

Soares de Castro Formiga, Andréa; Rique Dias, Mardonio; Werba Saldanha, Ana Alayde
Aspectos psicosociais da prevenção do infarto: construção e validação de um
instrumento de medida

Psico-USF, vol. 10, núm. 1, junio, 2005, pp. 31-40
Universidade São Francisco
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036062005>

Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida

Andréa Soares de Castro Formiga¹

Mardonio Rique Dias

Ana Alayde Werba Saldanha

Resumo

Com base na Teoria da Ação Racional (TAR) como um bom recurso para a explicação de uma série de comportamentos ligados à saúde, procurou-se investigar a intenção de pessoas, incluindo infartadas, em praticar a caminhada, no mínimo, três vezes por semana. Para isso, foi construído, validado e aplicado um instrumento composto de 22 itens, numa amostra de 302 pessoas da população em geral, para verificar a intenção de exercerem tal comportamento. Os resultados demonstraram que o Modelo da TAR é capaz de predizer o comportamento em questão. Uma análise de Regressão Múltipla explicou 42% da variância obtida na intenção comportamental, mediante crenças normativas gerais, atitude e crenças comportamentais gerais, como determinantes para o comportamento de caminhar, no mínimo, três vezes por semana. As variáveis de natureza normativa foram as responsáveis pela maior parte da variância explicada, apresentando, desta forma, a sua importância para intervenções visando à adoção do comportamento investigado.

Palavras-Chave: Exercício físico; Prevenção; Psicossocial; Saúde.

Psychosocial aspects of the infarct prevention: Construction and validation of a measure instrument

Abstract

Based on the Theory of Reasoned Action (TRA) as a good resource to explain and predict a series of health-linked behaviors, it tried to investigate the people's intention, including people that had already suffered from a heart attack, in they practice walking, at least three times a week. For this, it was built, applied and validated an instrument composed of 22 items, in an amount of 302 people of the population in general to verify the intention of they exercise such behavior. The results demonstrated that the TRA Model is able to predict the quoted behavior. A Multiple Regression analyses explained 42% of the variance obtained from behavior intention, through general normative beliefs, attitude and general behavior beliefs, as decisive for the behavior of walking, at least three times a week. The variables of normative nature were the responsible for most of the explained variance, presenting, thus, its importance for interventions, seeking the adoption of the investigated behavior.

Keywords: Physical exercise; Prevention; Psychosocial; Health.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2003), alerta para o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis, em que estão incluídas as doenças cardiovasculares, são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo, representando um grande desafio para o setor saúde no que se refere ao seu desenvolvimento global. Na América Latina, segundo dados da Organização Panamericana de Saúde – OPAS (2003), dentre as doenças crônicas não transmissíveis destacam-se as doenças cardiovasculares e, dentre estas, o infarto agudo do miocárdio. No Brasil, somente no ano de 2000, 27,5% dos óbitos registrados foram decorrentes de doenças cardiovasculares, das quais, 30% foram doenças isquêmicas do coração, que têm como principais manifestações clínicas a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio e a morte súbita (Ministério

da Saúde, 2002). Na Paraíba, em quatro anos, o número de mortes por doenças cardíacas aumentou em 32%. De 3.320 casos de óbitos em 2001, passou para 4.393 em 2004 (Secretaria Estadual da Saúde – SES, 2005).

O infarto agudo do miocárdio é uma afecção isquêmica do miocárdio, acarretando necrose, geralmente secundária à redução do fluxo sanguíneo coronário de um segmento do miocárdio (Smeltzer & Bare, 2000). A doença coronariana é progressiva e a abordagem realizada, durante a reabilitação cardíaca, visa restabelecer a capacidade funcional comprometida pelo infarto. Esta abordagem tem como objetivo evitar a progressão da doença e sua recorrência mediante os benefícios dos exercícios e modificações dos fatores de risco (Oliveira, 2004).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (2003), os conhecimentos atuais derrubaram o mito

¹ Endereço para correspondência:

E-mail: anform@hotmail.com

da impossibilidade de prevenção das doenças não transmissíveis e demonstraram que a maioria delas pode ser prevenida ou retardada pela prevenção primária, com a identificação dos fatores de risco envolvidos. Em relação à doença cardíaca e hipertensão arterial sistêmica, oito fatores de risco que podem ser prevenidos foram selecionados: tabagismo, consumo de álcool, nutrição, inatividade física, obesidade, pressão arterial elevada, glicemia elevada e níveis elevados de lipídios sanguíneos, ao que Giannotti (2002) acrescenta o estresse. Estudos realizados no Brasil revelaram a presença destes mesmos fatores de risco (Piegas e colaboradores, 2003).

Reconhecendo a importância dos benefícios da atividade física para a prevenção das doenças cardiovasculares, surgem, a partir da década de 90, os programas de condicionamento físico para a modificação dos fatores de risco. A atividade física é de grande importância neste contexto, pois, segundo Oliveira (2004), além de se constituir na principal forma de combate ao sedentarismo, estimula a retomada de alguns hábitos de vida. Uma metanálise de 95 estudos concluiu que o exercício determina uma redução de 6% do colesterol total, 10% do LDL colesterol e o aumento de 5% no HDL colesterol. A atividade física regular associada à perda de peso corporal tem resultado em redução significativa de triglicérides. A longo prazo o exercício pode ajudar a controlar o hábito de fumar, a hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidade e a tensão emocional. Após o infarto agudo do miocárdio, programas de condicionamento físico resultam em melhora da capacidade funcional, além da redução da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e melhora no fluxo sanguíneo coronário (Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2000). Além disso, o efeito benéfico do exercício físico parece resultar de interações complexas de efeitos psicológicos e fisiológicos (Bosco, Demarchi, Rebelo & Carvalho, 2004).

É na camada da população sedentária e/ou com sobrepeso que a doença cardiovascular prevalece (Christou, Gentile, De Souza, Seals & Gates, 2005). Pelos estudos realizados no Brasil por Silva, Sousa e Schargodsky (1998), foi evidenciado que 58% dos sujeitos infartados estudados eram sedentários e que a prevalência de infarto do miocárdio foi显著mente menor entre indivíduos que tinham há mais de um ano o hábito de caminhar.

Apesar da mudança de atitude das pessoas em relação à atividade física e à nutrição, nos últimos anos (Zeltner, 2004), deve haver uma maior conscientização da população sobre a importância da atividade física

regular e dos hábitos alimentares saudáveis. Pesquisa com pacientes infartados de um hospital privado do estado de São Paulo comprovou que estes, mesmo tendo conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares e sendo reincidentes no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, continuavam expostos aos mesmos riscos (Oliveira, 2004). Tornam-se necessárias práticas interventivas, envolvendo equipes multidisciplinares, consideradas componentes primários entre as estratégias de saúde pública, e relevantes para o controle das doenças cardiovasculares (Rique, Soares & Meirelles, 2002).

Compartilhando a idéia de que, segundo relatório do Ministério da Saúde (2004), em prol da saúde e prevenção dessas doenças deve-se fazer trinta minutos de atividade física (caminhadas), três vezes por semana, ajudando assim a controlar a pressão arterial, a glicose e o peso, a reduzir o tabagismo e o alcoolismo, a aliviar o estresse e a aumentar a resistência contra doenças, torna-se relevante estudar os aspectos que influenciam as pessoas a manter uma atividade física de maneira sistemática.

Considerando que, de acordo com Fishbein (1990), a mudança de comportamento está correlacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos que tenham a finalidade de uma mudança comportamental numa direção mais preventiva, optou-se neste estudo pelo uso da Teoria da Ação Racional – TAR (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980), uma vez que esta teoria tem evidência empírica considerável na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde (Brubaker & Fowler, 1990; D'Amorim & Gomide, 1986; Dias, 1995; Fishbein, 1990; Formiga, 2002; Fried, De Vore, & Dailey, 2001; Gonçalves, 1998; Lierman, Young, Kasprzyk & Benoliel, 1990; Saldanha, 1998; Smith & Stasson, 2000; Wong & Tang, 2001).

Partindo do pressuposto básico de que o homem, sendo uma espécie racional, faz uso de modo sistemático das informações que lhes estão disponíveis, para então chegar a uma decisão comportamental, a TAR (Fig. 1) situa o comportamento como uma função da intenção em realizar ou não tal ação. A intenção, por sua vez, é função de dois determinantes: a atitude pessoal diante do comportamento e a norma subjetiva, ou seja, as pressões interpessoais ou sociais (Dias, 1995). A atitude e norma subjetiva estão determinadas por crenças comportamentais (avaliação das consequências da atitude) e o peso da avaliação destas consequências, e pelas crenças normativas (grupos de pertença) e a motivação para concordar com tais referentes, respectivamente.

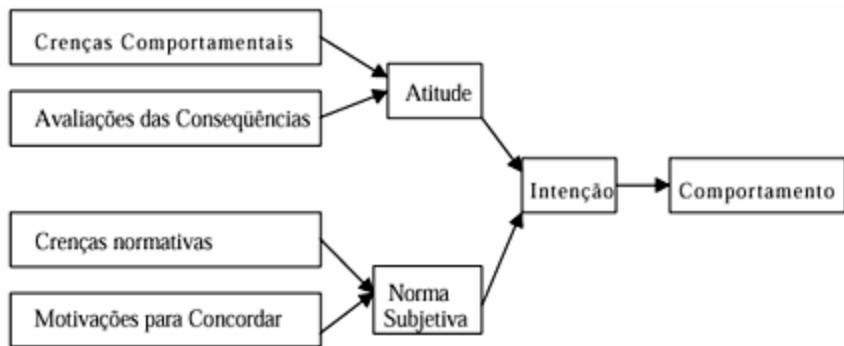


Figura 1 – Teoria da Ação Racional de Fisbein e Ajzen (1975). Adaptada de Dias (1995)

Entretanto, além da necessidade de conhecer os determinantes do comportamento a ser modificado numa população específica, faz-se necessário também verificar se o comportamento a ser investigado está sob o controle volitivo do indivíduo, ou seja, o indivíduo possui controle real sobre o comportamento, não dependendo de outras pessoas ou serviços de saúde para executá-lo, tais como, exame do câncer do colo do útero, mamografia, uso de preservativos, etc. (Gonçalves, 1998). Neste sentido, a prática da caminhada configura-se em controle volitivo, uma vez que não necessita de outros locais ou instrumentos específicos.

O presente estudo tem como objetivo a construção e validação de um instrumento de medida direcionado à mensuração da intenção comportamental de praticar a caminhada, no mínimo, três vezes por semana, além de verificar o poder preditivo da TAR para tal comportamento.

Método

Amostra

A amostra foi composta aleatoriamente por 302 pessoas da população geral. Os participantes foram abordados no Instituto de Previdência do Estado da Paraíba (IPEP) e em locais destinados à prática de exercício na orla marítima de alguns bairros de João Pessoa (Manaíra, Tambaú e Cabo Branco).

A análise dos dados sociodemográficos (Tabela 1) denota um perfil formado por pessoas jovens, com média de idade de 39 anos, com maior freqüência (51%) no intervalo de 14 a 36 anos de idade, equivalentes em relação ao gênero, em sua maioria com nível de escolarização superior (55%), casados (50%), com afiliação religiosa católica (75%).

Quanto aos aspectos relativos à saúde, 77% da

amostra tem convênio ou plano de saúde. Nessa amostra apenas 9% fumam e 37% têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Dentre os 48% que já praticam a caminhada, 18% já foram acometidos de infarto, e 45% apresentam hipertensão.

Instrumento

Com base nos resultados de um levantamento de crenças modais junto à população-alvo, foi construído um instrumento visando à medida da intenção comportamental das pessoas em “caminhar, no mínimo, três vezes por semana” (Anexo A), constando de 22 itens baseados na TAR, cujas variáveis foram avaliadas a partir de uma escala bipolar do tipo Likert, variando de 1 a 7 (com ponto médio igual a 4), discriminando grupos com intenção positiva (1 a 3) e intenção negativa (5 a 7) em desempenhar o comportamento.

Pode-se descrever a medida de cada construto do modelo teórico, contida em cada item, da seguinte forma:
Medida direta da atitude. Quatro itens avaliados por um diferencial semântico, como: útil/inútil, bom/ruim, agradável/desagradável, prudente/imprudente (itens 1, 2, 3 e 4).
Medida indireta da atitude. Com dez itens, sendo cinco relativos às crenças comportamentais obtidas (itens 5, 6, 7, 8 e 9) e cinco referentes à avaliação das consequências (itens 10, 11, 12, 13 e 14).

Medida direta da norma subjetiva. Apenas o item 15.
Medida indireta da norma subjetiva. Apresentada por meio de seis itens, sendo três para medir crenças normativas obtidas (itens 16, 17 e 18) e três medindo a motivação para concordar com os referentes (itens 19, 20 e 21).
Medida da intenção comportamental. Composta por um único item (22).

Na parte final do questionário foram inseridas questões referentes às variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra (*n* = 302)

		Freqüência	%
Sexo masculino		140	46,4
Idade	14 a 36	155	51,3
	37 a 59	111	36,8
	60 a 82	36	11,9
Escolaridade	Analfabeto	01	0,3
	1º grau incompleto e completo	29	9,6
	2º grau incompleto e completo	102	33,7
	3º grau incompleto e completo	167	55,3
Profissão	Ligadas à saúde	16	5,3
	Dona de casa	20	6,6
	Estudante	46	15,2
	Aposentado	19	6,3
Estado civil	Outros	191	63,2
	Solteiro	124	41,1
	Casado	150	49,7
	Separado	17	5,6
Religião	Viúvo	11	3,6
	Católica	226	74,8
	Protestante	48	15,9
	Outras	11	3,6
Tem convênio/plano de saúde	Nenhuma	09	3,0
		233	77,2
	Fuma	27	8,9
	Bebe	111	36,8
Tem problema cardíaco	Caminha	144	47,7
		56	18,5
	Infartado	10	3,3
	Safenado sem infarto	04	1,3
Tipos de problema	Hipertenso	25	8,3
	Outros	14	4,6

Procedimentos

A aplicação do instrumento foi realizada durante o período de quatro meses, de duas formas: aplicado pela própria pesquisadora ou entregando-se o questionário para ser devolvido em um outro momento – 80% dos questionários entregues foram devolvidos. O tempo de aplicação variou, em média, de 5 (cinco) a 20 (vinte) minutos.

Seguindo os procedimentos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as pessoas sempre eram esclarecidas sobre o fato de a entrevista ser de interesse acadêmico, e eram perguntadas se poderiam e queriam participar da pesquisa.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico SPSSWIN/PC+11. Foram estabelecidos as freqüências e os percentuais de todas as variáveis sociodemográficas da amostra, registrando-se média e desvio padrão especificamente para a idade.

Para verificar a validade e a confiabilidade dos itens que compuseram o instrumento, foram feitas análises fatoriais seguidas do cálculo do alfa de Cronbach. Foram efetuadas também correlações simples, com a finalidade de se observarem as correlações existentes entre as variáveis do modelo. Com o objetivo de verificar quais as variáveis que melhor predizem a intenção comportamental, foram feitas regressões múltiplas, seguidas do cálculo dos betas, os quais indicam o peso relativo de cada variável na equação.

Análise dos resultados

Análises fatoriais dos itens que formam o instrumento

Os itens da atitude, das crenças comportamentais e das crenças normativas foram submetidos a uma análise fatorial confirmatória, pelo método de fatorização dos eixos principais (PAF).

Conforme pode ser observado na Tabela 2, a

análise factorial efetuada nos 4 (quatro) itens relativos à atitude apresenta um único fator com *eigenvalue* igual a 2,08, explicando 52,0% da variância total do construto medido, com índice de confiabilidade alfa de Cronbach igual a 0,80. Em relação à análise factorial efetuada nos 6 (seis) itens que representam as crenças comportamentais, observa-se a presença de um único fator com *eigenvalue*

igual a 3,32, explicando 55,4% da variância total do construto medido e índice de confiabilidade alfa de Cronbach igual a 0,87. Os resultados da análise factorial aplicada nos 6 (seis) itens das crenças normativas apresentam de um único fator com *eigenvalue* igual a 2,20, que explica 36,5% da variância total e índice de confiabilidade alfa de Cronbach igual a 0,76.

Tabela 2 – Cargas fatoriais, comunalidades, *eigenvalue*, variância e confiabilidade da atitude, crenças comportamentais e normativas ($n = 302$)

Nº de itens (4)	Atitude	
	Cargas fatoriais	Comunalidades (h^2)
Item 1	0,75	0,57
Item 2	0,75	0,56
Item 3	0,70	0,49
Item 4	0,68	0,46
<i>Eigenvalue</i> 2,08		
Variância total 52,0%		
Alfa de Cronbach 0,80		
Nº de itens (6)	Crenças comportamentais	
	Cargas fatoriais	Comunalidades (h^2)
Item 10	0,85	0,72
Item 6	0,80	0,64
Item 11	0,79	0,63
Item 5	0,73	0,53
Item 9	0,67	0,44
Item 14	0,60	0,36
<i>Eigenvalue</i> 3,32		
Variância total 55,4%		
Alfa de Cronbach 0,87		
Nº de itens (6)	Crenças normativas	
	Cargas fatoriais	Comunalidades (h^2)
Item 16	0,74	0,54
Item 17	0,72	0,52
Item 18	0,68	0,47
Item 20	0,56	0,31
Item 19	0,50	0,25
Item 21	0,33	0,11
<i>Eigenvalue</i> 2,20		
Variância total 36,5%		
Alfa de Cronbach 0,76		

Validade discriminante entre grupos – critério

De acordo com a TAR, o conhecimento da força das crenças deve permitir predições acertadas das atitudes e normas subjetivas que influenciam na intenção do sujeito em desempenhar um dado comportamento. O poder de discriminação dos itens da escala, calculado pelo test *t* de student, demonstra a existência de cinco crenças comportamentais e três normativas relativas a caminhar, no mínimo, três vezes por semana, observando-se que das cinco crenças comportamentais

encontradas, três discriminaram os sujeitos que têm Intenção Positiva (I+) e Negativa (I-) de caminhar, no mínimo, três vezes por semana. São elas: sentir-se bem; bom para a saúde geral; estética corporal.

Quanto aos pesos das médias entre as crenças comportamentais e as avaliações das consequências em cada grupo, verifica-se que as crenças “sentir-se bem” e “estética corporal” no grupo de Intenção Positiva (I+) apresentaram um peso maior nas avaliações das consequências, enquanto no grupo de Intenção Negativa (I-)

apresentaram um peso maior nas crenças comportamentais. A crença “Bom para a saúde geral”, no grupo de Intenção Positiva, teve seus pesos praticamente iguais entre a força da crença e avaliação da consequência, e os sujeitos com Intenção Negativa apresentaram maior peso nas crenças comportamentais.

Sobre os pesos das médias entre crenças normativas e a motivação para concordar com os referentes entre cada grupo de Intenção, todas as crenças – “Família (filhos/filhas/marido/mulher)”, “médico” e “amigos” – em ambos os grupos, tiveram maior peso nas crenças normativas.

De acordo com o exposto, pode-se afirmar que os itens que compõem o instrumento exercem efeito de impacto, discriminando os grupos-critérios e, desta forma, colaborando para a explicação da variância da intenção comportamental.

Medidas correlacionais

Para verificar a força e o tipo das relações entre todas as variáveis independentes que compõem o modelo teórico e a variável dependente, foram utilizados os coeficientes de correlação r de Pearson com os seus

Tabela 3 – Correlações entre as variáveis atitude, norma subjetiva, crenças normativas em relação à intenção comportamental ($n = 302$)

Variáveis	Intenção	Atitude	Normsubj	Crencomp
Atitude	0,45**			
Normsubj	0,43**	0,40**		
Crencomp	0,48**	0,70**	0,44**	
Crenorg	0,52**	0,46**	0,67**	0,57**

** $p < 0,01$

Régressões múltiplas

De acordo com Ajzen e Fishbein (1980), testes empíricos da TAR requerem um índice do grau de previsão da variável-critério (Intenção) e da consideração simultânea das outras variáveis antecedentes (Atitude, Norma Subjetiva, Crenças Comportamentais e Crenças Normativas). Com o objetivo de verificar o valor preditivo dos componentes da TAR, neste estudo foi utilizada a Regressão Múltipla (*stepwise*), visando determinar a contribuição específica de cada variável independente na explicação da variância da variável-critério.

A análise da Regressão Múltipla indicou uma quantidade significativa de variância compartilhada ($RM=0,65$; $R^2=0,46$; $p < 0,01$) entre a variável-critério e

respectivos níveis de significância (p).

Segundo os autores da TAR, em ciências sociais, correlações por volta de 0,30 têm sido consideradas satisfatórias, até 0,50 devem ser consideradas de magnitude moderada e excedendo este valor, indicam relações relativamente fortes entre duas variáveis.

A análise dos resultados das correlações, conforme pode ser observado na Tabela 3, indica que todas as correlações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram significativas, com valores acima de 0,30. A medida indireta da Norma Subjetiva ($r = 0,52$; $p < 0,01$) foi a que se correlacionou mais fortemente com a intenção, seguida pela medida indireta da atitude ($r = 0,48$; $p < 0,01$), pela atitude ($r = 0,45$; $p < 0,01$) e, finalmente, pela norma subjetiva ($r = 0,43$; $p < 0,01$).

As relações entre as variáveis independentes também foram todas significativas, entre a atitude e as crenças comportamentais ($r = 0,70$; $p < 0,01$) e entre a norma subjetiva e as crenças normativas ($r = 0,67$; $p < 0,01$), destacando-se, ainda, entre outras, a relação entre as crenças comportamentais e normativas ($r = 0,57$; $p < 0,01$) e entre a atitude e as crenças normativas ($r = 0,46$; $p < 0,01$).

as variáveis antecedentes, explicando conjuntamente 42% da variância total na determinação da intenção comportamental de praticar a caminhada, no mínimo, três vezes por semana.

Conforme pode ser observado na Tabela 4, as variáveis Crenças Normativas, Atitude e Crenças Comportamentais, nesta ordem, contribuíram de forma significativa para a explicação da variância da intenção do comportamento. Apenas a variável Norma Subjetiva não compôs a equação.

A maior contribuição entre as variáveis preditoras emerge das Crenças Normativas ($\beta=0,363$), explicando sozinha 33% da variância da Intenção Comportamental, seguida da Atitude (8%) e das Crenças Comportamentais (1%).

Tabela 4 – Resultado da regressão múltipla para os componentes do comportamento ($n = 302$)

Variáveis	r	r^2	f	sig (f)	beta	t	p
Crenças normativas	0,572	0,327	129,573	0,000	0,363	6,326	0,000
Atitude	0,636	0,405	90,366	0,000	0,207	3,161	0,002
Crenças comportamentais	0,649	0,421	64,336	0,000	0,196	2,777	0,006

A Figura 2 apresenta os resultados das correlações e a regressão múltipla para o comportamento

de praticar a caminhada, no mínimo, três vezes por semana.

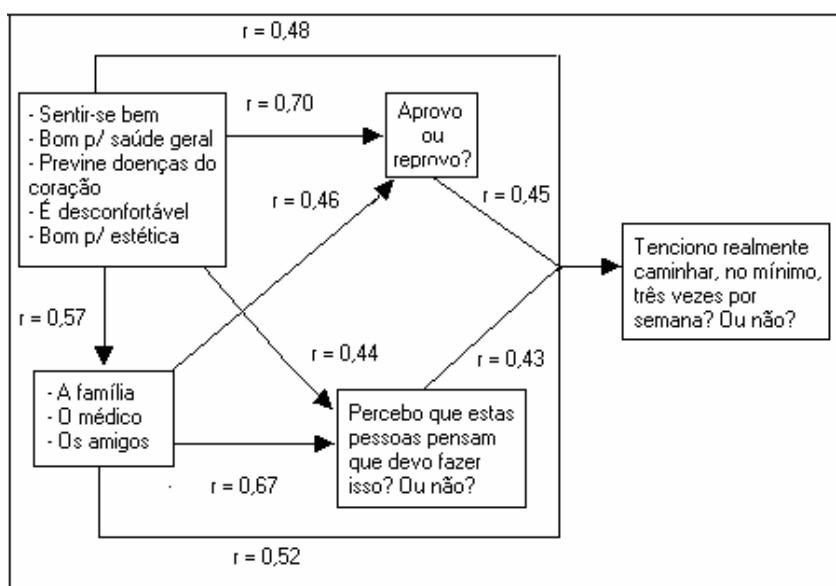


Figura 2 – Relações entre as variáveis através das crenças específicas

Tais resultados demonstram a importância dos aspectos sociais para o comportamento estudado, sugerindo que os referentes sociais (família, médico, amigos) devem ser enfatizados na elaboração de intervenções persuasivas em relação à prática da caminhada.

Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo mais amplo contribuir para o conhecimento de condições que possam servir para melhorar os programas de intervenção educativos/preventivos, mediante a investigação das crenças que propiciam o manejamento preciso e correto das comunicações persuasivas, com a finalidade de neutralizar os efeitos indesejáveis e reforçar os positivos.

Neste sentido, os dados indicam que esta amostra é mais influenciada pelos referentes sociais (família, médico, amigos), seguida da atitude pessoal (sentir-se bem, bom para a saúde, previne doenças, bom para a estética), sugerindo que os comportamentos sociais devem ser enfatizados na elaboração de comunicações persuasivas visando à prática da caminhada.

Estes resultados sugerem que, nas pessoas em geral, residentes na cidade de João Pessoa, as crenças normativas gerais são as maiores preditoras do comportamento em questão, contribuindo fortemente na explicação da variância na intenção de caminhar. Sendo assim, para essas pessoas, as opiniões de seus referentes e as motivações para concordar com tais opiniões, mais do que a força das crenças comportamentais gerais mais

ligadas aos aspectos pessoais, é que vão influenciar na prática da caminhada, ou seja, as pessoas são levadas a praticar caminhada pelas orientações dos médicos e opiniões de familiares e amigos, apesar de acreditarem que o desempenho do comportamento favoreça o seu bem-estar, seja benéfico para a sua saúde e contribua para a sua estética corporal.

É importante ressaltar o perfil específico e diferenciado desta amostra, em sua maioria composta por jovens (14 a 39 anos), com boa escolaridade (55% ensino superior), com hábitos saudáveis em relação a não fumar (91%), não ingerir bebidas alcoólicas demasiadamente (78%) e já praticando caminhada (48%), ilustrando que grande parte da mesma, ainda que não pratique caminhada, possui hábitos considerados saudáveis. Tal perfil pode ter influenciado nos resultados, devendo, portanto, ser replicada em amostras com outras características.

A influência dos dados sociodemográficos pode ser observada no estudo realizado por Saldanha (1998) utilizando a TAR, em que ficou evidenciada a influência da idade nos determinantes do comportamento. Em sujeitos mais jovens predominaram as crenças comportamentais, ou seja, as consequências do seu comportamento diante do grupo de pertença, modificando com a elevação da faixa etária, quando o sujeito passa a comportar-se de acordo com o que é esperado pelos referentes importantes.

Estes resultados, no entanto, são previstos pela TAR, pois de acordo com Fishbein (1990), as avaliações e referentes que são importantes para o desempenho do comportamento podem diferir, dependendo do gênero,

cultura e status socioeconômico da população de interesse. Daí a necessidade de um levantamento acurado de crenças para que possam ser levantadas todas as características da população-alvo.

Contrariando os pressupostos da TAR de que as medidas diretas da intenção (atitude e norma subjetiva) sejam as melhores preditoras do comportamento, neste estudo as medidas indiretas (crenças normativas e crenças comportamentais) apresentaram uma maior correlação com a intenção comportamental, fato já comprovado em outras aplicações da teoria (D'Amorim, Freitas & Sá, 1992; Gonçalves, 1998; Lierman, Young, Kasprzyk & Benoliel, 1990).

Outro aspecto saliente refere-se à correlação positiva entre os determinantes Atitude e Norma Subjetiva ($r = 0,40$, $p < 0,01$), ainda que a última não esteja presente na equação de regressão. De acordo com outros estudos, que apresentam resultados semelhantes (D'Amorim & Gomide, 1986; Dias, 1995; Tanizaki, 1984), tal associação pode estar ligada ao fato de que as normas subjetivas, baseadas na percepção do sujeito e na aprovação ou desaprovação pelos referentes, acabam por ligar esta percepção às consequências da atitude, no caso deste estudo, à estética (cobrança midiática) e ao cuidado com a saúde (campanhas e palestras médica).

Entretanto, estas observações não invalidam a TAR como modelo preditivo do comportamento estudado. As análises de correlações e regressões entre as variáveis do modelo demonstram a efetividade da TAR como modelo preditivo da intenção do comportamento de praticar caminhada, no mínimo, três vezes por semana.

Referências

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Wiley.
- Bosco, R., Demarchi, A., Rebelo, F. P. V. & Carvalho, T. (2004). O efeito de um programa de exercício físico aeróbio combinado com exercícios de resistência muscular localizada na melhora da circulação sistêmica e local: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(1), 56-62.
- Brubaker, R. G. & Fowler, C. (1990). Encouraging college males to perform testicular self-examination: Evaluation of persuasive message based on the revised theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 1411-1422.
- Christou, D. D., Gentile, C. L., De Souza, C. A., Seals, D. R. & Gates, P. E. (2005). Fatness is a better predictor of cardiovascular disease risk factor profile than aerobic fitness in healthy men. *Circulation*, 111(15), 1904-1914.
- D'Amorim, M. A. & Gomide, S. (1986). Comportamento sexual pré-marital: um teste da Teoria da Ação Racional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2, 32-38.
- D'Amorim, M. A., Freitas, C. M. & de Sá, G. A. (1992). A motivação para realizar o auto-exame da mama: uma aplicação da teoria da ação planejada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 169-185.
- Dias, M. R. (1995). *Aids, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da teoria da ação racional*. (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília.
- Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Revista Interamericana de Psicologia*, 24(1), 27-56.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Massachussets: Addison-Wesley.
- Formiga, A. S. C. (2002). *A prática da caminhada na prevenção do infarto: uma investigação baseada na teoria da ação racional*. (Dissertação de Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Fried, J. L., De Vore, L. & Dailey, J. (2001). A study of maryland dental hygienists' perceptions regarding self-assessment. *Journal of Dental Hygiene*, 75(2), 121-129.
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195.
- Gonçalves, S. C. M. (1998). *Fatores preditores da intenção de praticar o auto-exame da mama em mulheres de baixa renda*. (Dissertação de Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Lierman, L. M., Young, H. M., Kasprzyk, D. & Benoliel, J. Q. (1990). Predicting breast self-examination using the theory of reasoned action. *Nursing Research*, 39(2), 97-101.
- Ministério da Saúde. (2002). *Informações de saúde: mortalidade*. Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 23/5/2005.
- _____. (2004). *Dicas de saúde: dicas de verão*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/dicas/38_exercicios.htm>. Acesso em: 9/12/2004.
- Oliveira, K. C. S. (2004). *Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP*. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. (p. 105). Brasília: Organização mundial da Saúde.

- OPAS – Organização Panamericana de Saúde (2003). *CARMEN: iniciativa para prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas.* (p. 32). Brasília: Organização Mundial da Saúde.
- Piegas, L. S., Avezum, A., Pereira, J. C., Neto, J. M., Hoepfner, C., Farran, J. A., Ramos, R. F., Timerman, A. & Esteves, J. P. (2003). Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *American Heart Journal*, 146(2), 331-338.
- Rique, A. B. R., Soares, E. A. & Meirelles, C. M. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(6), 244-254.
- Saldanha, A. A. W. (1998). *Aspectos psicossociais de prevenção da AIDS em mulheres de baixa renda: entre o querer e o poder.* (Dissertação de Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- SES – Secretaria Estadual da Saúde (2005). Paraíba. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/index.shtml>>. Acesso em: 23/5/2005.
- Silva, M. A. D., Sousa, A. G. M. R. & Schargodsky, H. (1998). Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71(5), 667-675.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2000). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.* Villanova, PA: Hardcover.
- Smith, B. N. & Stasson, M. F. (2000). A comparison of health behavior constructs: Social psychological predictors of AIDS-preventive behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 443-462.
- SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia (2000). II diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para tratamento do IAM. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 74 (suplemento II). Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/sbc-palm/diretrizes.asp>>. Acesso em: 23/5/2005.
- Tanizaki, T. Y (1984). *Atitude e intenções de jovens estudantes em relação ao inciso sexual pré-marital: uma aplicação da teoria de Fishbein e Ajzen.* (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília.
- Wong, C. & Tang, C. S. (2001). Understanding heterosexual Chinese college student's intention to adopt safer sex behaviors. *The Journal of Sex Research*, 38(2), 118-126.
- Zeltner, T. (2004). Health promotion for children and youth in changing Europe. *European Journal of Public Health*, 14, 10.

Recebido em dezembro de 2004
Reformulado em junho de 2005
Aprovado em junho de 2005

Anexo A

Questões do Questionário sobre Comportamento e Crenças em Saúde

- 1 - extremamente
2 - bastante
3 - um pouco
4 - nem um, nem outro
5 - um pouco
6 - bastante
7 - extremamente

O fato de caminhar, no mínimo, três vezes por semana é:

1 - útil 2 3 4 5 6 7 inútil

2 - bom 1 2 3 4 5 6 7 ruim

3 - agradável 1 2 3 4 5 6 7 desagradável

4 - prudente 1 2 3 4 5 6 7 imprudente

5 - Caminhar, no mínimo, três vezes por semana vai fazer com que me sinta bem.

provável 1 2 3 4 5 6 7 improvável

6 - Caminhar, no mínimo, três vezes por semana será bom para a minha saúde geral.

provável 1 2 3 4 5 6 7 improvável

7 - Caminhar, no mínimo, três vezes por semana fará com que eu previna problemas cardíacos.

provável 1 2 3 4 5 6 7 improvável

8 - Caminhar, no mínimo, três vezes por semana será desconfortável.

provável 1 2 3 4 5 6 7 improvável

9 - Caminhar, no mínimo, três vezes por semana irá melhorar a minha aparência física.

provável 1 2 3 4 5 6 7 improvável

10 - Sentir-me bem por caminhar, no mínimo, três vezes por semana é:

bom 1 2 3 4 5 6 7 ruim

11 - Ter uma saúde geral por caminhar, no mínimo, três vezes por semana é:

bom 1 2 3 4 5 6 7 ruim

12 - Prevenir problemas cardíacos caminhando, no mínimo, três vezes por semana é:

bom 1 2 3 4 5 6 7 ruim

13 - Sentir-me desconfortável por caminhar, no mínimo, três vezes por semana é:

bom _____ ruim
1 2 3 4 5 6 7

14 - Melhorar a minha aparência física caminhando, no mínimo, três vezes por semana é:

bom _____ ruim
1 2 3 4 5 6 7

15 - A maioria das pessoas que são importantes para mim acha que eu devo caminhar, no mínimo, três vezes por semana.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

16 - A minha família (filhos/filhas, marido/mulher) acha que eu devo caminhar, no mínimo, três vezes por semana.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

17 - Os médicos acham que eu devo caminhar, no mínimo, três vezes por semana.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

18 - Meus amigos pensam que eu devo caminhar, no mínimo, três vezes por semana.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

19 - Na maioria das vezes, eu costumo aceitar a opinião da minha família.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

20 - Na maioria das vezes, eu costumo aceitar a opinião dos médicos.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

21 - Na maioria das vezes, eu costumo aceitar a opinião dos meus amigos.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

22 - De hoje em diante, eu pretendo caminhar, no mínimo, três vezes por semana.

provável _____ improvável
1 2 3 4 5 6 7

Sobre os autores:

Andréa Soares de Castro Formiga é mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

Mardonio Rique Dias é doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília, professor adjunto do Departamento e do Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Ana Alayne Werba Saldanha é doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, professora na área da Avaliação Psicológica e pesquisadora (CNPq) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.