitude structure and change. In: S. Roch (org). *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw Hill.
- Kristiansen, C.M., & Eiser, J.R. (1986). Predicting health-related intentions from attitudes and normative beliefs: the role of health locus of control. *British Journal of Social Psychology*, 25, 67–70.
- La Rosa, J. (1991). Locus de controle: uma escala de avaliação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7 (3), 327-344.
- Lajunen, T., & Rasanen, M. (2004). Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the Health Belief Model, Theory of Planned Behavior and the Locus of Control. *Journal of Safety Research*, 35, 115– 123.
- LaPiere, R. T. (1934) Attitudes vs. actions. *Social Forces*, 13, 230-237.
- Lawrence, J.S.S. (1993). African-American adolescent's knowledge, health-related attitudes, sexual behavior, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 104-112.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 259-260.

- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41* (3), 397-404.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In Lefcourt, H. M. (org). *Research with the locus of contrai construct*. New York: Academic Press.
- Madureira, V.S.F., & Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva, 13* (6), 1807-1816.
- Maia, C., Guilhem, D., & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista Saúde Pública, 42* (2), 242-248.
- Maior, G. R., & Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. SAGE Social Psychology Program. London: Sage.
- Mann, J., Tarantola, D., & Netter, T. (1992). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press.
- Matos, E.B., Veiga, R.T., & Reis, Z.S.N. (2009). Intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes de Belo Horizonte: um alerta aos ginecologistas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 31* (11), 574-580.
- McEachan, R.R.C., Conner, M., Taylor J., & Lawton, R.J. (2011). Prospective prediction of health related behavior with the Theory of Planned Behavior: a meta-analysis. *Health Psychology Review, 5* (2), 97-144.
- Melo, M.C.P., Oliveira, M.S.M., Nunes, G.F.O., & Silva, R.M. (2012). Ótica das mulheres sobre o preservativo masculino no espaço prisional em Juazeiro-BA. *RECIIS- Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 6* (3), 1-17.
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica, 9*(2), 279-287.

- Neiva, E.R., & Mauro, T.G. (2011). Atitudes e mudança de atitudes. In: Torres, C. & Neiva, E.R. (Orgs). *Psicologia Social: Principais Temas e Vertentes*, Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, S.H.S. Dias, M.R., & Silva, MÇI.T. (2005). Adolescentes e AIDS: fatores que influenciam a intenção de uso do preservativo. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17 (1), 32-38.
- Oliveira, S.H.S., Abreu, M.S.N., Barroso, M.G.T., & Vieira, N.F.C. (2009). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (4), 912-922.
- Oliveira, S.H.S., Dias, M.R., & Silva, M.I. (2004). Adolescentes e AIDS: crenças relacionadas ao uso do preservativo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 8 (1), 69-80.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista Saúde Pública*, 42 (1), 45-53.
- Pasquali S., Souza, M.S.C., & Tanizaki, T.Y. (1985). Escala de atitude diante da sexualidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1 (2), 175-194.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas*. Editora Artmed: Porto Alegre.
- Pasquali, L., Alves, A.R., & Pereira, M.A.M. (1998). Escala de locus de controle ELCO/TELEBRAS. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11 (2), 1-15.
- Pimentel, C.E., Júnior, L.L.C., & Aragão, T.A. (2009). Atitudes frente ao uso de álcool, maconha e outras drogas: verificando relações de predição e mediação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 29-35.
- Matos, E.B., Veiga, R.T., & Lima, I.L.C. (2008). *A decisão na teoria do comportamento planejado: um estudo da intenção de uso de condons por adolescentes*. XXXII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, RJ.

- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito lócus de controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Ribeiro, K.C.S., Freire, F.M.S., & Saldanha, A.A.W. (2012). Crenças religiosas e vulnerabilidade as DSTs, HIV e gravidez em adolescentes femininas. *VI Congresso Internacional de Estudos sobre a diversidade sexual e de gênero da ABEH*, Salvador, Bahia.
- Ribeiro, K.C.S., Silva, J., & Saldanha, A.A.W. (2011). Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 23 (2), 84-89.
- Rocha, F.E.C., Albuquerque, F.J.B., Coelho, J.A.P.M., Dias, M.R.D., & Marcelino, M.Q.S. (2009). Avaliação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar: a intenção de pagamento do crédito. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 44-52.
- Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B. (2010). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Rodrigues, D.M., & Pereira, C.A.A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7 (2), 181-196.
- Rodrigues, K.A., Carneiro, W.S., Nogueira, J.A., & Athayde, A.C.R. (2013). HIV: Fatores que acentuam a vulnerabilidade na população jovem feminina. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17 (1), 3-10.
- Rodrigues, M.F., Jardim, D.P. (2010). Adolescência e pílula do dia seguinte: conhecimento e uso. *Revista Enfermagem UNISA*, 11 (2), 80-86.
- Rosenberg, M.J., & Hovland, C.I. (1960). Cognitive Affective and Behavioral Components of Attitudes. In: Rosenberg, M.J & Hovland, C.I (orgs). *Attitude Organization and Change: Na Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven: Yale University Press.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external controlo f reinforcement. *Psychological Monographs: general and applied*, 80 (1), 2-16.

- Saldanha, A.A.W. (1998). *Aspectos psicossociais de prevenção à AIDS em mulheres de baixa renda: entre o querer e o poder*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.
- Saldanha, A.A.W., Carvalho, E.A.B., Diniz, R.F., Freitas, E.S., Félix, S.M.F. & Silva, E.A.A. (2008). Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de prática de prevenção. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 20(1), 36-44.
- Santos, N.J.S., Barbosa, R.M., Pinho, A.A., Aidar, T., & Filipe, R.M.V. (2009). Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 321-333.
- Silva, C.G.M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 40-49.
- Silva, E.A.A. (2011). *Dinâmica das relações afetivas: crenças e implicações para a vulnerabilidade à AIDS*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia Social, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.
- Silva, E.A.A., Wiese, I.R..B., & Pichelli, A.A.W.S. (2013). Comportamentos de infidelidade e práticas preventivas numa perspectiva de gênero. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10*, Florianópolis, Santa Catarina.
- Sousa, M.C.P., Santo, A.C.G.E., & Motta, S.K.A. (2008). Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 17 (2), 58-68.
- Sousa, P.K.R., Miranda, K.C.L., & Franco, A.C. (2011). Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (2), 381-384.

- Sutton, S., McVey, D., & Glanz, A. (1999). A comparative test of the Theory of Rational Action and Theory of Planned Behavior in the prediction of condom use in a national sample of English Young people. *Health Psychology, 18*, 72-81.
- Tamayo, A. (1989). Validade fatorial da Escala Levenson de Locus de Controle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 5* (1), 111-122.
- Tamayo, A. (1994) Escala Fatorial de Atribuições de Causalidade à Pobreza. *Psicologia: Teoria e Pesquisa. 10* (1), 21-29.
- Taquete, S.T., & Meirelles, Z.V. (2012). Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. *Adolescência e Saúde, 9* (3), 56-64.
- Thomas, W. I., & F., Znaniecki (1918). *The Polish Peasant in Europe and America*, Boston: Badger.
- Thrasher, R.G., Andrew, D.P.S., & Mahony, D.F. (2011). The efficacy of a modified Theory of reasoned action to explain gambling behavior in College Students. *Journal of Gambling Studies, 27*, 499-516.
- Thurstone, L. L. (1931). Measurement of Change in Social Attitude. *Journal of Social Psychology, 2*, 230-235.
- Torres, C.V., & Neiva, E.R. (2011). *Psicologia Social: principais temas e vertentes*. Artmed: Porto Alegre.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: Wiley.
- Vasconcelos, D.C., & Coelho, A.E.L. (2013). Conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos acadêmicos de farmácia frente à AIDS. *Revista Psicologia e Saúde, 5* (2), 109-117.
- Victor, E.A., & Haruna, K. (2012). *Relationship between health locus of control and sexual risk behavior*. International Symposium on HIV and Emerging Infectious Diseases (ISHEID), Marseille, France.

- Vieira, M.A.S., Guimarães, E.M.B., Barbosa, M.A., Turchi, M.D., Alves, M.F.C., Seixas, M.S.C., Garcia, M.M.D., & Minamisava, R. (2004). Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. *DST- Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (3), 77-83.
- Wiese, I.R.B. & Saldanha, A..A.W (2011). Vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AIDS: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 105-118.
- Zanna, M.P., & Rempel, J.K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. In: D. Bar-Tal & A. Kruglanski (orgs), *The Social Psychology of knowledge*, New York: Cambridge University Press.
- Zhang, Q., Attané, I., Li, S., & Yang, X. (2011). Condom use intentions among “forced” male bachlors in rural China: findings from a field survey conducted in a context of female deficit. *Genus-Journal of Population Sciences*, 67 (1), 21-40.

## **ANEXOS**

## ANEXO I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

### **Termo De Consentimento Livre E Esclarecido**

Prezada Senhora,

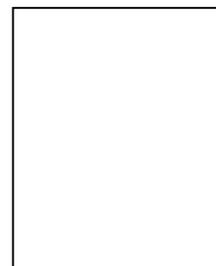
Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar as opiniões acerca do uso de preservativo nas relações sexuais, especificamente na população feminina, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Taiane Regina Pereira Cabral, aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.

Solicitamos a sua colaboração para responder a este questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e Psicologia e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida que.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Pesquisadora responsável: Taiane Regina Pereira Cabral



**LEVANTAMENTO DE CRENÇAS FEMININAS SOBRE O USO DA CAMISINHA  
MASCULINA  
LOCAL: JOÃO PESSOA- PB**

**Entrevistada:** \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** A seguir, você terá quatro perguntas relacionadas à suas crenças quanto ao uso do preservativo (camisinha) nas relações sexuais. Por favor, leia (escute) atentamente cada pergunta e responda da forma mais sincera possível, não havendo necessidade de pensar muito antes de responder. Não há respostas certas nem erradas, apenas queremos saber sua opinião sobre o tema.

**I. Quais serão para você as VANTAGENS do parceiro usar o preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais?**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**II. Quais serão para você as DESVANTAGENS do parceiro usar o preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais?**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**III. Quais as pessoas importantes para você que gostariam que você e seu parceiro usassem o preservativo (camisinha) durante as relações sexuais?**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**IV. Quais as pessoas importantes para você que não gostariam que você e seu parceiro usasse o preservativo (camisinha) durante as relações sexuais?**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

## Questionário Sociodemográfico

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Renda**

Até 1 salário mínimo (R\$ 724,00)

Entre 2 e 4 salários mínimos (R\$ 1448,00 – R\$ 2896,00)

Mais de 4 salários mínimos (R\$ 2896,00 - )

**3. Religião (ou crença religiosa)**

Católica

Protestante

Espírita

Afro-religiões (candomblé, umbanda, quimbanda, etc)

Nenhuma

Ateia (não crê em Deus)

**4. Sobre sua vida afetiva/sexual, você está...?**

Namorando

Noiva

Casada

Divorciada

**5. Faz uso de preservativo nas relações sexuais?**

Sempre

Às vezes

Nunca

**6. Faz uso de pílula anticoncepcional?**

Sim

Não

**7. Se não, qual outro método contraceptivo utiliza?**

1.  Tabela

3.  Histerectomia (retirada do útero)

2.  DIU

4.  Laqueadura (ligamento das trompas)

5.  Outro

## ANEXO II



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Esta pesquisa é sobre algumas opiniões acerca do uso de preservativo e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Taiane Regina Pereira Cabral, aluna de Mestrado em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.

Os objetivos do estudo são identificar as opiniões de mulheres acerca do uso do preservativo nas relações sexuais. A finalidade deste trabalho é contribuir para o entendimento de como as mulheres percebem a prática do sexo seguro.

Solicitamos a sua colaboração para responder a este questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e Psicologia e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

**Instruções:** A seguir, apresentamos uma série de afirmações que representam opiniões sobre fatos da vida diária. Você provavelmente concordará com alguns itens e discordará de outros. Não existem respostas certas ou erradas e estamos interessados no grau em que você concorda ou discorda dessas opiniões. Leia cada afirmação cuidadosamente e indique o grau em que você concorda com ela ou discorda, fazendo uma cruz no espaço correspondente às seguintes opções.

<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
1	2	3	4	5

<b>Questões</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Se eu vou ou não tornar-me um líder, depende principalmente de minha capacidade.					
2. Minha vida é, em grande parte, determinada por acontecimentos inesperados.					
3. Sinto que o que ocorre em minha vida é determinado, principalmente, por pessoas mais poderosas do que eu.					
4. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, depende principalmente de eu ser ou não um bom motorista.					
5. Quando faço planos, sempre tenho certeza de que vou realizá-los.					
6. Geralmente, não tenho oportunidade de proteger meus interesses pessoais da influência do azar.					
7. Quando eu consigo o que quero, frequentemente, é porque tenho sorte.					
8. Embora eu tenha muita capacidade, só conseguirei ter uma posição importante se pedir ajuda a pessoas de prestígio.					
9. A quantidade de amigos que tenho depende de quão agradável eu sou.					
10. Verifico, frequentemente, que o que está para acontecer, fatalmente acontecerá.					
11. Minha vida é controlada principalmente por pessoas poderosas.					
12. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, isto é principalmente questão de sorte.					
13. As pessoas como eu têm pouca chance de proteger seus interesses pessoais quando estes entram em choque com os interesses de pessoas poderosas.					
14. Nem sempre é desejável, para mim, fazer planos com muita antecedência, porque muitas coisas acontecem por uma questão de má ou boa sorte.					
15. Para conseguir o que desejo, necessito de ajuda de pessoas superiores a mim.					
16. Se eu vou ou não me tornar um líder, depende principalmente de eu ter sorte suficiente para estar no lugar certo, na hora certa.					
17. Se as pessoas importantes decidirem que não gostam de mim, provavelmente eu não conseguirei ter muitos amigos.					
18. Eu posso, quase sempre, determinar o que vai acontecer em minha vida.					
19. Frequentemente, eu sou capaz de proteger meus interesses pessoais.					
20. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, depende muito do outro motorista.					
21. Quando eu consigo o que quero, frequentemente, é porque eu me esforcei muito.					
22. Para que meus planos se realizem, devo fazer com que eles se ajustem aos desejos das pessoas mais poderosas do que eu.					
23. Minha vida é determinada por minhas próprias ações.					
24. O fato de eu ter poucos ou muitos amigos deve-se, principalmente, à influência do destino.					

**Instruções:** A seguir, você encontrará frases sobre comportamentos e crenças relacionadas ao uso do preservativo nas relações sexuais. Não há respostas certas nem erradas, apenas estamos interessados em saber sua opinião sobre o tema. Sua resposta sincera e cuidadosa é de extrema importância e absolutamente confidencial. O questionário é composto de diferentes questões, onde se escolhe um ponto que represente a sua opinião em uma linha com dois extremos. Você deve escolher a resposta que melhor expresse o seu pensamento. Veja o exemplo a seguir:

1. Eu penso que a vida das mulheres hoje em dia é mais liberal do que antigamente:

Discordo \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; **X** \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Concordo  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

Então, se você acha que a vida das mulheres está bastante liberal hoje em dia, mas não totalmente, você responderia marcando um **X** no espaço 4, dizendo que concorda um pouco.

Com base neste exemplo, responda as afirmações abaixo.

**- O uso de camisinha pelo meu parceiro em todas as relações sexuais:**

1. Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

2. Inútil \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Útil  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

3. Desagradável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Agradável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

**- O fato de o meu parceiro usar a camisinha todas as vezes que tivermos relações sexuais:**

4. Fará com que eu evite vários tipos de doença:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

5. Tornará incômoda a relação sexual com o meu parceiro:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável

totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

6. Fará com que eu evite uma gravidez indesejada:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

7. Tornará a relação pouco prazerosa:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

8. Fará com que eu e meu parceiro tenhamos mais segurança:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

9. Trará o incômodo de interromper a relação para colocá-la:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

10. Possibilitará com que eu e meu parceiro nos prevenamos de doenças sexualmente transmissíveis.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

11. Fará com que meu parceiro não sinta prazer:

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

**- Eu avalio que:**

12. Evitar vários tipos de doenças quando meu parceiro usa camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom

totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

13. Tornar incômoda a relação sexual por causa da camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

14. Evitar uma gravidez indesejada por usar camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

15. Tornar a relação pouco prazerosa por causa da camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

16. Sentirmos mais segurança ao usar camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

17. Ter o incômodo de interromper a relação para coloca-la é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

18. Nos prevenir de doenças sexualmente transmissíveis por causa da camisinha é.

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

19. Meu parceiro não sentir prazer por causa da camisinha é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                    2                    3                    4                    5

**- Dentre as pessoas importantes para mim:**

20. Minha família acha que eu e meu parceiro devemos usar camisinha todas as vezes que tivermos relações sexuais.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

21. Meu parceiro acha que devemos utilizar camisinha durante todas as relações sexuais que tivermos.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

22. Meus amigos acham que eu e meu parceiro devemos utilizar camisinha nas nossas relações sexuais.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

23. Meu médico acha que eu e meu parceiro devemos utilizar camisinha nas nossas relações sexuais.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

**- Quanto às opiniões de pessoas importantes para mim**

24. Na maioria das vezes, eu costumo fazer aquilo que a minha família acha que devo fazer.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente  
1 2 3 4 5

25. Em geral, costumo aceitar o que o meu parceiro pensa que devo fazer.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente um pouco nenhum um pouco totalmente

1                      2                      3                      4                      5

26. Na maioria das vezes, eu costumo concordar com aquilo que os meus amigos acham que devo fazer.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                      2                      3                      4                      5

27. Em geral, eu costumo fazer aquilo o que o meu médico pensa que devo fazer.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                      2                      3                      4                      5

**- Quanto ao meu controle do uso do preservativo:**

28. Eu tenho condições suficientes para fazer com que o meu parceiro use camisinha nas nossas relações sexuais.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                      2                      3                      4                      5

29. Fazer com que o meu parceiro use camisinha nas nossas relações sexuais é:

Ruim \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Bom  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                      2                      3                      4                      5

**- Quanto à minha intenção de meu parceiro e eu usarmos preservativo:**

30. Sempre que tivermos relações sexuais, farei com que eu e meu parceiro usemos camisinha.

Improvável \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; Provável  
totalmente    um pouco    nenhum    um pouco    totalmente  
1                      2                      3                      4                      5

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Idade:** \_\_\_\_

### **Nível de escolaridade**

1.  Ensino Fundamental Incompleto
2.  Ensino Fundamental Completo
3.  Ensino Médio Incompleto
4.  Ensino Médio Completo
5.  Ensino Técnico Incompleto
6.  Ensino Superior Incompleto
7.  Ensino Superior Completo

### **Renda Familiar**

1.  Até um salário mínimo (R\$ 724 reais)
2.  Entre 1 e 3 salários mínimos (R\$ 1448 reais à 2172 reais)
3.  Mais de 3 salários mínimos (R\$ 2172 reais ou mais)

### **Religião**

1.  Católica
2.  Evangélica
3.  Espírita
4.  Afro-religiões (candomblé, umbanda, quimbanda, etc)
5.  Nenhuma
6.  Ateia (não crê em Deus)
7.  Outros \_\_\_\_\_

### **Estado Civil**

1.  Solteira
2.  Namorando
3.  Casada
4.  Divorciada

### **Faz uso de preservativo nas relações sexuais?**

1.  Nunca
2.  Às vezes
3.  Sempre

### **Faz uso de pílula anticoncepcional?**

1.  Sim
2.  Não

### **Se não, qual outro método contraceptivo utiliza?**

3.  Coito interrompido

4. ( ) Tabela
5. ( ) Histerectomia (retirada do útero)
6. ( ) DIU
7. ( ) Laqueadura (ligamento das trompas)
5. ( ) Nenhum

**As vezes em que o parceiro e você utilizaram preservativo nas relações sexuais, quem decidiu:**

1. ( ) Eu
2. ( ) Parceiro
3. ( ) O casal

**Onde tiveram acesso ao preservativo?**

1. ( ) Posto de Saúde
2. ( ) Hospital
3. ( ) Hemocentro
4. ( ) Farmácia
5. ( ) Outro \_\_\_\_\_

**Já utilizou alguma camisinha disponibilizada nos Postos de Saúde?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**Você gosta da camisinha disponibilizada nos Postos de Saúde?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

**Já utilizou alguma camisinha vendida nas farmácias?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**Você gosta da qualidade da camisinha vendida nas farmácias?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não – Por quê? \_\_\_\_\_

**Qual a maior dificuldade para usar a camisinha?**

---

---

---

---

Muito obrigada pela participação!



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“INTENÇÃO DO USO DE PRESERVATIVO DAS MULHERES DE JOÃO PESSOA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS”** da Pesquisadora Taiane Regina Pereira Cabral. Protocolo 016/14. CAAE: 25619013.5.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Dr.<sup>a</sup> Eliane Marques D. Sousa  
Coordenadora CEP/CCS/UFPB  
Mat. SIAPE: 0332618

