

2º CICLO

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Avaliação dos efeitos de uma
intervenção com vídeo na prevenção
do cancro do colo do útero
Sónia Cristina Pinto Pereira

M

2018



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COM VÍDEO NA
PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO**

Sónia Cristina Pinto Pereira

Junho 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora
Marina Serra Lemos (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo destas dissertações reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina de Serra Lemos, por ter sido uma orientadora no verdadeiro sentido da palavra, estando sempre disponível para a co-construção deste projeto e também para dar uma palavra de apoio e encorajamento.

À minha colega de todo percurso académico Joana, por compartilhar a mesma paixão pela Psicologia, por todo o trabalho em conjunto, pelo incentivo e colaboração constante. Sem ti, todo este processo não teria sido igual.

Aos colegas de faculdade, pelas aprendizagens e os momentos de partilha, dentro e fora das aulas.

Às minhas amigas e às minhas colegas de trabalho, pela flexibilidade horária, por ouvirem os meus desabafos e pelas palavras de reconhecimento. A vida de um trabalhador-estudante nem sempre é fácil mas vocês ajudaram muito.

Aos meus pais, por nunca duvidarem de mim e me incentivarem a nunca baixar os braços. Por me ensinarem que sem luta dificilmente se cresce.

Ao Pedro, por encontrar em ti o meu porto seguro. Por toda a compreensão, paciência e confiança transmitida. Por me inspirares a nível pessoal e profissional. Por caminharmos juntos e no mesmo sentido.

Resumo

O cancro do colo do útero (CCU) é um dos cancros com maior incidência nas mulheres em todo o mundo e um dos mais evitáveis, por isso motivar para a sua prevenção é essencial. O principal objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção breve de educação para a saúde com vídeo, sobre variáveis determinantes na mudança de comportamentos (conhecimento, motivação e intenção). Foram também definidos dois objetivos exploratórios. Inicialmente, pretendeu-se apurar se o uso da contraceção oral constitui um fator que influencia a prática dos comportamentos preventivos do CCU. Seguidamente, através de uma entrevista de grupo procurou saber-se quais as componentes da intervenção (vídeo) que tiveram mais impacto no conhecimento e no comportamento de prevenção do CCU e compreender as suas potencialidades e limitações. O estudo quantitativo seguiu um *design* do tipo pré- e pós-teste com *follow-up* após 1 mês da intervenção, numa única amostra de 71 estudantes universitárias. No estudo qualitativo foi realizada uma entrevista semiestruturada a um grupo de 6 estudantes universitárias de outra instituição que visualizaram o mesmo vídeo. O efeito da intervenção foi avaliado através de um questionário baseado no instrumento desenvolvido por Pereira (2015), aplicado no pré- e pós-teste. A intervenção apenas teve um impacto significativo no conhecimento e na expectativa de resultado. O uso da contraceção oral não constituiu um fator de influência na prática dos comportamentos preventivos do CCU. Na entrevista de grupo as estudantes perceberam o vídeo como um formato interessante e útil para a promoção da prevenção do CCU. Este estudo contribuiu para identificar os efeitos de intervenções de educação para a saúde em algumas variáveis determinantes na adesão à prevenção do CCU e avaliar o impacto de uma intervenção baseada em vídeo neste âmbito. No futuro serão necessários mais estudos acerca deste tipo de programas de prevenção para o CCU.

Palavras-chave: avaliação, intervenção, educação para a saúde, vídeo, prevenção, entrevista, cancro do colo do útero, estudantes universitários

Abstract

Cervical cancer (CCU) is one of the most prevalent cancers in women worldwide and one of the most preventable, so motivating for prevention is essential. The main goal of this study was to evaluate the effect of a brief intervention for health education with video on key determinants of health behaviour change (knowledge, motivation and intention). In addition, two exploratory goals were defined. Firstly, it was sought to determine if the use of oral contraception is a factor that influences the practice of CCU preventive behaviors. Secondly, through a group interview sought to know which components of the intervention (video) which had the most impact on knowledge and behavior of the prevention of cervical cancer, as well as understand their potential and limitations. The quantitative study used a pre- and post-test design with follow-up after 1 month of intervention, with one sample of 71 college students. In the qualitative study was conducted a semi-structured interview to a group of 6 college students of another institution, who also viewed the video. The effect of the intervention was assessed through a questionnaire based on the instrument developed by Pereira (2015), applied in pre and post-test. The intervention only had a significant effect on knowledge and outcome expectation. The use of oral contraceptive was not a factor of influence on the practice of preventive behaviors of CCU. In the group interview, the students perceived the video as an interesting and useful format to promote the prevention of cervical cancer. This study contributed to identify the effects of health education interventions in some outcome variables adherence to the prevention of CCU and also assess the impact of an intervention based on video in this context. In the future will be necessary more studies about this type of prevention programs for the CCU.

Keywords: evaluation, health education, intervention, video, prevention, cervical cancer, college students, interview

Résumé

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est l'un des cancers les plus répandus chez les femmes dans le monde et l'un des plus évitables, si motivant pour sa prévention est essentiel. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'effet d'une brève intervention d'éducation pour la santé avec la vidéo sur les déterminants dans l'évolution des comportements (connaissances, la motivation et l'intention). Deux objectifs exploratoires ont été définis. Tout d'abord, il vise à établir si l'utilisation de contraception orale est un facteur qui influence la pratique de comportements préventifs du CCU. Deuxièmement, grâce à une entrevue de groupe a cherché à savoir quels éléments de l'intervention (vidéo) qui a le plus d'impact sur les connaissances et le comportement de la prévention du cancer du col, ainsi que comprendre leur potentiel et leurs limites. L'étude quantitative a suivi une *design* de type pré et post-test avec un suivi après 1 mois d'intervention, un seul échantillon de 71 étudiants de l'université. Dans cette étude qualitative a été menée une entrevue structurée à un groupe de 6 étudiants de l'université d'une autre institution qui ont aussi vu la vidéo. L'effet de l'intervention a été évaluée au moyen d'un questionnaire basé sur l'instrument élaborées par Pereira (2015), appliqué en pré et post-test. L'intervention n'a eu un impact significatif sur la connaissance et l'attente des résultats. L'utilisation de contraception orale n'était pas un facteur d'influence sur la pratique de comportements préventifs du CCU. Dans l'entrevue de groupe, les étudiants ont vu la vidéo sous forme d'un format intéressant et utile de promouvoir la prévention du cancer du col de l'utérus. Cette étude a permis d'identifier les effets des interventions d'éducation pour la santé dans certains déterminants de l'adhésion à la prévention de la CCU et évaluer l'impact d'une intervention basée sur la vidéo dans ce contexte. Dans l'avenir sera nécessaire plus d'études sur ce type de programmes de prévention pour le CCU.

Mots-clés: évaluation, intervention, éducation pour la santé, vidéo, entrevue, prévention, cancer du col de l'utérus, étudiantes universitaires.

Índice

Introdução	1
1. Método.....	9
1.1.Participantes.....	9
1.2. Plano de Investigação	10
1.2.1.Estudo quantitativo.....	10
1.2.2. Estudo qualitativo.....	10
1.3.Medidas	10
1.4.Procedimento.....	13
2. Resultados.....	15
2.1. Caracterização da amostra	15
2.2. Conhecimento, comportamento e variáveis motivacionais: resultados descritivos para as variáveis no pré-teste.....	16
2.3. Avaliação dos efeitos da intervenção no Conhecimento, Comportamento e Variáveis Motivacionais	16
2.4. Cruzamento da Contraceção Oral com os Comportamentos Preventivos.....	16
2.5. <i>Follow-up</i>	19
2.6. Análise dos dados da entrevista de grupo acerca do vídeo.....	21
3. Discussão	23
4. Conclusão	37
Referências	40
Apêndices	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Caracterização da amostra na baseline</i>	9
Tabela 2 <i>Grade de análise da Entrevista de Grupo acerca do vídeo</i>	22

Índice de Figuras

Figura 1 <i>Número de comportamentos preventivos praticados</i>	18
Figura 2 <i>Tipo de comportamentos preventivos praticados</i>	18
Figura 3 <i>Evolução do conhecimento geral</i>	19
Figura 4 <i>Evolução da autoeficácia</i>	20

Lista de Abreviaturas

CCU – Cancro do Colo do útero

HPV – *Human Papiloma Virus*

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O cancro do colo do útero (CCU) é o segundo cancro com maior ocorrência nas mulheres em todo o mundo, com mais de 500.000 novos casos diagnosticados a cada ano e uma taxa de incidência de 15,3% por cada 100.000 mulheres. A grande maioria dos casos de CCU (cerca de 85%) ocorre em países menos desenvolvidos, representando quase 12% da totalidade de cancros femininos e é, ainda, a principal causa de morte devido ao cancro nas mulheres (Cetisli, Top & Işık, 2016; Shepherd, Frampton & Harris, 2011). Em Portugal, a sua incidência é elevada, sendo a sua taxa padronizada por idade de 10,8 casos por cada 100.000 mulheres e a mortalidade estimada em 4,9 mortes por cada 100.000 mulheres.

É de salientar, que existem fortes evidências de uma associação causal entre o HPV e o CCU, constituindo uma das mais fortes observadas para qualquer cancro humano, o que reforça a importância da prevenção deste tipo de doença (Shepherd, Peersman, Weston & Napuli, 2000; Shepherd et al., 2011). Por sua vez, a prevalência geral do HPV (*Human Papiloma Virus*) foi estimada em 19,4% na população geral feminina (Félix, Alemany, Tous, Sanjosé & Bosch, 2016). A infeção por HPV é tão alarmante que provavelmente cerca de 75% a 85% dos indivíduos sexualmente ativos irão ser afetados durante a vida. Dado o aumento da implementação de programas de rastreio, a sua ocorrência diminuiu substancialmente nos países ocidentais. A infeção por HPV é mais frequente entre adolescentes e jovens adultos sexualmente ativos, incluindo populações de estudantes universitários (Priest & Knowlden, 2005). Estudos indicam que existe uma tendência estatisticamente significativa para o aumento da prevalência de HPV em cada ano de idade, especialmente entre os 14 e os 24 anos, seguido de um declínio gradual a partir dos 59 anos, confirmando o predomínio da infeção por HPV em mulheres mais jovens. Além disso, existem algumas disparidades sociais na ocorrência do CCU que podem dever-se a alguns fatores, tais como, o tabagismo, a má alimentação, o uso de contraceptivos orais durante vários anos, a inatividade física, a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), nomeadamente a *chlamydia*, o vírus do herpes e o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), e ainda, os níveis socioeconómicos mais baixos.

Relativamente à etiologia do CCU, a transmissão do HPV ocorre através do contato pele com pele no decurso da atividade sexual. Apesar de a sua transmissão ocorrer essencialmente pelo contato sexual, também poderá ocorrer através do simples toque ou da utilização de brinquedos sexuais (Shepherd et al., 2000; Shepherd et al., 2011).

No que refere aos seus fatores de risco, destaca-se ainda o início precoce da vida sexual, uma vez que as jovens que iniciam a sua vida sexual por volta dos 15 anos de idade apresentam o dobro do risco comparativamente àquelas que o fizeram após os 20 anos de idade. O aumento do número de parceiros sexuais está também associado a maior risco de CCU, tornando-se mais elevado à medida que aumenta o número de parceiros sexuais masculinos, uma vez que estes podem ser portadores do HPV. A par disto, a falta do uso do preservativo, ter um parceiro sexual não circuncidado e elevada paridade conduzem também a um maior o risco de contrair o HPV e de desenvolver o CCU (Shepherd et al., 2000; Shepherd et al., 2011). O facto de Portugal apresentar maior incidência desta doença comparativamente a outros países europeus, como é o caso da Inglaterra, pode ser explicado pelos comportamentos de risco praticados, entre os quais o menor uso do preservativo, o uso prolongado da pílula e a baixa realização do exame de papanicolau (Mendes, Mesher, Pista, Baguelin & Jit, 2017).

Posto isto, a prevenção primária do CCU é emergente e pode ser operacionalizada através de medidas como, o desempenho de práticas sexuais mais seguras, especificamente através do uso correto e consistente do preservativo e da redução do número de parceiros sexuais. Apesar do uso do preservativo não ser totalmente eficaz na prevenção da infeção pelo HPV, este pode evitar a sua propagação.

No que concerne à prevenção secundária, estudos apontam que o HPV pode ser detetado em 95 a 100% dos casos e, portanto, a importância do rastreio é basilar para a prevenção da doença (Shepherd et al., 2011). Nos últimos anos, com o recurso a programas de rastreio e de tratamento de lesões pré-cancerosas, a mortalidade e a incidência do CCU diminuíram visivelmente nos países desenvolvidos (Cetisli et al., 2016). A vacina constitui outro meio de prevenção potencialmente acessível, no entanto, tal não será explorado no presente estudo, dada a obrigatoriedade da vacinação nas faixas etárias estudadas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2008). Salienta-se ainda a importância da realização do exame de papanicolau periódico, uma vez que só no Reino Unido se verificou que este permitiu a redução da incidência do CCU em cerca de 5.000 mulheres por ano. Os programas de rastreio do CCU são recomendados na

maioria dos países desenvolvidos a mulheres entre os 25 e os 60 anos (Shepherd et al.,2011). Contudo, não deve ser rigidamente estabelecida uma idade para a sua realização, sendo que a *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda que o exame de papanicolau deve ser feito a partir dos 18 anos de idade ou do início da atividade sexual (Cetisli, et al.,2016).

Apesar de o CCU constituir um cancro mais evitável comparativamente a outros e de a sua prevenção ser por isso fundamental, existem menos programas de educação em saúde especificamente orientados para a promoção da prevenção de HPV e do CCU, em comparação com outros programas educacionais que abordam outras doenças sexualmente transmissíveis, como o VIH e que são menos comuns do que o HPV entre as mulheres mais jovens (Lambert, 2001; Shepherd et al.,2000; Shepherd et al.,2011). Além disso, a literatura aponta para a existência de uma lacuna no conhecimento acerca do HPV junto dos estudantes universitários (D'Urso, Thompson-Robinson & Chandler, 2007; Ingledue, Randall, & Bernard, 2004; Mehu-Parant, Rouzier, Soulat & Parant, 2010; Pereira, 2015).

A falta de informações factuais e a existência de conceções erróneas dos estudantes acerca desta problemática, bem como o escasso contato com os contextos médicos, podem contribuir para o envolvimento em comportamentos de risco. Como a investigação sugere, os jovens tendem a apresentar uma baixa adesão aos comportamentos preventivos do CCU, como por exemplo, o uso consistente do preservativo (D'Urso et al., 2007; Giuseppe, Abbate, Liguori, Albano & Angelillo, 2008; Priest & Knowlden, 2005), o exame de papanicolau (Mendes et al., 2017; Koç, 2015) e a restrição do número de parceiros (Priest & Knowlden, 2005).

Relativamente à promoção da abstinência sexual, é improvável que seja aceitável para muitos jovens e, portanto, constitui uma intervenção irrealista. Especificamente, nega-lhes a possibilidade de fazer escolhas sobre sua própria saúde e os seus relacionamentos, não os dotando com a informação e as competências necessárias para práticas sexuais mais seguras. Os comportamentos de adesão aos cuidados de saúde implicam que o indivíduo assuma uma atitude de envolvimento ativo, voluntário, de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde e a prevenção ou tratamento da doença, constituindo um processo complexo e influenciado por múltiplos fatores (Leal, 2002).

À luz de uma perspetiva cognitivista ter informação e a perceção de risco seriam requisitos suficientes para aderir a um determinado comportamento, como por exemplo o uso do preservativo.

Deste modo, a compreensão de diferentes comportamentos de saúde e dos seus mecanismos, constitui um meio ideal para apoiar as pessoas a adotarem e manterem os comportamentos preventivos necessários.

Para melhor compreender estas questões, é necessário recorrer a alguns modelos teóricos nos quais se destacam o Modelo Crenças na Saúde (HBM) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), a Teoria Social Cognitiva (SCT) (Bandura, 1991, 1998) e o Modelo da Ação Planeada (TPB) (Ajzen, 2011), pela sua aplicação em diversas intervenções neste âmbito. De facto, o conhecimento e a consciencialização são o primeiro grande requisito para que um determinado comportamento ocorra (Bandura, 1998, 2004). Contudo, mais do que o conhecimento são necessárias também as variáveis motivacionais para que a mudança comportamental aconteça (Bennett et al., 2015; Priest & Knowlden, 2015; Shepherd et al., 2000), especialmente na prevenção do CCU (Pereira, 2015; Oliveira, 2015). A motivação contempla diversas dimensões, tais como, as crenças, as expectativas, o valor e as metas para a ação, permitindo compreender o que leva os indivíduos a envolverem-se ou não, em diferentes comportamentos (Eccles & Wigfield, 2002).

O HBM tem sido amplamente utilizado para determinar as relações entre crenças e comportamentos de saúde, contemplando uma série de aspetos que visam compreender o motivo pelo qual os indivíduos optam, ou não, por medidas de prevenção e controlo de doenças, nomeadamente a suscetibilidade, a gravidade, os benefícios percebidos, as barreiras ou os custos para a realização de um comportamento e as pistas para a ação (Rosenstock et al., 1988; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). Também, de acordo com a Teoria da Expectativa-Valor, Eccles e colegas (1983) propuseram que o custo implica os aspetos negativos do envolvimento na tarefa, como a ansiedade de desempenho e o medo do fracasso que podem impedir a realização da ação (Eccles & Wigfield, 2002).

Por sua vez, a SCT contempla os fatores pessoais, as cognições, as emoções e os aspetos do ambiente social e físico que influenciam o comportamento. Considera ainda que tais comportamentos podem ter uma influência recíproca sobre esses mesmos fatores pessoais e ambientais (Bandura, 1991). Esta teoria enfatiza o papel da expectativa de resultado, que consiste na crença de que determinado comportamento conduzirá ou não a um determinado resultado e da autoeficácia, ou seja, a crença de que a pessoa é ou não capaz de organizar e executar os recursos e esforços necessários para realizar o comportamento, sendo esta última

apontada como um dos melhores preditores do comportamento. Note-se que estes dois tipos de expectativas se distinguem, pois os indivíduos podem acreditar que determinado comportamento produzirá um determinado resultado (expectativa de resultado), mas podem não acreditar que consigam realizar esse comportamento (autoeficácia) (Bandura, 1998; Maddux, Norton & Stoltenberg, 1986; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). A TPB dá enfoque à intenção que é encarada como basilar para que o comportamento ocorra. A intenção implica que o indivíduo esteja motivado a concretizar o seu plano ou a decisão consciente para o envolvimento num comportamento. Pode dizer-se que a intenção é encarada como um plano comportamental que, quando combinado com as oportunidades e recursos adequados, possibilita alcançar um dado objetivo (Conner & Armitage, 1998). Por sua vez, a intenção é influenciada pelas atitudes ou crenças acerca do comportamento e respetiva avaliação dos resultados, pelas normas subjetivas, isto é, as crenças sobre as atitudes de outros de significativos e a influência que estes exercem, e finalmente pelo controlo percebido (Ajzen, 2011). Apesar de a autoeficácia e o controlo percebido serem habitualmente confundidos, estes dois construtos distinguem-se. Em primeiro lugar, a autoeficácia surge com frequência como um preditor do comportamento, o que nem sempre ocorre com o controlo percebido. Em segundo lugar, o controlo percebido é composto por duas dimensões, que influenciam a perceção do indivíduo de que um comportamento é fácil ou difícil de desempenhar, ou seja, existem fatores internos (controlo interno) e externos ou ambientais (controlo externo) que podem inibir ou facilitar a ação, ao passo que a autoeficácia está relacionada com a perceção de competência pessoal para realizar uma tarefa (Conner & Armitage, 1998). Além destes fatores, a realização de comportamentos de saúde pode dever-se também ao envolvimento e à valorização da saúde e da vida. Os indivíduos com mais motivação para a saúde, tendem a ser mais envolvidos em comportamentos que melhor contribuem para uma boa saúde e forma física (Snell, Johnson, Llyod & Hoover, 1991).

Deste modo, percebendo quais os mecanismos apontados pela literatura como responsáveis pela adesão a determinados comportamentos será mais fácil desenhar intervenções que se debrucem sobre a temática da prevenção do CCU, na qual ainda há alguma escassez.

Na sociedade atual e considerando que o HPV tem maior incidência em mulheres mais jovens, as tecnologias e os novos meios de comunicação tornam-se uma ferramenta útil para a sua prevenção.

A utilização do vídeo no desenvolvimento de novos programas de intervenção na saúde tem alcançado resultados promissores, podendo abranger um maior número de pessoas de forma mais rápida e económica. Um estudo de Allen, Sherrod e Williams (2017) através de uma breve intervenção com vídeo conseguiu aumentar significativamente o conhecimento de jovens universitários acerca das DST's. O *Bad Sugars, Bad Eyes* foi um estudo que utilizou um vídeo culturalmente adaptado com o intuito de sensibilizar para a incidência da diabetes e o respetivo rastreio, num grupo de 84 australianos, tendo conseguido aumentar significativamente o conhecimento (Meyer et al. 2016). Um estudo randomizado realizado nos E.U.A, com o objetivo de avaliar as atitudes dos utentes dos serviços preventivos da *US Task Force* sobre o rastreio do cancro da próstata e do cancro da mama, recorreu à demonstração de um vídeo. Os resultados apontaram que o vídeo persuasivo aumentou significativamente as intenções de rastreio, comparativamente ao formato de papel tradicional (Saver et al. 2017). Também Downs et al. (2004) avaliaram um vídeo interativo que forneceu informações sobre saúde sexual a 300 mulheres e que permitia o treino de competências comportamentais. Os resultados foram comparados com uma intervenção com um livro que continha o mesmo tipo de conteúdo, concluindo-se que embora o conhecimento aumentasse independentemente da intervenção recebida, a intervenção com vídeo foi mais eficaz na redução de comportamentos sexuais de risco e nas taxas de DST, dada a sua natureza atrativa e dinâmica. As mudanças mantiveram-se após 6 meses de *follow-up*. Igualmente na investigação de Sanderson e Yopyk (2007) um pequeno vídeo permitiu aumentar a autoeficácia, a intenção e o uso do preservativo em estudantes universitários. Por sua vez, o *Baby's Breath* foi uma intervenção através de vídeo cujo objetivo foi diminuir a exposição ao fumo de tabaco em mulheres grávidas ou com filhos recém-nascidos. O vídeo transmitia consistentemente modelos de escolhas de saúde positivas, treino de competências e promovia o conhecimento. Adicionalmente, o vídeo envolvia expectativa de resultado (gravidez e filho mais saudável se evitar o tabaco), reforçava papéis sociais de outras mulheres da comunidade, descrevia recursos comunitários e fornecia sugestões para ultrapassar os custos. Em suma, o estudo demonstrou a eficácia da intervenção com o vídeo de baixo custo na mudança do comportamento, diminuindo a exposição das participantes ao fumo do tabaco (Risica, Gavarkovs, Parker, Jennings & Phipps 2017).

No domínio específico da adesão a comportamentos preventivos do CCU, um estudo português pretendeu perceber se através de uma intervenção com vídeo e outra de vídeo combinado com SMS (*Short Message Service*) era possível mudar os três aspetos chave para adesão a tais comportamentos, isto é, o conhecimento, a motivação e a intenção. As autoras concluíram que no grupo de intervenção com vídeo foi possível aumentar apenas o conhecimento e a expectativa de resultado, porém não conseguiram alterar as intenções nem os comportamentos (Lemos, Rothes, Oliveira & Soares, 2017). Tal ideia é concordante com Sweeney, Mcanulty, Reeve e Cann (2015) em que a sua intervenção com vídeo não foi eficaz na redução de comportamentos de risco, como o uso do preservativo e a redução de parceiros sexuais.

Ainda assim, uma revisão sistemática acerca de intervenções de vídeo verificou que estas podem ser eficazes para modificar diferentes comportamentos de saúde, nomeadamente na realização do autoexame da mama, no rastreio do cancro da próstata, na proteção solar, na obtenção do teste de VIH e na adesão ao seu tratamento. Além disso, o vídeo possibilita a modelagem o que pode facilitar a aprendizagem de novos comportamentos (Tuong, Larsen & Armstrong, 2012).

Para que as intervenções de educação em saúde, nomeadamente com vídeo sejam eficazes, devem promover a redução dos comportamentos sexuais de risco, bem como fornecer informações factuais e promover o desenvolvimento da motivação e a mudança de atitudes (Priest & Knowlden, 2005; Shepherd et al., 2000). Todavia, é de salientar que os estudos existentes acerca do CCU foram realizados principalmente nos EUA, o que pode limitar sua aplicação e generalização noutros países (Shepherd et al., 2011). Em Portugal, a avaliação desses programas são escassos, pelo que a realização do presente estudo se torna pertinente.

A partir do que foi descrito, parecem ser numerosas as vantagens da utilização do vídeo. As intervenções com vídeo podem ser um meio menos intensivo de fornecer conteúdo educacional, sendo a sua natureza visual capaz não só de concentrar mais a atenção na informação como também proporcionar uma maior motivação para uma mudança comportamental duradoura, do que apenas com métodos tradicionais de texto (Tuong et al., 2012; Risica et al., 2017).

Neste seguimento, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar os efeitos de uma breve intervenção educativa com vídeo para a prevenção do CCU entre estudantes universitárias. Particularmente, o estudo pretendeu avaliar o conhecimento, a motivação, a intenção e o comportamento relativamente ao CCU, antes e após uma intervenção, com apenas uma única sessão de vídeo. Adicionalmente, definiram-se dois objetivos exploratórios. O primeiro pretendeu apurar se o uso da contraceção oral constitui um fator que influencia a prática dos comportamentos preventivos do CCU. Este objetivo torna-se pertinente na medida em que estudos indicam que as mulheres que tomam a pílula tendem a utilizar menos métodos contraceptivos de barreira, aumentando assim a probabilidade de contraírem diversas DST, nas quais se inclui o HPV (Hammer, Fisher, Fitzgerald & Fisher, 1996; Fazekas, Senn & Ledgerwood, 2001). Deste modo, pretendeu perceber-se se isto se generaliza aos restantes comportamentos preventivos do CCU, talvez pela crença de que os sujeitos possam estar suficientemente protegidos ou de que não se envolvem em comportamentos de risco. O segundo objetivo procurou através de uma entrevista de grupo saber quais as componentes da intervenção (vídeo) que tiveram mais impacto no conhecimento e no comportamento de prevenção do CCU, assim como compreender as suas potencialidades e limitações.

Os efeitos da intervenção foi avaliada através de um questionário construído a partir de um instrumento previamente desenvolvido por Pereira (2015), no âmbito do projeto em que este estudo se insere e no qual são medidas diversas dimensões associadas à prevenção do CCU. Portanto, este estudo testou os efeitos da intervenção, incluindo não apenas os efeitos no conhecimento, mas também nas dimensões motivacionais e nos comportamentos preventivos do CCU nas estudantes universitárias. Por fim, como hipóteses de investigação colocam-se: (1) A intervenção com vídeo aumentará o conhecimento, a motivação e a intenção das participantes acerca do CCU. (2) A intervenção com vídeo aumentará a realização dos comportamentos preventivos do CCU.

Estudo Empírico

1. Método

1.1 Participantes

No estudo participaram 71 estudantes universitárias selecionadas por conveniência do 3º ano do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). A maioria (74.1%) tem idades compreendidas entre os 18-21 anos sendo pertinente para o presente estudo, uma vez que se trata de uma faixa etária com maior risco de contrair o HPV (DGS, 2008; Sheperd et al.,2011).

Porém, participantes mais velhos não foram excluídos, já que em idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos existe maior risco de prevalência de lesões pré-cancerosas e de doença invasiva, nomeadamente de CCU (DGS, 2008). Estes dados fazem parte de um estudo mais vasto que incluiu três momentos de medida. Do total da amostra perderam-se do pré-teste para o pós-teste 32 sujeitos (45.1%) e do pós-teste para o *follow-up* 28 sujeitos (39.4%).

Tabela 1

Caracterização da amostra na baseline

Idade		<i>M (DP)</i>				
		1.28 (6.61)				
Área de Residência	Rural	Urbana			Suburbana	
	15.5%	59.2%			25.4%	
Nível Educacional da Mãe	Ensino Básico	Secundário	Pós-Secundário	Superior	Pós-Graduado	
	43.7%	22.5%	2.8%	18.3%	8.5%	
Histórico de Cancro	Próprio	Parceiro	Familiar Próximo	Outro familiar	Amigo Próximo	Outro Amigo
	2.8%	1.4%	57.7%	63.4%	11.3%	31%

1.2 Plano de investigação

1.2.1 Estudo quantitativo

Este estudo seguiu um *design* do tipo pré- e pós-teste com *follow-up* após 1 mês do final da intervenção, na medida em que se pretendeu verificar os efeitos de uma intervenção numa única amostra de sujeitos, ao longo do tempo. No pré-teste foram administrados questionários a 71 estudantes universitárias, sendo que o grupo de intervenção foi constituído por 46 estudantes que viram um vídeo (Unidade de Prevenção do Cancro – IPATIMUP, 2014), que tem sido utilizado em programas de educação para a saúde (e.g., Barros et al., 2014; Pereira, 2015; Oliveira, 2015).

Para o efeito, selecionaram-se, aleatoriamente, as estudantes que iriam ver o vídeo. No pós-teste, participaram 37 estudantes que viram o vídeo. Foi ainda realizado um *follow-up*, contudo, visto que ocorreu próximo do final ano letivo, apenas foi possível reunir 9 estudantes.

1.2.2 Estudo qualitativo

Uma vez que seria difícil aceder a alguns aspetos unicamente através da administração de um questionário foram realizadas entrevistas semiestruturadas. O objetivo foi perceber, na perspetiva das entrevistadas, quais as componentes da intervenção (vídeo) que consideram que teve mais impacto no conhecimento e no comportamento de prevenção do CCU, assim como compreender as potencialidades e limitações deste meio de intervenção.

Para este fim, concebemos uma entrevista de grupo semiestruturada, composta por 4 questões orientadoras que foi realizada com seis estudantes universitárias, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 25 anos.

1.3 Medidas

A construção do questionário teve por base o instrumento previamente desenvolvido no âmbito do projeto em que este estudo se insere, por Pereira (2015). A versão utilizada neste estudo é composta por um total de 71 itens, com 11 dimensões, nomeadamente os dados Sociodemográficos (6 itens), a Proximidade com o cancro (6 itens), o Conhecimento (16 itens), o Comportamento (3 itens), a Intenção (3 itens), as Expectativas de Resultado (2 itens), a

Autoeficácia (3 itens), o Custo (3 itens), a Influência de Pessoas Importantes (3 itens), e o Envolvimento na Saúde (23 itens) e o Envolvimento na Vida (3 itens) (apêndice A). O questionário utilizado no presente estudo selecionou um conjunto de dimensões e de itens da versão original de Pereira (2015), com base em critérios teóricos e empíricos. Para além disso, adicionaram-se alguns itens, nomeadamente um item acerca da toma da pílula, com o intuito de perceber se as mulheres que optam por este meio contraceptivo também recorrem ao uso do preservativo e, ainda, 20 itens sobre o Envolvimento na Saúde. Os itens relacionados com a vacina foram excluídos, pois sendo contemplada pelo Plano Nacional de Vacinação, desde 2008 (SNS, 2016), a toma da vacina na presente amostra não seria em muitos casos uma opção.

A primeira parte do questionário é composta por um conjunto de variáveis sociodemográficas: Idade, Sexo, Área de Residência, Nível Socioeconómico obtido através da Profissão e do Nível Educacional da Mãe e o Histórico de Cancro referente ao próprio, a membros da família e a amigos. A segunda parte pretende avaliar o Conhecimento, Variáveis Motivacionais, a Intenção e o Comportamento.

No que concerne ao Conhecimento acerca do CCU, retiveram-se 16 itens, em que 5 dizem respeito a Conhecimento Geral do CCU e 11 avaliam o Conhecimento dos Fatores de Risco do CCU, eliminando a duplicação de conteúdos.

Relativamente ao Comportamento, retiveram-se 3 itens, exceto o item da vacina. O item relativo à restrição do número de parceiros sexuais foi substituído, perguntando pelo número de parceiros sexuais ao longo da vida, como forma de obter uma visão sobre a história sexual dos indivíduos. À luz dos modelos teóricos da Teoria da Ação Planeada e do Modelo das Crenças na Saúde, consideram-se as variáveis motivacionais, selecionando as que apresentam mais forte associação com a adesão a comportamentos preventivos do CCU nos estudos prévios da equipa (Pereira, 2015; Oliveira, 2015).

Tal como verificaram Lemos, Rothes, Oliveira e Soares (2017) mudar as intenções em relação à adesão aos comportamentos de prevenção do CCU, implica não só aumentar o conhecimento e as expectativas, mas também a intenção. Assim, retivemos 3 itens na Intenção, exceto o item referente à vacina.

Por sua vez quantos às variáveis motivacionais, a Expectativa Resultado, consiste na crença de que um dado comportamento conduz a um determinado resultado, pelo que se mantiveram 2 itens. Quanto à Autoeficácia reunimos um total de 3 itens, referentes à crença de

que o indivíduo é ou não capaz de realizar um determinado comportamento (Strecher et al., 1986; Madux et al., 1986).

Para avaliar o Custo, mantiveram-se 3 itens que não contêm a palavra “medo”, pois tal como se verificou num estudo de Gold et al., os sujeitos preferem mensagens cujo conteúdo é mais apelativo e positivo e que não recorre ao fator medo (cit in Oliveira, 2015, p.33).

Quanto às Influências de Pessoas Importantes retivemos 3 itens, que avaliam os incentivos percebidos para a realização de comportamentos preventivos.

Ainda no que respeita à Motivação, o presente questionário avalia o Envolvimento na Saúde em geral (23 itens) e o Envolvimento na Vida (3 itens), teoricamente associados à maior adesão a comportamentos de saúde preventivos específicos (Pereira, 2015; Oliveira, 2015). Para além dos 6 itens da versão de base acrescentaram-se 20 itens com base no instrumento autorrelato designado *Health Orientation Scale* (HOS), desenvolvido por Snell e colaboradores em 1991, que tem como objetivo avaliar as características psicológicas relacionadas com a saúde.

Relativamente à escala de resposta, o questionário utiliza diferentes escalas. Nos itens sociodemográficos pediram-se respostas livres ou para selecionar a opção entre várias alternativas com respostas específicas. Na proximidade foi utilizada uma escala de dicotómica, acrescentando-se apenas a opção “*não sei*” (1 - Sim a 3 - Não sei). No item referente à toma da pílula e também na dimensão Conhecimento, utilizou-se uma escala de resposta dicotómica, à exceção dos Fatores de Risco, na qual foi utilizada uma escala de Likert (1 - Discordo Totalmente a 5 - Concordo Totalmente).

Relativamente ao Comportamento utilizaram-se diferentes escalas para a realização do exame do Papanicolau (escala dicotómica), o uso do preservativo (escala de likert de 1 - Nunca - a 5 - Sempre) e para o número de parceiros (escala de likert de 1 - nenhum a 4 - 4 ou mais). No que concerne à Intenção, utilizou-se uma escala de Likert (1 - De certeza que não farei - a 5 - De certeza que farei). O mesmo acontece para a Expectativa Resultado, para a Autoeficácia, para o Custo e para a Influência de Pessoas Importantes (1 - Discordo totalmente - a 5 - Concordo totalmente). Por fim, no Envolvimento na Saúde e no Bem-estar utilizou-se uma escala de Likert (1 - Não é de todo uma característica minha - a 5 - É muito uma característica minha), tal como no estudo de Snell e colaboradores (1991). Acrescenta-se ainda que relativamente aos dados sociodemográficos, o participante tinha a opção "prefiro não

responder". Por sua vez, na Expectativa de Resultado e na Autoeficácia existia a opção "Não se aplica". No que refere ao Comportamento de realização do Papanicolau e à Intenção, estavam presente nestas duas alternativas de resposta.

A entrevista de grupo era composta pelas seguintes questões: 1. "O que recordam do vídeo?"; 2. Quais os aspetos positivos e negativos do vídeo? 3. "Que comportamentos de prevenção abordava o vídeo?"; 4. "Há algum aspeto do vídeo que a tenha influenciado?".

1.4 Procedimento

O questionário foi administrado pelas investigadoras coletivamente aos estudantes de uma turma de 3º ano do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCEUP, em que foi realçado o facto de o seu preenchimento ser voluntário e anónimo.

No pré-teste, todos os participantes responderam ao questionário durante uma unidade curricular e cerca de metade desses estudantes, aleatoriamente selecionados visualizou o vídeo sobre o CCU. Este vídeo foi desenvolvido por uma equipa da (Unidade de Prevenção do Cancro -IPATIMUP, 2014), da Unidade de Prevenção do Cancro de Patologia Molecular e Imunologia da Universidade do Porto, o qual tem uma duração de 12 minutos (<https://www.youtube.com/watch?v=PHJAJZ3W11A&t=253s>). O vídeo aborda as principais causas e os fatores de risco associados ao CCU, bem como enfatiza a importância da adoção de comportamentos preventivos.

No pós-teste administrou-se, novamente, o questionário numa aula de uma unidade curricular a estudantes que viram o vídeo. No *follow-up* solicitou-se a participação dos estudantes via *e-mail* para o preenchimento do questionário, porém não houve nenhum voluntário. Deste modo, optou-se novamente por apelar à participação dos estudantes no decurso de outras unidades curriculares.

As entrevistas foram realizadas com outra amostra de estudantes na Escola Superior de Educação de Viana do Castelo (ESE), que frequentavam o 4º ano de Mestrado Integrado em Formação de Professores e Educadores, uma vez que estas participaram num estudo semelhante, no qual visualizaram o mesmo vídeo. A recolha de dados seguiu os princípios éticos e normas deontológicas da investigação, obtendo aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP.

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado através da IBM SPSS *Statistics* Versão 24.0 e na análise das entrevistas recorreu-se à análise temática de conteúdo (Bardin, 2011). Inicialmente, foram realizadas análises descritivas gerais incluindo médias e desvio padrão. Através do teste de aderência *Kolmogorov-Smirnov* não se verificou uma distribuição normal ($p < .05$) à exceção da escala do Conhecimento dos Fatores de Risco. Por sua vez, através da assimetria $|sk|$ e curtose $|ku|$, cujos valores devem situar-se entre -1.96 e 1.96, verificou-se que a escala Envolvimento na Vida é a que apresenta maior desvio à normalidade. Todas as outras apresentam valores satisfatórios (apêndice C). Através do diagrama de caixa (*box plot*) procedeu-se à verificação dos *outliers*. Além disso, procedeu-se à imputação de *missings* para as variáveis cujo resultado deriva de um somatório, realizando o cálculo da média dos valores não omissos do sujeito e atribuindo essa média ao valor omissivo (Bryman & Cramer, 2003, p.58). Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais para variáveis de conhecimento, de comportamento, de intenção e das dimensões motivacionais. De forma a testar os efeitos da intervenção foi utilizado o *test t-student* para amostras emparelhadas devido à sua maior robustez. Devido aos desvios à normalidade, recorreremos ao teste não-paramétrico de Wilcoxon. No entanto, como os resultados foram semelhantes aos verificados através do *test t-student*, utilizaram-se as estatísticas paramétricas. Para apurar o número e o tipo de comportamentos preventivos realizados pelas estudantes que tomam a pílula, procedemos ao cruzamento das variáveis, contraceção oral com os três principais comportamentos preventivos do CCU, de modo a obter as combinações possíveis entre si. Para este fim, foram utilizadas tabelas de contingência (*crosstabulation*).

A entrevista de grupo foi integralmente transcrita, podendo ser consultada no apêndice B. Através de uma abordagem indutiva foi realizada uma análise temática. Deste modo, a partir das respostas dadas às questões abertas procedeu-se à sua codificação, ou seja, à transformação dos dados brutos do texto em unidades de registo. Estas unidades são simultaneamente unidades de significação e foram obtidas através de recortes ao nível semântico (tema) e/ou linguísticos (frases e palavras) (Bardin, 2011). Uma vez que os dados foram analisados de forma independente por dois membros da equipa de investigação os temas emergentes foram discutidos através de um processo consensual.

2. Resultados

2.1 Caracterização da amostra

As características sociodemográficas da amostra encontram-se descritas na Tabela 1.

2.2 Conhecimento, comportamento e variáveis motivacionais: resultados descritivos para as variáveis no pré-teste

Os resultados das dimensões avaliadas no pré-teste e no pós-teste podem ser consultados no apêndice C.

No que refere ao conhecimento geral sobre o CCU, mais de três quartos das estudantes responderam corretamente aos seguintes itens: *“O cancro do colo do útero é hoje uma doença maligna que causa mortalidade e morbilidade importante”* (item 8) e ao item 12 *“O desenvolvimento do cancro do colo do útero pode ocorrer passados 20 ou 30 anos depois do momento da infeção por HPV.”* Por sua vez, mais de metade das estudantes acertou no item 10 *“Praticamente 100% dos casos de cancro do colo do útero são causados pelo HPV (Virus do Papiloma Humano).”* Contudo, a maioria respondeu incorretamente ao item 9 *“O cancro do colo do útero é uma doença sexualmente transmissível”* e ao item 11 *“O HPV transmite-se facilmente e silenciosamente durante o contacto sexual”*.

Quanto ao conhecimento dos fatores de risco as estudantes apresentam conhecimento limitado. É de salientar que foi no item 13.3 *“Ter um sistema imunitário enfraquecido”* que as participantes apresentaram menos conhecimento ($M=2.01$, $DP=.73$), contrariamente ao item 13.7 *“Começar a ter relações sexuais numa idade jovem”* em que as estudantes apresentaram mais conhecimento ($M=3.86$, $DP=1.02$). No comportamento, a maioria das estudantes não realiza os exames de papanicolau e não utiliza sempre o preservativo nas relações sexuais. Em contrapartida, na sua maioria não tiveram nenhum ou um parceiro ao longo da vida.

De um modo geral, as participantes manifestaram intenção em envolver-se nos diferentes comportamentos do CCU. Além disso, as participantes demonstraram ter expectativa de resultado e autoeficácia para a realização dos comportamentos preventivos. Por sua vez, as estudantes não consideram que os comportamentos preventivos geram custo. Quanto às influências de pessoas importantes, as estudantes consideram que as pessoas importantes

realizam tais comportamentos e exercem uma influência positiva na sua motivação. Porém, no item 24 invertido: “*As pessoas importantes pra mim desencorajam-me de realizá-los*”, as participantes apresentaram uma média de resposta semelhante ($M=4.45$, $DP=.86$) aos restantes itens desta dimensão, item 25 “*As pessoas importantes para mim realizam-nos*” ($M=4.10$, $DP=.96$) e item 26 “*As pessoas importantes para mim motivam-me a realizá-los*” ($M=3.86$, $DP=.96$) o que parece indicar que existe uma tendência de resposta. Portanto, as participantes poderiam ser ainda mais positivamente influenciadas pelas pessoas importantes, caso não tivesse ocorrido esta tendência de resposta.

Por fim, as estudantes demonstram ser moderadamente envolvidas com a saúde e com a vida.

2.3 Avaliação dos efeitos da intervenção no Conhecimento, Comportamento e Variáveis Motivacionais

Através do *test t student* para amostras emparelhadas verificou-se que o conhecimento geral aumentou, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste ($M=7.29$, $DP=1.18$) e o pós-teste [$M=6.17$, $DP=1.04$; $t(37) = 4.55$, $p=.001$].

No conhecimento dos fatores de risco, verificou-se um aumento significativo entre o pré-teste ($M=2.76$, $DP=.41$) e o pós-teste [$M=3.58$, $DP=.44$; $t(37) = -7.30$, $p=.001$].

No comportamento, especificamente de realização do exame de papanicolau, frequência do uso do preservativo e restrição do número de parceiros sexuais, não se verificaram diferenças significativas entre o pré-teste. Do mesmo modo, na frequência do uso do preservativo, não se verificaram diferenças significativas entre o pré-teste e pós-teste.

Relativamente à intenção, especificamente de realização do exame de papanicolau, frequência do uso do preservativo e redução do número de parceiros sexuais, não se verificaram diferenças significativas entre o pré-teste e o pós-teste.

No que refere à expectativa de resultado, verificou-se um aumento significativo entre o pré-teste ($M=4.25$, $DP=.60$) e o pós-teste [$M=4.48$, $DP=.57$; $t(37) = -2.39$, $p=.022$]. No custo apesar de não se terem verificado diferenças significativas entre pré-teste ($M=2.21$, $DP=.59$) e o pós-teste [$M=2.00$, $DP=.70$; $t(36) = 1.77$, $p=.08$], existe uma tendência num sentido desejável.

Na autoeficácia, influência de pessoas importantes, envolvimento na saúde e envolvimento na vida não se verificaram diferenças significativas entre o pré-teste e o pós-teste.

Assim, a hipótese (1) apenas se confirmou parcialmente uma vez que só se verificaram mudanças no conhecimento e na expectativa de resultado. Pelo contrário, a hipótese (2) a intervenção com vídeo aumentará os comportamentos preventivos do CCU, não foi confirmada.

2.4 Cruzamento da Contraceção Oral com os Comportamentos Preventivos do CCU

A contraceção oral não constitui um método preventivo do CCU, sendo aliás o seu uso prolongado um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Contudo, como a maioria da amostra (63.4%) utiliza este método contraceptivo, considerou-se relevante apurar se as participantes que o utilizam, praticam um ou mais comportamentos preventivos do CCU comparativamente às que não o utilizam e também qual ou quais são eles. Logo, pretendeu-se perceber se o facto de tomar a pílula leva as participantes a considerar que estão suficientemente protegidas, ainda que esta seja uma crença errónea. Lembra-se que na nossa amostra ($N=71$) cerca de 56.4% ($n=40$) não teve nenhum parceiro sexual ao longo da vida ou teve apenas um e 33.8% ($n=24$) faz o exame de papanicolau. Finalmente, cerca de 31% ($n=22$) utiliza sempre o preservativo.

Verificou-se que a maioria das participantes que toma a pílula (57.7%), apenas pratica um comportamento preventivo (figura 1), sendo o comportamento mais praticado a redução do número de parceiros sexuais (56.1%). Contudo, das 24 participantes que não tomam a pílula também a maioria (66.6%) apenas pratica um dos comportamentos de prevenção, sendo igualmente a redução do número de parceiros o comportamento mais praticado pela maioria (74%). Tal como esperado, as participantes que tomam a pílula usam menos o preservativo (32.5%) comparativamente às que não tomam a pílula (41.2%).

Por sua vez, os comportamentos menos adotados por todas as participantes são a realização do exame do papanicolau e o uso do preservativo tal como se pode verificar na figura 2.

Figura 1

Número de comportamentos preventivos praticados

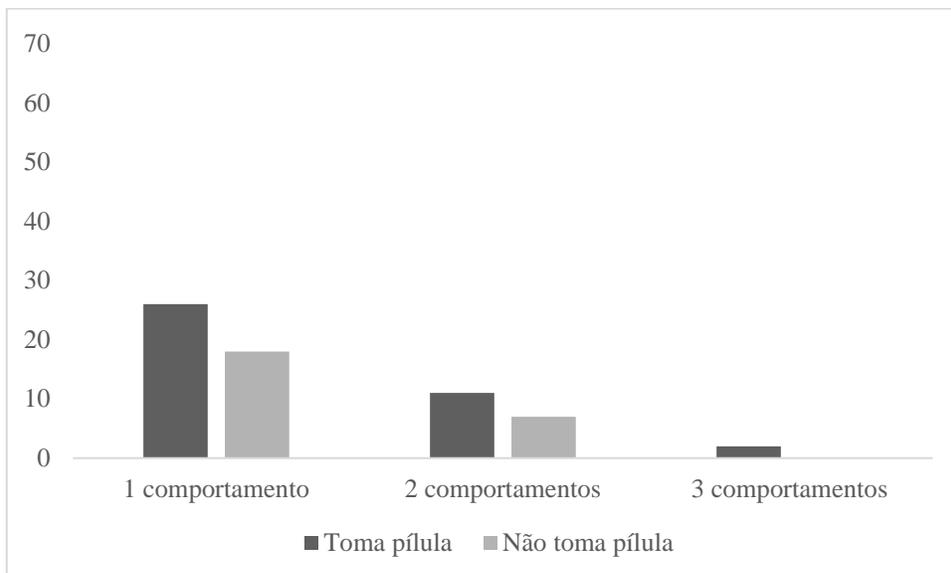
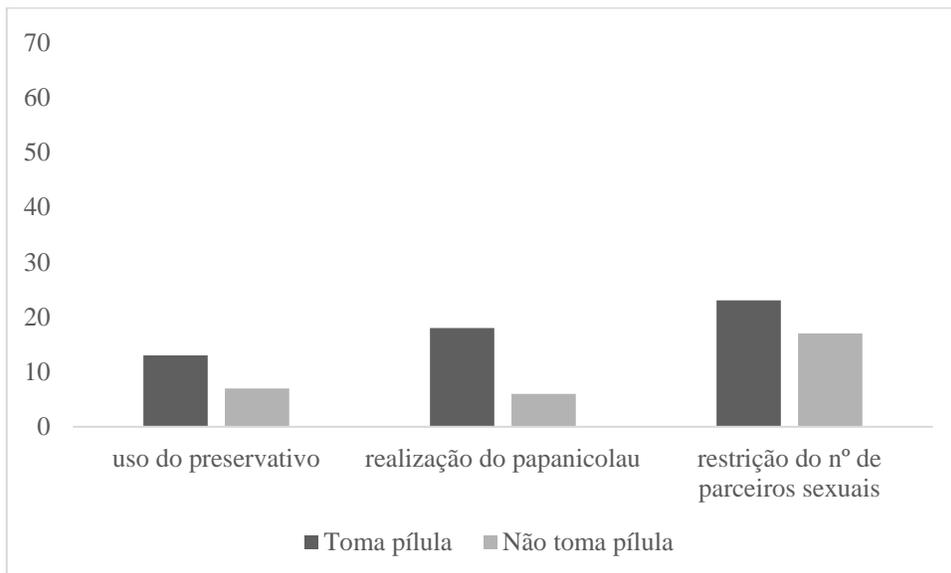


Figura 2

Tipo de comportamentos preventivos praticados

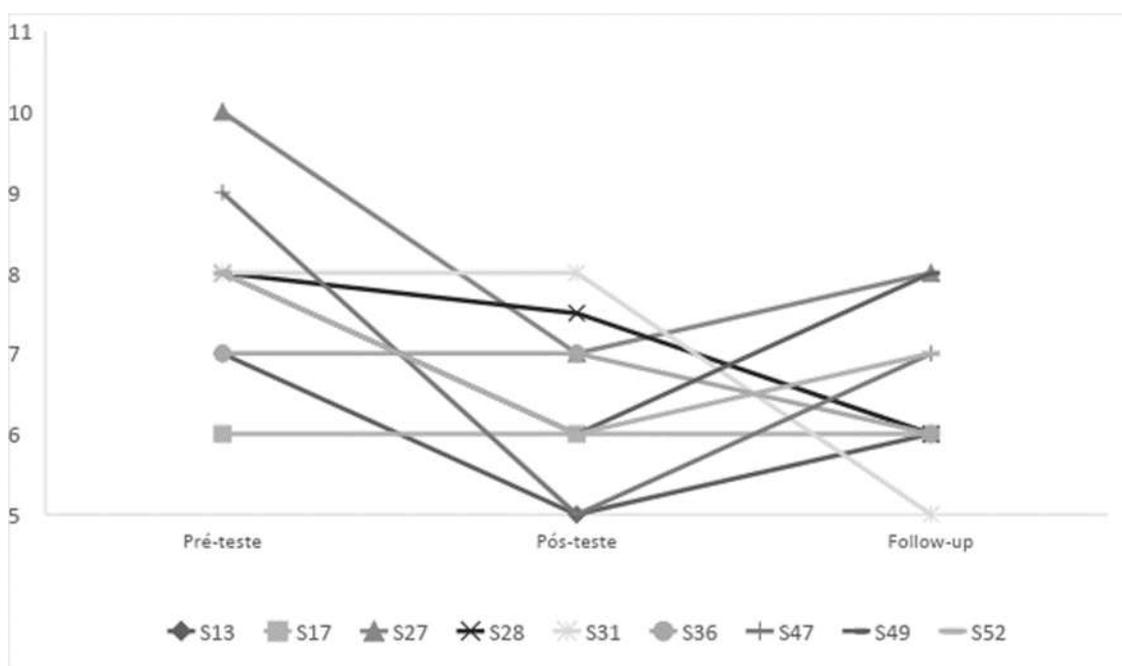


2.5 Follow-up

Os valores do conhecimento geral são referentes aos somatórios das respostas dadas por cada um dos sujeitos e nas restantes dimensões foram analisadas as médias individuais de resposta em cada uma das diferentes dimensões. O conhecimento geral aumentou em sete destes sujeitos no pós-teste, tornando a aumentar em três sujeitos no *follow-up*.

Figura 3

Evolução do conhecimento geral



De um modo geral, não houve mudanças nos diferentes comportamentos. No comportamento do uso do preservativo, salienta-se um sujeito que passou de usar algumas vezes o preservativo no pré-teste para quase sempre no pós-teste, mantendo-se assim no *follow-up* e outro que passou de quase nunca usar o preservativo no pré-teste para quase sempre usar no *follow-up*.

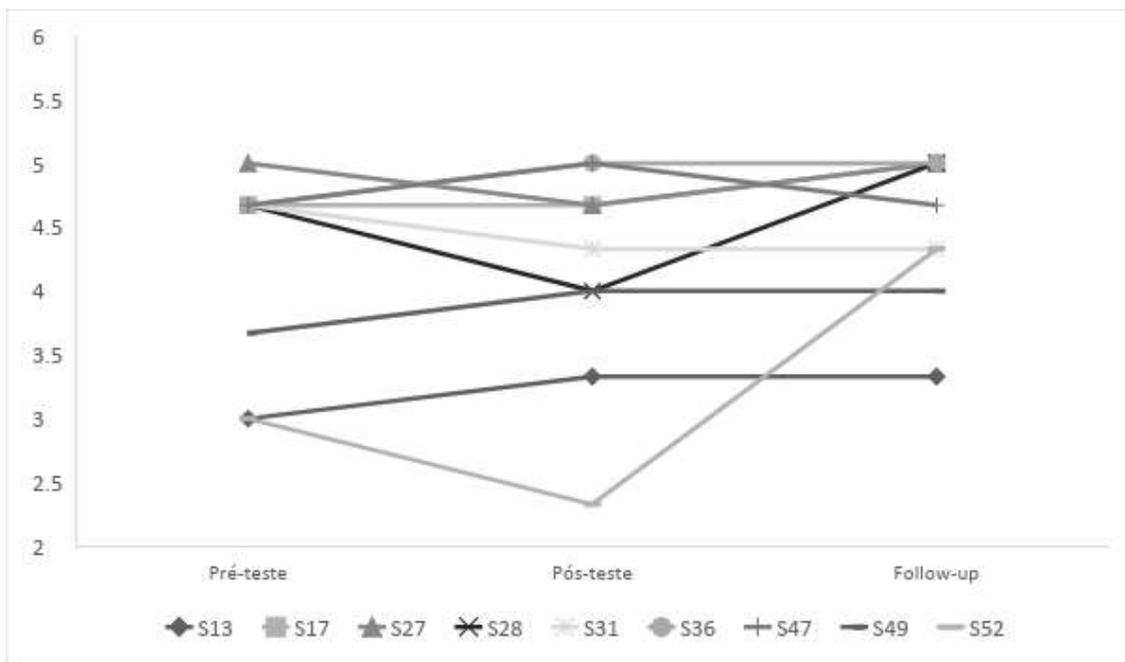
Na intenção de realizar o exame de papanicolau, todos os sujeitos mantiveram a intenção de realizar o exame. Na intenção do uso do preservativo, de forma geral não se verificaram mudanças, à exceção de três sujeitos nos quais houve um aumento na intenção, com particular

enfoque num sujeito que oscilou da ausência de intenção para a total intenção. Na intenção de reduzir o número de parceiros também não se verificaram mudanças, destacando-se apenas um sujeito que passou de ter pouca intenção no pré-teste, para muita intenção de realizar este comportamento, tanto no pós-teste como no *follow-up*. Como esperado, já que não se verificaram mudanças nas intenções do pré para o pós-teste dificilmente se verificariam no *follow-up*.

A expectativa de resultado apenas aumentou em um sujeito no *follow-up*. Pelo contrário diminuiu em dois sujeitos, sendo que em um deles passou de uma posição neutra no pré-teste, para um aumento na expectativa de resultado no pós-teste, até revelar muito pouca expectativa de resultado no *follow-up*.

Figura 4

Evolução da autoeficácia



De forma geral, a autoeficácia manteve-se após a intervenção. Todavia, verificou-se um ligeiro decréscimo no *follow-up*, num sujeito. O sujeito nº 52 assumiu, inicialmente uma posição neutra. Após a intervenção este sujeito indicou baixa autoeficácia e já no *follow-up* apresentou elevada autoeficácia, o que parece sugerir um efeito de tempo positivo. Curiosamente este sujeito revelou também um aumento do custo.

Já no envolvimento na Saúde, destaca-se novamente o sujeito nº 52 que apresentou um ligeiro aumento, passando de moderadamente envolvido no pré e pós-teste, para muito envolvido no *follow-up*. Também o sujeito nº 27 passou de um pouco envolvido no pré-teste para moderadamente envolvido nas restantes condições.

No envolvimento na vida, verificou-se um decréscimo em dois sujeitos que passaram de muito envolvidos com a vida, para moderadamente envolvidos e um sujeito que passou de moderadamente envolvido para um pouco envolvido.

Em síntese, destaca-se o sujeito nº 52 como principal alvo de mudanças, tendo-se verificado mudanças favoráveis no comportamento e na intenção do uso do preservativo, na intenção em reduzir parceiros sexuais, bem como um aumento progressivo na autoeficácia e um ligeiro aumento no envolvimento na saúde. Curiosamente, a expectativa de resultado diminuiu com o tempo e o custo aumentou neste sujeito.

2.6 Análise dos dados da entrevista de grupo acerca do vídeo

De um modo geral, as entrevistadas salientaram como aspetos importantes retidos através do vídeo, o facto de este transmitir informação factual acerca do CCU e de esta ser transmitida por profissionais de saúde. Neste sentido, parece que o conhecimento ainda é um aspeto prioritário, mesmo para as populações mais jovens, dado que este é um tipo de cancro menos falado comparativamente a outros *”Sou sincera, não é que tenhamos ouvido falar assim muito. É só da vacina. Lá está, na altura da vacina ainda se falava mas depois esqueceu-se, o assunto morreu.”*.

Relativamente aos aspetos positivos do vídeo, as jovens frisaram novamente a relevância do conhecimento, especificamente do conhecimento consciente *“ Ouvimos falar mas nada em concreto, é tudo muito geral e não é só aquilo.”*; *“Não temos noção que havia tantos casos de cancro do colo do útero”*; *“O facto de a transmissão não ser, como no cancro da mama que acontece, o facto de haver um comportamento de risco, torna-se mais evitável.”*. Adicionalmente, as entrevistadas consideram que a visualização de um vídeo é um meio que torna as intervenções na área da saúde mais atrativas e dinâmicas e, como tal, podem produzir mais mudanças.

Por outro lado, relativamente aos aspetos negativos do vídeo, as jovens consideram que este continha uma linguagem mais técnica e específica e, como tal, não estaria adaptado a

qualquer faixa etária. De um modo geral, as entrevistadas revelaram conhecimento dos principais métodos preventivos. Apesar do recurso ao vídeo ter sido relevante para a aquisição de conhecimento, o mesmo não se observou na mudança comportamental. As entrevistadas consideram que a adesão aos comportamentos preventivos deve-se a características individuais e, uma vez mais, ao tipo de relações que cada indivíduo estabelece.

Finalmente, as entrevistadas sugerem a importância da visualização do vídeo nas escolas como forma de sensibilização e de implementar mudanças mais efetivas, isto é, na sua opinião é mais difícil mudar crenças e os comportamentos de indivíduos mais velhos, pois estes já estão mais enraizados.

Tabela 2

Grade de análise da Entrevista de Grupo acerca do vídeo

Aspetos Recordados	Conhecimento de métodos preventivos; Formas de transmissão do HPV e prevalência da doença transmitidos por médicos especialistas nesta área
Aspetos Positivos	Sensibilização; Alerta; Conhecimento; Conhecimento Consciente; apelativo, dinâmico e novidade
Aspetos Negativos	Dirigido a uma faixa etária específica; Linguagem técnica e pouca apelativa
Conhecimento dos Comportamentos de Prevenção	Conhecem os três principais comportamentos preventivos
Aspetos que influenciaram as entrevistadas	Ausência de influência por já adotar os comportamentos e por considerarem que a realização ou não dos comportamentos depende de características pessoais (não foram especificadas), do comportamento passado (hábito) e ao tipo de relacionamentos que têm
Sugestões Futuras	Ações de sensibilização em populações mais jovens e visualização do vídeo nas escolas.

3. Discussão

Na globalidade, as estudantes demonstram ter um conhecimento geral moderado acerca do CCU, no entanto existem lacunas específicas, como o conhecimento acerca do modo de transmissão do HPV e se esta é ou não uma infecção evitável, como ocorreu em outras investigações (*e.g.* Medeiros e Ramada, 2010; Pereira, 2015).

Relativamente a um dos principais objetivos do presente estudo, através de uma intervenção com recurso ao vídeo concluiu-se que foi possível aumentar significativamente o conhecimento geral, o que corrobora outros estudos (*e.g.* Barros et al., 2014; Lemos et al., 2017; Downs et al., 2004, Krawczyk, Lau, Perez, Delisle, Amsel & Rosberger, 2012; Stillwater, Echevarria & Lanier, 1995; Tuong et al., 2014), onde as intervenções de educação para a saúde na área da prevenção do cancro com recurso ao vídeo tiveram um impacto significativo no conhecimento. Também num estudo baseado numa intervenção digital na internet se constatou um aumento significativo do conhecimento sobre o HPV (Bennett et al., 2015). O conhecimento geral foi também a dimensão que mais se destacou no *follow-up*, verificando-se um padrão de aumento gradual em três sujeitos. Estes resultados parecem indicar que a intervenção foi eficaz sobretudo a curto-prazo. Assim, este estudo corrobora a investigação que sugere que intervenções breves podem ter efeitos no aumento do conhecimento do HPV e do CCU, pelo menos a curto-prazo (Doherty & Low, 2008; Lambert, 2001).

O conhecimento dos fatores de risco revelou-se mais limitado o que também corrobora a literatura (*e.g.* Koç, 2015; Mays et al., 2000; Sandfort & Pleasant, 2009; Sherman & Lane, 2014). Adamowicz, Zalewska, Majkiewicz e Zaucha (2014) concluíram igualmente que o conhecimento dos jovens quanto à mortalidade do cancro é superior, comparativamente ao conhecimento de conceitos específicos sobre a doença e aos programas de rastreio. Através de uma amostra de estudantes universitários do Reino Unido, Sherman e Lane (2014) concluíram que os jovens conhecem mais outros tipos de cancro como o do pulmão, seguido do cancro da mama e respetivos fatores de risco, do que o CCU. Deste modo, a falha notória no conhecimento sobre a prevenção do CCU aumenta o risco de transmissão do HPV (Sweeney et al., 2015), pelo que as intervenções com recurso ao vídeo neste âmbito podem ser altamente eficazes, como já foi mencionado.

De facto, no nosso estudo este aumentou do pré- para o pós-teste à semelhança de outras investigações (e.g. Doherty & Low, 2008; Interis, Anakwenze, Aung & Jolly, 2015; Lemos et al., 2017; Pereira, 2015; Sherman & Lane, 2014). Assim, os resultados do presente estudo reforçam a literatura existente (e.g., Ingledue et al., 2004) sugerindo a eficácia de fornecer educação intensiva a estudantes universitários sobre o HPV e que enfatize os comportamentos de risco e o desenvolvimento do CCU.

Pelo contrário, no comportamento, especificamente na realização do exame de papanicolau, não se verificaram mudanças após a intervenção o que sustenta os estudos de Denny-Smith e Page (2006) e de Oliveira (2015) nos quais no grupo de intervenção com vídeo não se observaram mudanças. Ressalva-se que segundo um estudo de Gakidou, Nordhagen e Obermeyer (2008) que analisou as taxas de realização do exame de papanicolau em 57 países de todo o mundo, com mulheres de idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos de idade, concluíram que a média de realização do exame nos países desenvolvidos, no qual se inclui Portugal, era de cerca de 60%, ao passo que nos países em desenvolvimento era de 19%. Tal sugere que as culturas mais conservadoras e economicamente desfavorecidas podem constituir um entrave à sua realização. Contudo, apesar de a nossa amostra ser portuguesa e constituída por jovens estudantes universitárias, no pré-teste apenas cerca de 33.8% das participantes indicou já ter feito o exame de papanicolau e no pós-teste apenas 14.1% o indicaram. Enfatiza-se assim, a necessidade de mais intervenções educacionais para a realização deste comportamento nos estudantes universitários. A realização do exame de papanicolau merece enfoque, dado que para além de não se terem verificado mudanças com a intervenção, este era já à partida um dos comportamentos menos praticado pelas estudantes e, portanto, seria pertinente perceber quais as razões para que isto ocorra.

Efetivamente, as razões para não realizar o exame de papanicolau podem ser diversas. O facto de as mulheres terem experiências negativas prévias com os serviços de saúde e não serem sexualmente ativas pode impedir a sua realização (Interis et al., 2015). Cerca de 25% das participantes do nosso estudo não iniciaram ainda a sua vida sexual, o que pode contribuir para o facto de não realizarem o exame. Adicionalmente, a nossa amostra é constituída na maioria por jovens, o que pode explicar a baixa adesão a este comportamento, uma vez que podem considerar que a doença não constitui um problema na sua idade, ou seja, existir baixa suscetibilidade percebida (Giuseppe et al., 2008). Tal como verificaram Wolwa, Blavo, Shah,

Fleisher & Espinal (2003), mulheres que se sentiam mais suscetíveis relativamente ao CCU tinha maior probabilidade de realizar o exame de papanicolau. O facto de os efeitos negativos da infeção do HPV apenas se manifestarem muito mais tarde e de ser muitas vezes assintomática pode diminuir a proeminência da perceção de risco (Sheeran, Abraham & Orbell, 1999). Deste modo, as mulheres que associam o risco de desenvolver CCU com o seu comportamento sexual enfatizam o número limitado de parceiros sexuais ao longo da vida, posicionando-se a si mesmas numa posição de baixa vulnerabilidade (Chorley, Marlow, Forster, Haddrell & Walle, 2016). Possivelmente as participantes do nosso estudo podem considerar que não se envolvem em comportamentos de risco, o que é concordante com a ideia de Fletcher et al. (2014) que através de um estudo qualitativo verificou que as mulheres com história de resultado do papanicolau anormal, gravidez recente e diagnóstico de VIH tendem a realizar mais exames periódicos de papanicolau. Além disso, a realização prévia do exame de papanicolau, ou seja, o comportamento passado é um bom preditor de comportamentos futuros de rastreio (Ajzen, 2011). Uma vez mais, se a maioria das participantes não realizam este comportamento é expectável que tendam a não o realizar. Todavia, a suscetibilidade percebida não foi medida no nosso estudo.

Do mesmo modo, o uso frequente do preservativo constituiu um dos comportamentos preventivos menos praticado pelas participantes deste estudo, antes e após a intervenção com vídeo, pelo que também merece atenção. Uma vez mais, também Denny-Smith e Page (2006) e Oliveira (2015) não observaram mudanças nesse comportamento através da intervenção com vídeo. Estes resultados corroboram o que foi observado por uma revisão sistemática de Shepherd et al. (2011) onde os efeitos de intervenções deste tipo não foram universais e variaram de acordo com os diferentes tipos de comportamentos, especificamente, tiveram menos impacto no encorajamento para o uso consistente do preservativo.

Os resultados obtidos no presente estudo, podem dever-se ao facto de as estudantes que não usam ou usam inconsistentemente o preservativo, poderem considerar que já é tarde para se sentirem protegidas. Como foi anteriormente referido, a maioria das participantes admite ter um número reduzido de parceiros, ou seja, nenhum ou um parceiro ao longo da vida. A literatura aponta que os perfis de sexualidade ocasional se correlacionam com maior uso do preservativo e que o seu uso ocorre com mais frequência no início de um relacionamento amoroso (Fullerton, Rye, Meaney & Loomis, 2013; Sheeran, Abraham & Orbell, 1999). De facto, uma das razões

mais frequentes para não usar o preservativo durante as relações sexuais deve-se ao facto de o casal se conhecer e se sentir seguro com a história sexual do seu parceiro (Oswalt & Matsen, 1993). Neste sentido, os indivíduos quando têm relações estáveis, preocupam-se em mostrar que existe confiança mútua no casal (Hammer, Fisher, Fitzgerald & Fisher, 1996). Portanto, o conhecimento que os indivíduos possuem do parceiro(a) pode levar a que estes considerem que os comportamentos de prevenção, como o uso do preservativo não sejam necessários, o que uma vez mais, sugere que parece haver uma associação entre as crenças dos indivíduos acerca dos comportamentos sexuais no contexto das suas relações e o envolvimento em práticas seguras. Apesar de a maioria das participantes do nosso estudo referirem um número de parceiros reduzido, tal não garante que as suas relações sejam estáveis e/ou duradouras, pelo que seria interessante ter tido acesso a essa informação.

Ainda no que refere aos aspetos descritivos dos resultados encontrados neste comportamento, Fazekas et al. (2001) sugerem também que as atitudes face ao conforto e à conveniência de usar o preservativo, tais como o incómodo, a vergonha, a confusão, a falha no comportamento prévio (dificuldade em colocar corretamente o preservativo) e parecer sexualmente promíscuo, podem dificultar a sua adesão. Curiosamente, no estudo de Hammer et al. (1996), os participantes que usavam o preservativo consideravam que este não interferia na relação sexual, além de que, uma parte dos participantes do sexo masculino, achava que o seu uso pode favorecer a própria relação sexual, isto é, a mulher colocar o preservativo no parceiro é uma tomada de iniciativa valorizada pelos parceiros, o que pode servir de sugestão para futuras intervenções com vídeo. Os autores constataram que os participantes, tanto homens como mulheres, denotavam atitudes ambíguas quanto ao uso do preservativo, sendo que cerca de metade, julgava que o seu uso interrompia a espontaneidade da relação sexual. Outra explicação apontada por Sanderson e Yopyk (2007) é que quando os homens tomam a iniciativa de usar o preservativo, isso é interpretado pelas mulheres como um indício de que estes apenas desejam ter relações sexuais ou um envolvimento mais casual. Assim, a comunicação sobre o uso do preservativo, sobretudo nas mulheres, está muito associado à sua utilização (Sheeran et al., 1999), ou seja, quando existe uma comunicação assertiva e positiva no casal acerca das implicações e dos benefícios da utilização do preservativo, por conseguinte este comportamento poderá aumentar.

Esta ideia pode levantar a hipótese de que apesar das participantes do nosso estudo revelarem expectativa de resultado e autoeficácia poderão existir outro tipo de fatores associados e que interfiram negativamente na sua realização. Por outras palavras, ainda que as participantes apresentem autoeficácia e não realizem este comportamento, pode dever-se ao facto de esta influenciar a definição dos objetivos a atingir, mas não influenciar precisamente o esforço necessário à sua realização. Na verdade, a autoeficácia é uma dimensão que abarca a autoeficácia geral e a autoeficácia específica numa dada tarefa, pelo que os resultados encontrados no presente estudo podem sugerir que ainda são necessários esforços para aumentar a eficácia pessoal e para que sejam visíveis os efeitos na adesão aos comportamentos preventivos (Webb & Sheeran, 2006). Apesar do vídeo utilizado conter mensagens que promovem a expectativa de resultado e a autoeficácia, pode ainda não ser suficiente para que as jovens se envolvam nestes comportamentos.

Além disso, a perceção do controlo comportamental também poderá ter um papel importante na ação, sendo ele determinado pela perceção do grau em que vários fatores ambientais facilitam, ou por oposição dificultam a realização do comportamento (Glanz et al., 2008) A literatura sugere que o uso do preservativo por parte das mulheres se relaciona com a perceção de controlo que têm na relação sexual e que esta é normalmente reduzida (Sheeran & Orbell, 1998). Deste modo, por vezes as mulheres acabam por limitar a sua capacidade para agir de acordo com seus conhecimentos, podendo ser indevidamente influenciadas por parceiros sexuais mais velhos e com mais experiência sexual, o que pode trazer maior risco de infeção de DST ou por parceiros sexuais com os quais a comunicação é pobre (Downs et al., 2004). Como tal, o conjunto de crenças de competências de negociação e comunicação, as crenças comportamentais e técnicas, as crenças de controlo do impulso e as crenças de disponibilidade podem influenciar a ação e devem ser avaliadas e contempladas em estudos posteriores.

No fundo, sugere-se a criação de intervenções com recurso ao vídeo que encorajem os jovens a refletir e a adotar comportamentos que antecipam a realização do comportamento propriamente dito, por exemplo, comprar e transportar o preservativo (Turchik & Gidycz, 2012). Além disso, a visualização de vídeos nos quais as mulheres tenham a possibilidade de ouvir outras mulheres, falarem sobre a sua experiência em usar o preservativo, fomentaria a partilha de ideias relativamente a, por exemplo, como sugerir ao parceiro a utilização deste método de prevenção (Sanderson & Yopyk, 2007).

Outro aspeto a considerar, é que a orientação sexual das nossas participantes não foi avaliada. As mulheres lésbicas e bissexuais tendem a reportar mais experiências negativas com os serviços de saúde, mais desconhecimento dos fatores de risco do CCU e respetivos métodos preventivos (Tracy, Lydecker e Ireland, 2010). Inclusivamente um estudo de Cochran et al. (2001) através de uma amostra de cerca de 11,876 norte-americanas concluiu que geralmente, estas mulheres estão numa posição de risco elevado de CCU, como resultado da falta de adesão ao exame de papanicolau, não usarem preservativo e apresentarem altas taxas de tabagismo. Ressalva-se que o HPV pode ser transmitido entre parceiros sexuais femininos, além de que estas mulheres, ao longo da sua história sexual, podem também ter tido parceiros sexuais masculinos que tenham transmitido o vírus (McRee, Katz, Paskett & Reiter, 2014; Tracy et al., 2010). Assim, a sexualidade em geral e o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo devem ser integrados nas intervenções em saúde, através de reformulação de discussões mais inclusivas.

Em relação ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, também não se apuraram diferenças após a intervenção, mas o facto de a maioria das estudantes já apresentarem um número de parceiros reduzido pode justificar a ausência de mudanças. Este resultado é consistente com o que refere a literatura, em que as mulheres portuguesas tendem a ter um número de parceiros sexuais reduzido ao longo da vida, comparativamente a outros países europeus (Mendes et al., 2017). Sweeney et al. (2015) verificaram através de uma intervenção com base no Modelo da Ação Planeada que o conhecimento e as intenções aumentaram, contudo tal não se verificou relativamente aos comportamentos de redução de risco sexual, entre os quais a redução de parceiros sexuais, sugerindo que este é um dos mais difíceis de alterar. De igual modo, no presente estudo apesar de se ter aumentado significativamente o conhecimento das participantes, tal não se traduziu na mudança dos três principais comportamentos preventivos.

A literatura aponta que frequentemente as jovens que reportam usar menos o preservativo, tendem a usar a contraceção oral e a ter menos parceiros sexuais, considerando-se assim suficientemente protegidas (Fullerton et al., 2013). Neste sentido, um dos objetivos do nosso estudo foi compreender se as participantes que tomam a pílula praticam os três principais comportamentos de prevenção do CCU. Para esse efeito, cruzou-se a contraceção oral com os três comportamentos preventivos. A maioria das participantes, independentemente de tomarem ou não a pílula, apenas pratica um comportamento preventivo, sendo a redução do número de

parceiros o comportamento mais praticado por ambas, não confirmando assim a hipótese de que por tomarem a pílula se sintam suficientemente protegidas e pratiquem menos os diferentes comportamentos. Note-se que as mulheres que tomam a pílula utilizam menos o preservativo (32.5%), comparativamente às restantes (41.2%). Uma possível explicação para estas conclusões, talvez seja o facto de as mulheres encararem o preservativo apenas como mais um método anticoncepcional, optando somente pela utilização da pílula. Tal é corroborado por Oswalt & Matsen (1993) que apontam que a utilização de outro método de contraceção é apontada como uma razão para a não utilização do preservativo, negligenciando a importância deste método na prevenção de várias DST, como é o caso do HPV.

Portanto, a falta de adesão a dois dos comportamentos preventivos independentemente de utilizarem a contraceção oral, pode ser explicada pela possibilidade do uso do preservativo e a realização do exame de papanicolau implicarem mais perceções individuais do risco (suscetibilidade percebida), uma vez que, por norma, os jovens tendem a considerar-se invulneráveis e, como tal, apresentam comportamentos de maior risco (McDade et al. 2011). Geralmente os jovens tendem a preferir os benefícios a curto prazo em detrimento dos benefícios a longo prazo, ou seja, uma preferência pelo prazer imediato, como garantir a espontaneidade da relação sexual, contrariamente a um benefício maior mas adiado no tempo, por exemplo prevenir o CCU (Chapman et al., 2001). Porém, como já foi dito a suscetibilidade e risco percebidos não foram avaliados no nosso estudo.

Relembra-se, que as participantes já revelavam intenção de realizar os três comportamentos, o que está de acordo com o encontrado por Pereira (2015) e Oliveira (2015), e provavelmente por isso não se observaram mudanças após a intervenção. Estudos revelam que a realização dos comportamentos depende mais do hábito do que de uma decisão consciente (Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001). Portanto, mesmo que as participantes tenham intenção de se envolver nos diferentes comportamentos, se não existir uma história de realização dos mesmos no passado, isto é, um hábito, é mais difícil que eles sejam realizados no futuro (Webb & Sheeran, 2006). Também Lemos et al. (2017), não encontraram um aumento significativo nas intenções após a intervenção com vídeo. Porém, através de uma intervenção mais multifacetada (vídeo mais *sms*), verificou-se um aumento significativo quanto à intenção da realização do exame de papanicolau, contudo o mesmo não aconteceu em relação ao uso do preservativo e na redução do número de parceiros. A dificuldade em observar mudanças talvez

se deva ao facto de a nossa intervenção não ter sido multifacetada e continuada. Também Bennett et al. (2015) através de uma sessão de intervenção personalizada, através da internet não verificaram mudanças na intenção e no comportamento da vacinação, explicando que o facto de os sujeitos já possuírem intenção e estarem seguros dessas mesmas intenções, pode não ter afetado o comportamento.

Priest & Knowlden (2015) através de uma revisão sistemática verificaram um aumento nas intenções de tomar a vacina do HPV, através de intervenções digitais, entre as quais com recurso ao vídeo. Porém, os autores defendem que uma única sessão de intervenção pode não ser suficiente para causar mudanças comportamentais, como se pôde constatar no presente estudo. No caso específico do uso do preservativo, dado que as participantes apresentaram intenção ainda que não realizem estes comportamentos, pode também dever-se ao facto de a intenção ser um preditor de comportamentos de saúde em geral, comparativamente aos comportamentos de risco sexual que são realizados em interação com os outros. Por outras palavras, o envolvimento em comportamentos de risco é mais uma reação às circunstâncias conducentes ao risco, determinada pela disposição do sujeito e pelas relações que estabelece com os contextos sociais, do que uma decisão deliberada, apenas determinada pela intenção. (Sheeran & Orbell, 1998; Webb & Sheeran, 2006).

As influências dos outros, ou normas subjetivas, têm um papel preponderante na intenção e no comportamento (Sheeran et al., 1999). De facto, no nosso estudo este pode ter sido um fator importante no desenvolvimento da intenção, embora não se tenha traduzido na mudança comportamental. Wilson et al. (2016) concluíram que as mulheres que tinham atitudes mais positivas relativamente à vacinação do HPV, influenciavam positivamente as suas filhas para a realização deste comportamento. Possivelmente, esta ideia de que as atitudes e as crenças das pessoas significativas acerca de determinado comportamento de saúde, pode favorecer ou dificultar a realização da ação, leva-nos a indagar que apesar de as participantes do nosso estudo considerarem que os outros significativos exercem uma influência positiva, não sabemos se estes resultados se devem ao viés da deseabilidade social, ou se essa influência é efetivamente positiva na promoção dos comportamentos de saúde, pois apenas temos acesso às suas perceções e não há influência propriamente dita.

Por outras palavras, a perceção acerca dos comportamentos da família, dos pares e dos parceiros sexuais são fontes importantes de apoio e encorajamento para comportamentos de

saúde, porém não sabemos se essas figuras têm um conhecimento e prática adequada desses mesmos comportamentos. Acrescenta-se que a mudança na influência de outros significativos e respetiva perceção dessa influência pode ser difícil de apurar, exigindo também uma intervenção dirigida a alvos secundários, nomeadamente os pares, família, profissionais de saúde etc. (Glanz et al., 2008; Wolwa et al., 2003), mas que não foi o nosso objetivo neste estudo.

À semelhança de Pereira (2015) e Oliveira (2015), as participantes já possuíam expectativa de resultado elevada. Após a intervenção notou-se um aumento, o que vai de encontro ao verificado por Lemos et al. (2017), onde a intervenção com vídeo foi eficaz na mudança desta dimensão. Apesar da expectativa de resultado ser apontada como um importante preditor do comportamento (Eccles & Wigfield, 2002; Maddux et al., 1986), isso não se verificou em Costa (2018) e não se traduziu na mudança comportamental no presente estudo. Ainda assim, o aumento da crença de que os comportamentos preventivos são eficazes através da intervenção, é um resultado promissor e que reforça o que a investigação revela acerca da expectativa de resultado que parece pelo menos, influenciar a motivação inicial para as práticas de saúde (Maddux et al., 1986; Strecher et al., 1986).

Apesar de na autoeficácia não se terem constatado mudanças significativas, parece ter ocorrido um ligeiro aumento, contrariamente ao que encontraram Lemos et al. (2017). Ressalva-se que no *follow-up*, houve um sujeito que passou de baixos níveis de autoeficácia para altos níveis e ainda, o seu custo diminuiu gradualmente. Isto corrobora o que foi encontrado em Costa (2018) e literatura, em que o custo e a autoeficácia apresentam uma associação negativa moderada, isto é, os indivíduos com mais autoeficácia tendem a percecionar menos barreiras à ação (Cheng, Sit, Leung & Li, 2016). Todavia, estamos apenas a observar um único sujeito e como tal, devemos ser cautelosos ao discutir os resultados. As participantes já revelavam autoeficácia, à semelhança de Oliveira (2015), sendo esta uma variável central para a mudança comportamental. Todavia, tal não se verificou no presente estudo, onde mesmo níveis elevados de autoeficácia não se traduziram na realização dos comportamentos, como já foi anteriormente referido. Sanderson e Yopyk (2007) através de uma intervenção com vídeo, com vista a promover o uso do preservativo conseguiram aumentar a autoeficácia, as intenções, bem como o seu uso consistente. Contudo, o conteúdo do vídeo era específico a esse domínio, o que não ocorreu no nosso caso, pois apesar de o vídeo abordar a relevância do uso consistente do preservativo, o seu conteúdo é mais dirigido à prevenção do HPV no geral, podendo não ter uma

influência tão acentuada na realização dos diferentes comportamentos preventivos. De facto, vários estudos que visam a redução de comportamentos de risco sexual tendem a dar mais enfoque a DST, como o VIH, do que à prevenção do HPV (Shepherd et al. 2000). Assim, seria pertinente que as intervenções com vídeo abordassem mais frequentemente este tipo de cancro e ainda, mais direccionados a cada um dos comportamentos preventivos.

Quanto ao custo, embora não se tenham verificado diferenças significativas, há uma tendência no sentido desejável para o seu decréscimo. Gerend, Shepherd e Shepherd (2013) apontaram que as barreiras globais percebidas estavam associadas a baixas intenções de vacinação contra o HPV, mas após uma intervenção com vídeo os custos diminuíram. Do mesmo modo, Raz, Nelson, Kima e Sun (2018) verificaram que após uma única intervenção com vídeo foi possível diminuir os custos associados ao rastreio do cancro do pulmão. Por sua vez, Cetisli et al. (2016) concluíram que as mulheres com mais conhecimento e mais motivação para realizar o exame de Papanicolau apresentam menos custo. O que leva a crer que ter maior consciência acerca do HPV e das suas implicações, permite diminuir os custos associados (Cartmell et al.,2018). Uma vez que no presente estudo conseguimos aumentar o conhecimento das participantes, por conseguinte isso pode ter influenciado a ligeira redução do custo.

Cetisli et al. (2016) observaram que as mulheres com estilos de vida mais saudáveis tendem a apresentar menos custo e mais intenção de fazer o exame de papanicolau, o que parece ser concordante com o nosso estudo, pois as participantes revelam baixo custo, intenções elevadas e envolvimento na saúde e na vida moderados. No estudo de Adamowicz et al. (2014) foi utilizada uma intervenção de educação sobre CCU com diversos métodos, entre os quais um vídeo educacional e que conseguiu promover estilos de vida mais saudáveis. No nosso caso, tal não se verificou, talvez porque as nossas participantes já eram envolvidas com a vida e com a saúde, o que é consistente com o verificado por Oliveira (2015). Note-se que no *follow-up* dois sujeitos manifestaram-se mais envolvidos com a saúde, porém não é possível afirmar que essa mudança se deva unicamente à intervenção.

Em síntese, a intervenção utilizada no presente estudo produziu mudanças significativas no conhecimento sobre CCU. Igualmente, o vídeo permitiu aumentar a expectativa de resultado tal como ocorreu em Lemos et al., 2017. Pelo contrário, a intervenção não foi eficaz na intenção, na autoeficácia e no envolvimento na saúde e na vida, onde os sujeitos se apresentaram relativamente estáveis, talvez por já possuírem previamente altos níveis nestas dimensões.

Assim, relembra-se que a nossa primeira hipótese apenas se confirmou parcialmente, uma vez que só se verificaram mudanças no conhecimento e na expectativa de resultado. Pelo contrário, a segunda hipótese, na qual a intervenção com vídeo iria aumentar os comportamentos preventivos do CCU, não foi confirmada.

As novas tecnologias assumem um papel de destaque no desenvolvimento de novos programas de intervenção, especialmente as audiovisuais (vídeo) pois constituem um meio mais apelativo, de baixo custo e mais atual, do que as estratégias mais tradicionais em formato de papel. Constate-se que Gysels & Higginson (2006) através de uma meta-análise acerca dos efeitos do vídeo na educação sobre o tratamento do cancro no geral, concluíram que este meio é útil para o aumento do conhecimento e que os sujeitos sentem-se menos sobrecarregados com a informação, do que se esta fosse transmitida através de um folheto/livro. De igual modo, impede que o indivíduo se distraia da mensagem, como tende a acontecer com outros formatos. O vídeo pode fornecer informações básicas, completas e ser adequado para indivíduos com diferentes níveis de alfabetização, se o tipo de linguagem for devidamente adaptado o que é consistente com aquilo que as entrevistadas do nosso estudo referem e que será discutido de seguida. Apesar dos nossos resultados não terem sido favoráveis na mudança da maioria das variáveis motivacionais, estas devem continuar a ser consideradas na construção de tais programas e não apenas o conhecimento.

Ainda assim, sugere-se a elaboração de intervenções mais duradouras, abrangentes e intensivas, com recurso a *role-play*, treino de pares e desenvolvimento de competências de comunicação e negociação. Do mesmo modo, é importante considerar a realização de intervenções com recurso à modelagem, o que constitui uma oportunidade de os indivíduos observarem a realização dos comportamentos preventivos (Shepherd et al., 2011; Tuong et al., 2014).

De seguida, procederemos à discussão dos dados da entrevista realizada em grupo de forma a compreender melhor quais as vantagens e desvantagens do vídeo, servindo de pistas para investigações futuras. Recorda-se que as entrevistadas salientaram o papel basilar dos profissionais de saúde na transmissão de informação acerca do HPV/CCU. Com efeito, a interação estabelecida entre o paciente e o médico, representa uma importante oportunidade para aumentar a conscientização pública e a educação para a saúde. Quando a comunicação é positiva

e fornece informações claras, as mulheres tendem a relatar experiências muito mais satisfatórias nos serviços de saúde (Chorley et al., 2017; Sandfort & Pleasant, 2009).

À semelhança do que se verificou nas entrevistas individuais realizadas por Costa (2018) o conhecimento é escasso, dado que este é um tipo de cancro menos falado comparativamente a outros. Tal leva a crer que este tema deve ser mais abordado no contexto hospitalar, bem como pelos órgãos de comunicação social. Estes dados são consistentes com um estudo de Interis et al. (2015) onde as principais fontes de conhecimento acerca do CCU eram o médico e os *media*.

É particularmente interessante, as jovens apontarem o vídeo como um meio eficaz na transmissão de conhecimento consciente, isto é, mais importante do que a informação estar disponível, é o facto de os indivíduos se tornarem conscientes da diferença entre uma ideia e outra e tomarem uma decisão ponderada de favorecer uma delas (Hynd, 2001).

A simples visualização de um vídeo é apontada pelas entrevistadas como uma forma de tornar as intervenções no contexto de saúde mais atrativas e dinâmicas. Como tal, enfatiza-se a importância de fomentar intervenções com conteúdo apelativo e inovador que mais facilmente vão de encontro aos interesses e necessidades das populações mais jovens (Ingledue et al., 2004). A literatura aponta para o facto de que a receptividade da mensagem veiculada pelos vídeos estar relacionada com a orientação motivacional do (s) indivíduo (s) a quem se dirige, pelo que mais facilmente os indivíduos são receptivos à informação. Por outras palavras, podem existir indivíduos que atendem mais facilmente às sugestões transmitidas, focando-se nos ganhos, outros pelo contrário, são mais sensibilizados através dos sinais de perigo ou de alerta (Gerend & Shepherd, 2012), sendo este último, o caso das entrevistadas.

Por outro lado, foram apontadas pelas entrevistadas limitações pertinentes ao vídeo, nomeadamente o tipo de linguagem mais técnica e específica utilizada e como tal, não estaria direccionado a qualquer faixa etária. Dado, que são as populações mais jovens que estão sob maior risco de contração do HPV e nas quais se deve iniciar o mais cedo possível a prevenção, seria importante desenhar intervenções com recursos audiovisuais mais adaptados às suas exigências. Tal ideia é concordante com a intervenção de Meyer et al. (2016) cujo objetivo era sensibilizar a comunidade para o rastreio da diabetes com recurso a um vídeo, onde verificaram através de entrevistas aos profissionais de saúde que o seu conteúdo era culturalmente adaptado, compreensível e relatável. O facto de o vídeo conter pessoas da comunidade, permitiu uma maior aproximação e sensibilização. Igualmente, na revisão sistemática de Tuong et al. (2014),

um dos principais aspetos apontados para a eficácia do vídeo é que este deva ser o mais concordante possível em termos étnicos, sociais e linguísticos com a população à qual é dirigido. Esta ideia chama atenção para a possibilidade do conteúdo no nosso vídeo não ser tão apelativo, quanto seria necessário e por conseguinte, não se terem observado tantas mudanças quanto seria desejado.

Curiosamente, as entrevistadas revelaram conhecimento dos principais métodos preventivos, o que não ocorreu nas entrevistas realizadas por Costa (2018). Tal, pode dever-se ao facto de estas jovens terem assistido ao vídeo, ao passo que nas entrevistas individuais nem todas o viram, o que reforça ainda mais a importância deste tipo de intervenção. Além disso, o facto de estarem numa discussão de grupo pode favorecer a partilha e a reflexão de ideias, que individualmente seria mais difícil.

De facto, como tem sido visto a mudança comportamental é difícil, o que remete para a importância de refletir sobre o impacto deste tipo de intervenção, reconhecendo que o aumento no conhecimento é pelo menos, o primeiro grande passo para que a mudança seja conseguida e cria a oportunidade para que as estudantes possam partilhar as informações adquiridas com os pares. Posto isto, a exposição a este tipo de intervenções breves, pode ter um efeito cumulativo sobre os comportamentos (Sanderson & Yopyk, 2007), o que pode sugerir que com o tempo, a sua continuidade e um conteúdo que favoreça a transmissão de modelagem, as mudanças poderiam ser maiores.

As características individuais e uma vez mais, o tipo de relações que cada indivíduo estabelece, foram apontados como fatores que promovem a mudança comportamental, o que corrobora o que já foi anteriormente descrito, particularmente nos comportamentos sexuais. Além disso, surge novamente a ideia de que os comportamentos passados, ou seja, os hábitos podem estar associados à aquisição e manutenção da ação- *“A mim não porque já tinha esses comportamentos.”*

Por fim, a ideia de que é mais desafiante mudar crenças e os comportamentos de grupos etários mais velhos, constituiu um contributo interessante, na medida em que os indivíduos mais velhos podem apresentar crenças e comportamentos mais cristalizados. De facto, os indivíduos podem ser extremamente resistentes em mudar as suas ideias e conceitos. À medida que as pessoas se desenvolvem, elas constroem estruturas de conhecimento pessoal e do mundo. Contudo, essas estruturas geralmente contêm concepções imprecisas ou erradas, tornando os

indivíduos resistentes a mudanças porque as redes de conhecimento existentes precisam ser reestruturadas para acomodar novas informações e gerar mudança conceitual. Esta ideia está presente no discurso das jovens entrevistadas em Costa (2018) que apresentaram diversas crenças errôneas acerca do CCU. Caso esses conceitos pareçam razoáveis ou estejam associados à forma como se veem a si mesmos e ao mundo, isto é, rígidos, então a mudança torna-se difícil (Hynd, 2001; Tippett, 2010).

A adolescência é o período ideal para promover conhecimento e realizar intervenções na saúde, sendo a prevenção uma estratégia mais eficaz que a remediação (Adamowicz et al., 2014; Fullerton et al., 2013). A educação sexual nas escolas promove a consciencialização sobre o risco e o conhecimento das estratégias de redução de risco, pode aumentar a autoeficácia e a intenção de praticar sexo seguro e retardar o início da atividade sexual (Wellings, 2006). Efetivamente, as estudantes chamam a atenção para isso “ (...) *bastava os professores naquela unidade curricular promoverem isso com aquela turma e fazerem eles um trabalho mais específico, durante umas semanas com isso*. Este contributo é interessante pois alerta para a necessidade de intervenções mais sistémicas, envolvendo não só a comunidade médica mas também escola. O contexto escolar possui as ferramentas necessárias para proporcionar um impacto positivo na saúde dos alunos. Os professores são mediadores sociais ativos e portanto, têm um papel relevante para as mudanças cognitivas e comportamentais e mais do que isso, eles funcionam como um interface, no qual a escola, as famílias e os jovens interagem (Barros et al., 2014). Tal ideia é concordante com a visão de Bandura (2004) que refere que as intervenções devem ser abrangentes, continuadas no tempo e devem integrar múltiplos contributos da comunidade, das famílias, da escola e dos pares, fazendo das intervenções em saúde uma prioridade e um compromisso social.

Assim, a falta de compreensão da doença e das suas consequências pode desencadear o medo do estigma, sendo por isso fundamental criar mais iniciativas de educação para a saúde para prevenir a propagação do HPV e conseqüentemente, o CCU que é afinal um dos cancros mais evitáveis.

4. Conclusão

As intervenções de educação para a saúde devem promover informação factual, pois sem uma base sólida de conhecimentos, dificilmente os indivíduos realizam os comportamentos (Bandura, 1996, 2004; Shepherd et al., 2000). De facto, este foi um dos objetivos que o presente estudo conseguiu cumprir, o que nos permite refletir que a escassez de conhecimento e de consciência acerca da iminência deste tipo de cancro é ainda notória, mesmo na atualidade e junto de estudantes universitários, sendo este um problema à escala global. Além disso, este estudo contribuiu para corroborar estudos anteriores (*e.g.* Lemos et al., 2017) onde foi possível aumentar não só o conhecimento, como também a expectativa de resultado.

De um modo geral, o maior desafio ainda é conseguir a mudança comportamental. Os indivíduos podem estar bem informados e motivados para agir, mas simultaneamente necessitam ter as competências comportamentais para agir de forma eficaz. Ainda assim, a exposição a múltiplas intervenções breves como a nossa pode ter um efeito cumulativo sobre os comportamentos (Albarracin et al., 2003), pelo que mais estudos devem ser realizados neste âmbito.

Como principais limitações a este estudo apontam-se, o facto de apenas termos nove sujeitos no *follow-up* constitui um entrave à interpretação destes resultados, ainda assim potenciou uma compreensão mais completa de algumas questões. Adicionalmente, termos recorrido a uma intervenção de vídeo com apenas uma visualização, quando existem evidências de que o vídeo quando combinado com *sms* pode ser mais eficaz (Lemos et al., 2017), pode ter constituído uma lacuna. Contudo, esse tipo de intervenção exige mais recursos económicos e de tempo, sendo por isso mais difíceis de replicar no contexto de uma dissertação de mestrado. Aliás, através de uma revisão sistemática de Finch, Janda, Loescher & Hacke (2016), alertam que o SMS exige maior personalização na sua frequência e deve ir de acordo com as preferências individuais do sujeito, sendo que alguns participantes relatavam que as mensagens eram enviadas com pouca frequência e ainda, os autores reconheceram que poderiam não ser lidas e encaradas como *spam*. A amostra utilizada foi de conveniência e composta apenas por estudantes universitárias, pelo que pesquisas futuras devem replicar e estender estes achados com amostras mais representativas, diversificadas e generalizáveis. O facto de não termos um

grupo de controlo também constituiu uma limitação, contudo não foi possível recolher os dados em tempo útil.

Por outro lado, como principais potencialidades destacam-se a utilização do vídeo, pois constitui um meio fácil de implementar, rápido, que não envolve muitos custos e que é eficaz em diversas situações. A realização de um estudo qualitativo, com o intuito de perceber quais as vantagens e as desvantagens deste vídeo em particular, permitiu também explorar sugestões de mudanças futuras relativamente ao seu conteúdo e ainda, sublinhar a pertinência de replicar este tipo de iniciativas. Outro contributo a realçar, foi a tentativa de perceber se a contração oral influenciava a adesão aos principais comportamentos de prevenção do CCU, ainda que as conclusões retiradas não tenham permitido explicar as escolhas tomadas pelas estudantes, especificamente no campo dos comportamentos sexuais. Assim, neste domínio dos comportamentos sexuais de risco, são relevantes intervenções mais globais que considerem o contexto, que visem modificar as normas sociais, de modo a apoiar a aceitação e manutenção da mudança de comportamento, bem como, abordar os fatores estruturais que contribuem para adesão à prevenção (Wellings, 2006). Por fim, mas não menos importante esta investigação permitiu chamar atenção, novamente para um cancro com elevados níveis de morbilidade, mas que por oposição, é altamente evitável comparativamente a outro tipo de cancros.

Relativamente às pistas para futuras investigações, evidencia-se novamente a pertinência das intervenções contemplarem outras componentes, entre as quais o treino de competências, modelagem e serem multifacetadas. As intervenções dirigidas a indivíduos com VIH são eficazes na aquisição de comportamentos sexuais seguros, sugerindo que intervenções focadas no HPV também podem resultar em mudanças neste sentido (Lambert, 2001). Especificamente no que refere ao HPV, as intervenções podem ser ainda mais eficazes, pois uma proporção maior do público em geral tem ou teve experiência pessoal com este vírus, do que com o VIH. Assim sendo, seria interessante estudar os padrões de mudança em sujeitos com experiência pessoal com o HPV ou com o CCU e respetivas mudanças nas suas práticas sexuais mais seguras, após uma intervenção educacional com vídeo.

Tal como já foi mencionado, os comportamentos na saúde são influenciados por múltiplos fatores, como as atitudes, as crenças, as intenções e as relações interpessoais sendo por isso, mais difíceis de alterar. As teorias de comportamento na saúde e as intervenções multifacetadas contribuem, não só para compreender e prever o comportamento mas também

orientar as intervenções, no sentido de identificar potenciais antecedentes modificáveis, de tais comportamentos (Gerend & Shepherd, 2012). Assim, a criação de intervenções de educação para a saúde deve continuar a ter forte suporte teórico de base.

Uma vez que os comportamentos que são praticados com maior frequência podem ser adotados em contextos específicos (Conner & Armitage, 1998), parece importante desenvolver intervenções, em que sejam discutidas questões referentes às circunstâncias específicas em que determinado comportamento ocorre. Nenhuma abordagem geral para a promoção da saúde sexual funcionará em todos os contextos, e nenhuma intervenção de componente único funcionará em qualquer situação. Note-se que iniciar programas de prevenção neste âmbito, com públicos-alvo mais jovens será também basilar.

Finalmente, mais do que saber se as intervenções funcionam, é necessário saber como atuam em contextos sociais específicos (Wellings, 2006). É importante que pesquisas futuras estudem cuidadosamente não apenas o impacto relativo de tais intervenções, mas também que os efeitos se mantenham na prática a longo-prazo. Para tal, serão necessários programas de saúde de cariz mais intensivo e abrangente e que incluam múltiplos intervenientes (Bandura, 2004).

Referências

- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology Health, 26*(9), 1113-1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995
- Allen, W., Sherrod, B., Williams, C. (2017). Increasing knowledge of preventing sexually transmitted infections in adult college students through video education: an evidenced-based approach. *ABNF Journal, 28*(3), 64-68
- Adamowicz, K., Zalewska, M., Majkowicz, M., & Zaucha, J. M. (2015). Evaluation of the Impact of Different Types of Health Education on the Adoption and Preservation of Prohealth Attitudes in Preventing Cancer in Juveniles Younger than 18 Years. *Journal Of Cancer Education: The Official Journal Of The American Association For Cancer Education, 30*(3), 432-438. doi:10.1007/s13187-014-0730
- Albarracín, D., McNatt, P. S., Klein, C. F., Ho, R. M., Mitchell, A. L., & Kumkale, G. T. (2003). Persuasive communications to change actions: An analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology, 22*(2), 166-177. doi:10.1037/0278-6133.22.2.16
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health, 13*, 623-649.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 248-287.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior, 31*(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70.
- Barros, A., Moreira, L., Santos, H., Ribeiro, N., Carvalho, L., & Santos-Silva, F. (2014). "Cancer – educate to prevent" – high-school teachers, the new promoters of cancer prevention education campaigns. *Plos ONE, 9*(5), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0096672
- Bennett, A. T., Patel, D. A., Carlos, R. C., Zochowski, M. K., Pennewell, S. M., Chi, A. M., & Dalton, V. K. (2015). Human Papillomavirus Vaccine Uptake After a Tailored, Online Educational Intervention for Female University Students: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Women's Health (15409996), 24*(11), 950-957.
- Bryman, D. & Cramer, D. (2003). Analisar dados com o computador: dominar melhor o SPSS10 para Windows. *Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas Utilizando o SPSS para Windows* (pp.47-62). Oeiras: Celta Editora.

- Cartmell, K., Young-Pierce, J., Alberg, A., Luque, J., McGue, S., Zubizarreta, M., & Brandt, H. (2018). Barriers, facilitators, and potential strategies for increasing HPV vaccination: A statewide assessment to inform action. *Papillomavirus Research*, 521-31. doi:10.1016/j.pvr.2017.11.003
- Cetisli, N. E., Dila, E., & Işık, G. (2016). Cervical Cancer and Pap Smear Test Health Beliefs and Health-Promoting Lifestyle of Women in Turkey. *International Journal Of Caring Sciences*, 9(2), 630.
- Chapman, G. B., Brewer, N. T., Coups, E. J., Brownlee, S., Leventhal, H., & Levanthal, E. A. (2001). Value for the future and preventive health behavior. *Journal Of Experimental Psychology: Applied*, 7(3), 235-250. doi:10.1037/1076-898X.7.3.235
- Cheng, L., Sit, J. W., Leung, D. Y., & Li, X. (2016). The Association Between Self-Management Barriers and Self-Efficacy in Chinese Patients with Type 2 Diabetes: The Mediating Role of Appraisal. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 13(5), 356-362. doi:10.1111/wvn.12159
- Chorley, A. J., Marlow, L. V., Forster, A. S., Haddrell, J. B., & Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*, 26(2), 161-172. doi:10.1002/pon.4126
- Cochran, S. D., Mays, V. M., Bowen, D., Gage, S., Bybee, D., Roberts, S. J., & ... White, J. (2001). Cancer-Related Risk Indicators and Preventive Screening Behaviors Among Lesbians and Bisexual Women. *American Journal Of Public Health*, 91(4), 591.
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal Of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464
- Costa, J. (2018). *Fatores de Adesão à Prevenção do Cancro do Colo do Útero*. (Unpublished master's thesis). Universidade do Porto, Porto.
- Denny-Smith, T., Bairan, A., & Page, M. C. (2006). A survey of female nursing students' knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 18(2), 62-69.
- Doherty, K., & Low, K. G. (2008). The Effects of a Web-Based Intervention on College Students' Knowledge of Human Papillomavirus and Attitudes toward Vaccination. *International Journal Of Sexual Health*, 20(4), 223-232. doi:10.1080/19317610802411177

- Downs, J., Murray, P., de Bruin, W., Penrose, J., Palmgren, C., & Fischhoff, B. (n.d). Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1561-1572.
- D'Urso, J., Thompson-Robinson, M., & Chandler, S. (2007). HPV knowledge and behaviors of black college students at a historically Black University. *Journal Of American College Health*, 56(2), 159-163.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Vacinação contra infecções por vírus do papiloma humano (HPV)*. [On-line]. Retirado de <http://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/vacinacao-contra-infeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpvpdf.aspx>
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review Of Psychology*, 53109-132.
- Fazekas, A., Senn, C. Y., & Ledgerwood, D. M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: An application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal Of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 33(2), 103-117. doi:10.1037/h0087133
- Félix A., Alemany L., Tous S., Sanjosé S. & Bosch FX. (2016). HPV distribution in cervical cancer in Portugal: a retrospective study from 1928 to 2005. *Papillomavirus Research*, (2), 41-45
- Finch, L., Janda, M., Loescher L.J., & Hacke, L. (2016) Can skin cancer prevention be improved through mobile technology interventions? A systematic review. *Preventive Medicine*, 90, 121-132. doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.037 0091-7435
- Fletcher, F. E., Buchberg, M., Schover, L. R., Basen-Engquist, K., Kempf, M., Arduino, R. C., & Vidrine, D. J. (2014). Perceptions of barriers and facilitators to cervical cancer screening among low-income, HIV-infected women from an integrated HIV clinic. *AIDS Care*, 26(10), 1229-1235. doi:10.1080/09540121.2014.894617
- Fullerton, T., Rye, B. J., Meaney, G. J., & Loomis, C. (2013). Condom and hormonal contraceptive use by young women: An information-motivation-behavioral skills assessment. *Canadian Journal Of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 196-209. doi:10.1037/a0033309
- Gakidou, E., Nordhagen, S., & Obermeyer, Z. (2008). Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. *Plos Medicine*, 5(6), 132-139.
- Gerend, M. A., & Shepherd, J. E. (2012). Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: Comparing the health belief model and theory of planned behavior. *Annals Of Behavioral Medicine*, 44(2), 171-180. doi:10.1007/s12160-012-9366-5

- Gerend, M. A., Shepherd, M. A., & Shepherd, J. E. (2013). The multidimensional nature of perceived barriers: Global versus practical barriers to HPV vaccination. *Health Psychology, 32*(4), 361-369. doi:10.1037/a0026248
- Giuseppe, G., Liguori, G., Abbate, R., Angelillo, I. F., & Albano, L. (2008). Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. doi:10.1038/sj.bjc.6604454
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer, 15*(1), 7-20.
- Hammer, J.C., Fisher, J.D., Fitzgerald, P., & Fisher, W.A. (1996). When Two Heads Aren't Better Than One: AIDS Risk Behavior in College-Age Couples. *Journal Of Applied Social Psychology, 26*(5), 375-397. doi:10.1111/j.1559-1816.1996.tb01855.x
- Hynd, C. R. (2001). Refutational texts and the change process. *International Journal Of Educational Research, 35*699-714. doi:10.1016/S0883-0355(02)00010-1
- Inglehue, K., Cottrell, R., & Bernard, A. (2004). College Women's Knowledge, Perceptions, and Preventive Behaviors Regarding Human Papilloma Virus and Cervical Cancer. *American Journal Of Health Studies, 19*(1), 28-34.
- Interis, C., Anakwenze, P., Aung, A., & Jolly, E. (2015). Increasing Cervical Cancer Awareness and Screening in Jamaica: Effectiveness of a Theory-Based Educational Intervention. *International Journal Of Environmental Research And Public Health, 53*(1), 1-11. doi:10.3390/ijerph13010053
- Koç, Z. (2015). University Students' Knowledge and Attitudes Regarding Cervical Cancer, Human Papillomavirus, and Human Papillomavirus Vaccines in Turkey. *Journal Of American College Health, 63*(1), 13-22. doi:10.1080/07448481.2014.963107
- Krawczyk, A., Lau, E., Perez, S., Delisle, V., Amsel, R., & Rosberger, Z. (2012). How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults. *Journal Of American College Health, 60*(4), 316-322. doi:10.1080/07448481.2011.615355
- Lambert, E. C. (2001). College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *The Journal of the American Board of Family Practice, 14*(3), 178-183.

- Leal, P. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 103-112.
- Lemos, M. S., Rothes, I. A., Oliveira, F., & Soares, L. (n.d). Raising cervical cancer awareness: Analysing the incremental efficacy of Short Message Service. *Health Education Journal*, 76(8), 1-15.
- Mays, R.M, Zimet, G.D., Winston, Y., Kee, R., Dickes, J., & Su, L. (2000). Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women. *Health Care for Women International*, 21(5),361-374. doi: 10.1080/07399330050082218
- Maddux, J. E., Norton, L. W., & Stoltenberg, C. D. (1986). Self-efficacy expectancy, outcome expectancy, and outcome value: Relative effects on behavioral intentions. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 51(4), 783-789. doi:10.1037/0022-3514.51.4.783
- McDade, T. W., Chyu, L., Duncan, G. J., Hoyt, L. T., Doane, L. D., & Adam, E. K. (2011). Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. *Social Science & Medicine*, 73391-398. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.005
- McRee, A., Katz, M. L., Paskett, E., Reiter, P. L., & (2014). HPV vaccination among lesbian and bisexual women: Findings from a national survey of young adults. *PubMed*, 32 (37), 4736-4742. doi:10.1016/j.vaccine.2014.07.00
- Medeiros, R., & Ramada, D. (2010). Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. *Vaccine*, 29(2), 153-160. doi:10.1016/j.vaccine.2010.10.068
- Mehu-Parant, F., Rouzier, R., Soulat, J., & Parant, O. (2010). Eligibility and willingness of first-year students entering university to participate in a HPV vaccination catch-up program. *European Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 148186-190. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.10.024
- Meyer, J., Johnson, K., Bowyer, J., Muir, J., & Turner, A. (2016). Evaluating a health video on diabetic retinopathy. *Health Promotion Journal Of Australia*, 27(1), 84-87.
- Mendes, D., Baguelin, M., Jit, M., Mesher, D., & Pista, A. (2017). Understanding differences in cervical cancer incidence in Western Europe: comparing Portugal and England. *European Journal Of Public Health*, 28(2), 343-347.

- Oliveira, F. (2015). *Evaluation of video and SMS based intervention for cervical cancer prevention*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto).
- Oswalt, R., & Matsen, K. (1993). Sex, AIDS, and the use of condoms: a survey of compliance in college students. *Psychological Reports*, 72, 764-766.
- Pereira, D. (2015). *Fatores de adesão à prevenção do cancro: desenvolvimento de um questionário*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto).
- Priest, H. M., & Knowlden, A. P. (2015). Systematic review of primary prevention human papillomavirus interventions targeting college students. *International Journal Of Sexual Health*, 27(2), 125-144. doi:10.1080/19317611.2014.945631
- Raz, D. J., Nelson, R. A., Kim, J. Y., & Sun, V. (2018). Pilot study of a video intervention to reduce anxiety and promote preparedness for lung cancer screening. *Cancer Treatment And Research Communications*, 16,1-8. doi:10.1016/j.ctarc.2018.04.004
- Risica, P., Parker, D., Phipps, M., Gavarkovs, A., & Jennings, E. (2017). A tailored video intervention to reduce smoking and environmental tobacco exposure during and after pregnancy: Rationale, design and methods of Baby's Breath. *Contemporary Clinical Trials*, 521-9. doi:10.1016/j.cct.2016.10.010
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15 (2), 175-183.
- Sandfort, J., & Pleasant, A. (2009). Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus. *Journal Of American College Health*, 58(2), 141-149. doi:10.1080/07448480903221368
- Sanderson, C. A., & Yopyk, D. J. A. (2007). Improving condom use intentions and behavior by changing perceived partner norms: An evaluation of condom promotion videos for college students. *Health Psychology*, 26(4), 481-487. doi: 10.1037/0278-6133.26.4.481
- Saver, B. G., Mazor, K. M., Luckmann, R., Cutrona, S. L., Hayes, M., Gorodetsky, T., & Bacigalupe, G. (2017). Persuasive Interventions for Controversial Cancer Screening Recommendations: Testing a Novel Approach to Help Patients Make Evidence-Based Decisions. *Annals Of Family Medicine*, 15(1), 48-55. doi:10.1370/afm.1996
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90-132. doi:10.1037/0033-2909.125.1.90

- Shepherd, J., Weston, R, Napuli, I., & Peersman, G. (2000). Cervical cancer and sexual lifestyle: A systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Education Research, 15*(6), 681-694.
- Shepherd, J., Frampton, G., & Harris, P. (2011). Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database Of Systematic Reviews, (4)*, 1-185.
- Sherman, S. M., & Lane, E. L. (2015). Awareness of Risk Factors for Breast, Lung and Cervical Cancer in a UK Student Population. *Journal Of Cancer Education: The Official Journal Of The American Association For Cancer Education, 30*(4), 660- 663. doi:10.1007/s13187-014-0770-3
- Snell, W. E., Johnson, G., Lloyd, P. J., & Hoover, M. W. (1991). The Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal Of Personality, 5*(2), 169-183.
- Stillwater, B., Echavarría, V. A., & Lanier, A. P. (1995). Pilot test of a cervical cancer prevention video developed for Alaska Native women. *Public Health Reports, 110*(2): 211–214.
- Strecher VJ., DeVellis BM., Becker MH. (1986) The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly 13*(1): 73–92
- Sweeney, J. B., McAnulty, R. D., Reeve, C., & Cann, A. (2015). An Intervention for HPV Risk Reduction Based on the Theory of Planned Behavior: An Exploratory Study with College-Aged Women. *American Journal of Sexuality Education, 10*(3). 119-217 doi: 10.1080/15546128.2015.1049312
- Tippett, C. D. (2010). Refutation text in science education: a review of two decades of research. *International Journal Of Science & Mathematics Education, 8*(6), 951-970. doi:10.1007/s10763-010-9203-x
- Tracy, J., Lydecker, A., & Ireland, L. (2010). Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *Journal Of Women's Health (15409996), 19*(2), 229-237. doi:10.1089/jwh.2009.1393
- Tuong, W., Larsen, E., & Armstrong, A. (2014). Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *Journal Of Behavioral Medicine, 37*(2), 218-233
- Turchik, J. A., & Gidycz, C. A. (2012). Prediction of Sexual Risk Behaviors in College Students Using the Theory of Planned Behavior: A Prospective Analysis. *Journal Of Social & Clinical Psychology, 31*(1), 1-27.

- Unidade de Prevenção do Cancro - IPATIMUP (Producer). (2018, 20 april). [IN VIVO] Prevenir o cancro do colo do útero. Retrieved from <https://http://www.youtube.com/watch?v=PHJAJZ3W11>
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. doi:10.1037/0033-2909.132.2.249
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos, N. (2006). Series: Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 36,(8),1706-1728. doi:10.1016/S0140-6736(06)69479-8
- Wilson, K., White, A., Rosen, B., Chiappone, A., Pulczynski, J., Ory, M., & Smith, M. (2016). Factors Associated with College Students' Intentions to Vaccinate Their Daughters Against HPV: Protecting the Next Generation. *Journal Of Community Health*, 41(5), 1078-1089. doi:10.1007/s10900-016-0192-8
- Wolwa, M., Blavo, C., Shah, R., Fleisher, J., & Espinal, T. (2013). Cervical Cancer Knowledge and Prevention Among College Women. *Journal Of Community Health*, 38(6),1-5. doi:10.1007/s10900-013-9707-8

Apêndices

Apêndice A: Questionário sobre o cancro do colo do útero: Versão para Investigação II (2017) utilizado no pré- e pós-teste

Instruções

Este questionário contém frases que se referem a conhecimentos científicos sobre o cancro do colo do útero, mas também a pensamentos e sentimentos das pessoas em geral sobre esta doença.

Por favor, leia com atenção cada uma das frases e as opções de resposta disponíveis. Note que alguns itens podem não se adequar à sua situação específica e nesse caso deve assinalar a opção “Não se aplica”.

Para cada frase, assinale a alternativa que melhor se adequa ao seu caso pessoal, segundo o que pensa e sente neste momento.

Em caso de engano na resposta a uma questão, pode riscar e assinalar a sua opção definitiva.

Se surgirem dúvidas, não hesite em pedir ajuda a quem se encontra a administrar o questionário.

No final, verifique, por favor, se respondeu a todas as perguntas.

Neste momento, é-lhe pedido que atribua um código ao questionário que está a preencher, segundo as indicações apresentadas. Este código tem como objetivo garantir o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas, mantendo ainda assim a possibilidade de análise dos dados numa fase posterior do estudo. Assim, no espaço seguinte, coloque:

A primeira letra do seu primeiro nome ____

A primeira letra do seu último nome ____

O dia da sua data de nascimento ____

Os dois últimos algarismos do seu número de telemóvel ____

Aguarde. Não vire a página antes que lhe seja dada essa indicação.

Dados Sociodemográficos

1. Idade

_____ anos

Prefiro não responder

2. Sexo

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

3. Área de residência

Rural

Urbana

Suburbana

Prefiro não responder

4. Profissão da mãe

Prefiro não responder

5. Nível educacional da mãe

Ensino básico 1º ciclo – 4º ano (antiga instrução primária – 4ª classe)

Ensino básico 2º ciclo – 6º ano (antigo ciclo preparatório)

Ensino básico 3º ciclo – 9º ano (antigo 5º liceal/secundário unificado)

Ensino secundário – 12º ano (antigo 7º liceal/propedêutico/complementar)

Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica, nível IV)

Ensino superior (bacharelato ou licenciatura)

Ensino Superior pós-graduado (mestrado ou doutoramento)

Nunca estudou

Prefiro não responder

6. Toma a Pílula?

Sim

Não

Não se aplica

Você, alguém da sua família ou um amigo já teve cancro?

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>	<i>Prefiro não responder</i>
7.1. Você				
7.2. Parceiro				
7.3. Membro próximo da família				
7.4. Outro membro da família				
7.5. Amigo próximo				
7.6. Outro amigo				

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
8. O cancro do colo do útero é hoje uma doença maligna que causa mortalidade e morbilidade importante.		
9. O cancro do colo do útero é uma doença sexualmente transmissível.		
10. Praticamente 100% dos casos de cancro do colo do útero são causados pelo HPV(Vírus do Papiloma Humano).		
11. HPV transmite-se facilmente e silenciosamente durante o contacto sexual.		
12. O desenvolvimento do cancro do colo do útero pode ocorrer passados 20 ou 30 anos depois do momento da infeção por HPV.		

Os fatores a seguir podem ou não aumentar a probabilidade de uma mulher desenvolver cancro do colo do útero. Em que medida concorda que cada um destes fatores aumenta a probabilidade de uma mulher desenvolver cancro do colo do útero?

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>
13.1. Não usar o preservativo numa relação sexual.					
13.2. Tabagismo.					
13.3. Ter um sistema imunitário enfraquecido (por exemplo, por causa de HIV/SIDA, medicamentos imunossuppressores, ter feito um transplante).					
13.4. Uso prolongado da pílula anticoncepcional.					
13.5. Infeção por clamídia (uma doença sexualmente transmissível).					
13.6. Ter um parceiro sexual não circuncisado.					
13.7. Começar a ter relações sexuais numa idade jovem (antes dos 17 anos).					
13.8. Ter múltiplos parceiros sexuais.					
13.9. Ter muitos filhos.					
13.10. Ter um parceiro sexual com múltiplos parceiros sexuais anteriores.					
13.11. Não fazer os exames de Papanicolau.					

Indique os comportamentos de prevenção do cancro do colo do útero em que já participou:

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Prefero não responder</i>	<i>Não se aplica</i>
14.1. Realização de exames de Papanicolau.				

								<i>Nunca</i>	<i>Quase Nunca</i>	<i>Algumas Vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>
14.2. Com que frequência utiliza o preservativo nas suas relações sexuais.												

								<i>Nenhum</i>	<i>1</i>	<i>2 a 3</i>	<i>4 ou mais</i>
14.3. Número de parceiros sexuais ao longo da vida.											

Em que medida planeia envolver-se nos seguintes comportamentos de prevenção do cancro do colo do útero:

	<i>De certeza que não farei</i>	<i>Provavelmente não farei</i>	<i>Tanto posso fazer como não</i>	<i>Provavelmente farei</i>	<i>De certeza que farei</i>	<i>Prefiro não responder</i>	<i>Não se aplica</i>
15.1. Realização de exames de Papanicolau.							
15.2. Uso frequente do preservativo em relações sexuais.							
15.3. Restrição do número de parceiros sexuais.							

Atenção: Neste questionário os comportamentos de prevenção do cancro do colo do útero referem-se especificamente, à **realização de exames de Papanicolau**, ao **uso frequente do preservativo em relações sexuais** e à **restrição do número de parceiros sexuais**. Por favor, leia as frases e assinale a alternativa mais adequada ao seu caso pessoal.

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	<i>Não se aplica</i>
16. Eu penso que realizar os comportamentos preventivos do cancro do colo do útero reduz significativamente a minha probabilidade de desenvolver essa doença.						
17. Eu acho que realizar os comportamentos preventivos do cancro do colo do útero é eficaz para me proteger dessa doença.						
18. Sinto-me capaz de ter um número restrito de parceiros sexuais.						
19. Sinto-me capaz de usar frequentemente o preservativo durante as relações sexuais.						
20. Sinto-me capaz de realizar os exames de Papanicolau.						
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	<i>Não se aplica</i>
21. Sinto-me desconfortável ao pensar em realizar os exames de Papanicolau.						
22. Sinto-me desconfortável ao pensar em ter um número restrito de parceiros sexuais.						
23. Sinto-me desconfortável ao pensar em usar frequentemente o preservativo durante as relações sexuais.						

Relativamente a realizar os comportamentos de prevenção do cancro do colo do útero:

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	<i>Não se aplica</i>
24. As pessoas importantes para mim desencorajam-me de realizá-los.						
25. As pessoas importantes para mim realizam-nos.						
26. As pessoas importantes para mim motivam-me a realizá-los.						

Relativamente ao envolvimento na saúde e no bem-estar:

	<i>Não é de todo uma característica minha</i>	<i>É ligeiramente uma característica minha</i>	<i>É um pouco uma característica minha</i>	<i>É moderadamente uma característica minha</i>	<i>É muito uma característica minha</i>
27. Eu verifico cuidadosamente a minha saúde.					
28. Eu tento estar a par da minha condição de saúde.					
29. Habitualmente tenho os cuidados necessários para me manter saudável.					
30. Eu estou fazer coisas interessantes na minha vida.					
31. Eu sinto que estou ativamente envolvida/o na minha vida.					
32. Eu tento aproveitar ao máximo a minha vida.					
33. Eu faço coisas para evitar tornar-me fisicamente pouco saudável.					
34. Estou muito motivado para ser fisicamente saudável.					
35. O estado da minha saúde física é determinado principalmente por acontecimentos casuais.					
36. Eu estou motivado para evitar tornar-me fisicamente pouco saudável.					
37. Eu tenho um forte desejo de me manter fisicamente saudável.					
38. Eu sinto que a minha saúde é da minha responsabilidade.					

39. Estar em boa saúde física depende da minha própria capacidade e esforço.					
40. O estado da minha saúde física é controlado por acontecimentos acidentais.					
41. Eu realmente quero evitar ficar em má forma física.					
42. A minha saúde é sobretudo da minha responsabilidade.					
43. Não creio que o azar ou a sorte desempenhem algum papel no estado da minha saúde física.					
44. Eu esforço-me para me manter em excelente forma física.					
45. O estado da minha saúde física é determinado em grande parte pelo que eu faço (e não faço).					
46. Estar em boa saúde física é apenas uma questão de sorte.					
47. Eu tento evitar o envolvimento em comportamentos que prejudicam a minha saúde física.					
48. É realmente importante para mim manter uma saúde física adequada.					
49. O que acontece com a minha saúde física advém do que eu faço.					
50. Estou muito motivado para evitar ficar em má forma física.					
51. Estar em excelente forma física tem pouco ou nada a ver com sorte.					
52. Estou fortemente motivado a dedicar tempo e esforço à minha saúde física.					

**Terminou o questionário. Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.
Muito obrigado pela colaboração.**

Apêndice B: Transcrição da entrevista de grupo acerca do vídeo

Entrevistadora: *“O que é que vocês se recordam do vídeo?”*

Entrevistadas: *“As prevenções, as formas de transmissão”.*

Entrevistadora: *“Mais voluntárias?”*

Entrevistadas: *“Saber quantos casos há no mundo, a opinião médica de dois especialistas.”*

Entrevistadora: *“Mais alguma coisa que tenha ficado? Que retiveram?”*

Entrevistadas: *“Não, é só isso.”*

Entrevistadora: *“E quais são os aspetos positivos e negativos do vídeo?”*

Entrevistadas: *“Os positivos, se calhar chamar a atenção, sensibilizar, alertar-nos porque não temos muita noção. Lá está, foi como já disse, nós não temos noção da proporção das coisas.”. “Ouvimos falar mas nada em concreto, é tudo muito geral e não é só aquilo. “Sou sincera, não é que tenhamos ouvido falar assim muito. É só da vacina. Lá está, na altura da vacina ainda se falava mas depois esqueceu-se, o assunto morreu.”. “Ouve-se falar muito mais do cancro da mama”. “Não temos noção que havia tantos casos de cancro do colo do útero”. “O facto de a transmissão não ser, como no cancro da mama que acontece, o facto de haver um comportamento de risco, torna-se mais evitável.”. “É um cancro mais evitável.”*

Entrevistadora: *E os aspetos mais negativos do vídeo? Aspetos que não gostaram ou não concordaram?*

Entrevistadas: *“Está muito concreto para uma faixa etária de abordagem, se calhar deviam simplificar um bocadinho para começar a alertar as faixas etárias mais novas.”*

Entrevistadora: *“Achaste que estava mais direcionado para faixas etárias mais velhas? E achaste difícil de perceber?”*

Entrevistadas: *“Achei perceptível”. “É assim, se formos aplicar a crianças mais novas com 11, 12 anos não é tão fácil”*

Entrevistadora: *“Então quando dizem para adequar o vídeo a faixas etárias mais jovens, é adaptar a linguagem do vídeo? É nesse sentido?”*

Entrevistadas: *“É. O vídeo é muito específico, tem muitos termos técnicos.”*

Entrevistadora: *“Acham que devia ser mais apelativo ou mais dinâmico?”*

Entrevistadas: *“Sim, sim.”. “Dinâmico, eu acho que já o é. A questão é mais da linguagem.”*

Entrevistadora: *“E que comportamentos de prevenção abordava o vídeo? Lembram-se?”*

Entrevistadas: *“Reduzir o nº de parceiros sexuais, utilização do preservativo, o exame do papanicolau. Achamos que é tudo.”*

Entrevistadora: *“E há algum aspeto do vídeo que vos tenha influenciado, desde que viram o vídeo?”*

Entrevistadas: *(Risos). “A mim não porque já tinha esses comportamentos.”. “Isso depende também dos relacionamentos que cada uma tenha, é algo mais pessoal”*

Entrevistadora: *“Mais alguém?”*

Entrevistadas: *“Isso também acaba por ser muito característica de cada um”*

Entrevistadora: *“Então de uma forma geral, acham que há mais alguma coisa que deveria ser feita para mudar a adesão aos comportamentos preventivos nesta área? Alguma medida que pudesse ser tomada?”*

Entrevistadas: *“Em relação ao colo do útero?”*

Entrevistadora: *“Sim, especificamente nesta temática”*

Entrevistadas: *“Sim, mais informação”. “O que fizeram connosco, tirando a parte de ter sido um trabalho feito numa Escola, mas a parte de nos sensibilizar deviam começar a fazer com os mais novos. Porque se calhar a pessoas da nossa idade, não estou a falar do nosso caso, da nossa turma, mas outros casos já cometeram muitos erros e cometem. Já está de forma tão viciada que já não muda...”*

Entrevistadora: *“Que é difícil de mudar?”*

Entrevistadas: *“Sim e se começássemos com os mais novos, antes que eles comessem a cometer esses erros, talvez fosse possível.”*

Entrevistadora: *“E de que forma essa informação devia ser divulgada? Quais os meios que vocês acham ideais para promover isso?”*

Entrevistadas: *“Em primeiro lugar, nas escolas há sempre aquelas disciplinas que temos até ao 6º ano, de formação cívica que é o Diretor de Turma que a dá, que é para todo este tipo de coisas, apoiar tudo que seja necessário. Por isso, a nível de País era uma coisa que facilmente se houvesse um vídeo que chegasse à escola, bastava os professores naquela unidade curricular promoverem isso com aquela turma e fazerem eles um trabalho mais específico, durante umas semanas com isso. ”*

Entrevistadora: *“Então vocês acham que o vídeo seria uma forma interessante de divulgação?”*

Entrevistadas: *“Sim. É algo novo, mais cativante e que chama mais atenção.”*

Apêndice C: Resultados descritivos no pré-teste e no pós-teste

Descritivas dos resultados no pré-teste e do pós-teste

Dimensões	Pré-teste	Pós-teste	K-s		p^1	$Z_{Skewness}$
	(N=71) C ²	(N=39) C ³	Z	p		
Conhecimento Geral CCU			-	-	-	-
"Causa mortalidade e morbilidade" (item8)	84.5%	45.1%	-	-	-	-
"Doença sexualmente transmissível" (item 9)	21.13%	60.53%	-	-	-	-
"100% dos casos do CCU são causados pelo HPV" (item 10).	62%	81.58%	-	-	-	-
" HPV durante o contacto sexual" (item 11)	42.3%	73.68%	-	-	-	-
"Ocorre passados 20 ou 30 anos depois do HPV" (item 12)	76%	86.84%	-	-	-	-
Conhecimento Fatores de Risco	<i>M(DP)</i> 2.76 (.41)	<i>M(DP)</i> 3.58 (.44)	.093	.200	.001*	.408
Comportamento	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	-	-	-	-
Realização de exames de Papanicolau	1.70 (46)	1.83(.73)	.298	.000*	.23	.861
Uso frequente do preservativo	3.34(1.63)	3.17(1.63)	.205	.000*	.35	.258
Nº de parceiros sexuais ao longo da vida	2.00(.87)	2.00(.87)	.236	.000*	1.00	-.313
Intenção	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	-	-	-	-
Realização de exames de Papanicolau	4.73(. 80)	4.70(.74)	.414	.000*	.32	-.024
Uso frequente do preservativo	4.23(1.26)	4.18(1.17)	.236	.000*	1.00	-.002
Redução do número de parceiros sexuais	4.20(1.38)	4.16(1.26)	.250	.000*	.89	1.64
Expetativa de Resultado	<i>M(DP)</i> 4.37(.64)	<i>M(DP)</i> 4.48(.57)	.223	.000*	.02*	.145
Autoeficácia	<i>M(DP)</i> 4.30(.60)	<i>M(DP)</i> 4.49(.55)	.216	.000*	.86	1.16
Custo	<i>M(DP)</i> 2.20(.70)	<i>M(DP)</i> 2.00(.70)	.153	.000*	.08	1.64
Influência de Pessoas Importantes	<i>M(DP)</i> 4.15(.72)	<i>M(DP)</i> 4.38(.60)	.154	.000*	.16	.80
Envolvimento com a Saúde	<i>M(DP)</i> 3.84(.60)	<i>M(DP)</i> 3.96(.55)	.107	.05	.68	-.695
Envolvimento com a Vida	<i>M(DP)</i> 4.07(.94)	<i>M(DP)</i> 4.22(.86)	.170	.000*	.73	-3.04

¹ *p <.05

² Frequência de respostas corretas no pré-teste

³ Frequência de respostas corretas no pós-teste