

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASSOCIADAS À SAÚDE  
EM ESTUDANTES, JOVENS, DA CIDADE DO PORTO

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO  
PORTO, OUTUBRO DE 1993

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação para provas de doutoramento em psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Maria Isolina Borges e co-orientação do Professor Doutor Nuno Grande.

O estudo aqui apresentado foi realizado no âmbito do Centro de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança. Foi subsidiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e pelos Instituto Nacional de Investigação Científica e Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica, no âmbito de uma bolsa de estudos para doutoramento no país.

## AGRADECIMENTOS

A tese aqui apresentada não teria sido possível sem o apoio dos professores Doutores Maria Isolina Pinto Borges e Nuno Grande.

Foi, igualmente, fundamental o apoio do professor Doutor Brian Habbick, director do *Department of Community Health and Epidemiology* do *College of Health* da Universidade de Saskatchewan, no Canadá, da Professora Doutora Catherine Green do mesmo departamento, e ainda, do Professor Doutor Carl D'Arcy do *Department of Applied Research* e do Professor Doutor Myles Genest do departamento de psicologia da mesma universidade.

Na parte final da tese foi imprescindível o apoio dos amigos chegados e dos colegas que leram, discutiram, sugeriram, apoiaram, estimularam: de lembrar também os que recolheram os dados.

Com todos no pensamento se partilha a escrita das últimas linhas da tese.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUÇÃO GERAL**

	<b>pág.</b>
PARTE A- Saúde e Doença	8
PARTE B- História da saúde	29
PARTE C- Segunda Revolução da Saúde	51
PARTE D- Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde	67
PARTE E- A Tese	74

## **CAPÍTULO II**

### **AS VARIÁVEIS DA INVESTIGAÇÃO**

PARTE A- Aspectos Psicológicos na Saúde e na Doença	85
PARTE B- Variáveis Independentes da Investigação	92
PARTE C- O que Diz a Investigação Sobre as Variáveis Independentes	110
PARTE D- As Variáveis Dependentes da Investigação	153
PARTE E- As Variáveis Ambientais	164
PARTE F- As Variáveis Demográficas	167

## **CAPÍTULO III**

### **MODELO DE COMPREENSÃO DA ESCOLHA DAS VARIÁVEIS**

PARTE A- O Modelo Sistémico	173
PARTE B- Factores de Risco e o Modelo Sistémico	202
PARTE C- Modelos de Explicação e Intervenção na Promoção da Saúde	212
PARTE D- Relação Entre as Variáveis da Investigação	217



**CAPÍTULO IV**  
**MATERIAL E MÉTODOS**

PARTE A- Material e Instrumentos	223
PARTE B- Construção do Questionário e Procedimento	242
PARTE C- Amostragem	253
PARTE D- Estatística	257
PARTE E- Adaptação e Reconstrução dos Instrumentos	261

**CAPÍTULO V**  
**RESULTADOS**

PARTE A- Características da Amostra	326
PARTE B- Relação Entre Saúde e Psicologia	349
PARTE C- Desenvolvimento dos Jovens	352
PARTE D- Diferenças Entre Grupos	361
PARTE E- Amortecedor do <i>Stress</i>	396

**CAPÍTULO VI**  
**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Discussão	478
-----------	-----

**BIBLIOGRAFIA**

Bibliografia	533
--------------	-----

**ANEXO**

Questionário	570
--------------	-----

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUÇÃO GERAL**

## INTRODUÇÃO

### PARTE A- Saúde e Doença

Definição de Saúde	8
Saúde, qualidade de vida e bem-estar--15	
Qualidade de vida--17	
Bem-estar subjectivo--18	
Qualidade de vida relacionada com a saúde--20	
Definição de Doença	23
Relação Entre Saúde e Doença	25

### PARTE B- História da saúde

Evolução do Conceito de Saúde e Doença	29
Período pré-cartesiano--31	
Desenvolvimento do modelo biomédico--32	
Primeira revolução da saúde--33	
Segunda revolução da saúde--37	
Consequências Populacionais das Revoluções da Saúde	40
Cenários Futuros para a Saúde e Doença	42
Regresso a uma Consciência Ecológica na Saúde	46

### PARTE C- Segunda Revolução da Saúde

Conceitos Principais da Segunda Revolução da Saúde	51
História dos Conceitos--51	
Promoção da Saúde	56
Promoção da Saúde na Europa	57
Promoção da Saúde na Saúde e nas Doenças	61
Estilo de Vida- Nascimento e Morte do Conceito	62
Limites da Responsabilidade Individual	64

### PARTE D- Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde

A Saúde, a Doença e a Psicologia da Saúde	67
---	----

### PARTE E- A Tese

Organização da Tese	74
Congruência entre a teoria e análise de dados--74	
Análise correlacional <i>versus</i> experimental--76	
Análise de dados inferencial <i>versus</i> descritiva--76	
Análise de dados univariada <i>versus</i> multivariada--76	
Validade Interna e Externa do Desenho de Investigação	77
O Título	78
Os Objectivos	79
Composição da Tese	81

## INTRODUÇÃO

As técnicas médicas desenvolvidas entre o final do século XIX e meados do século XX, deixaram supor que o caminho para o controlo definitivo das principais doenças tinha sido encontrado. A partir de meados do século, altura em que o desenvolvimento de novos medicamentos permitia curar grande parte das doenças infecciosas, dá-se uma alteração radical nas causas de mortalidade e morbilidade. As principais causas de doença deixaram de ser organismos patogénicos que, introduzidos no organismo hospedeiro provocavam doenças, para passarem a ser o comportamento humano.

Embora a partir de meados do século se tivessem começado a notar mudanças nos padrões de morbilidade, mortalidade e suas causas, foi na década de 70 que se verificou o impacto público destas mudanças, e se definiram estratégias universais para enfrentarem o novo desafio. A intervenção sobre este novo agente exige soluções, forçosamente mais complexas, substancialmente diferentes das adoptadas até então, e tende a tornar inadequados os modos tradicionais de conceber a saúde e a doença. Simultaneamente impõe aos sistemas de saúde existentes mudanças radicais.

Os países desenvolvidos iniciaram uma revolução no campo da saúde. Esta revolução, apelidada por Richmond (1979) de "segunda revolução da saúde", tem exigido um grande esforço e estratégias diferentes para enfrentar as novas perspectivas. A principal mudança no modo de conceber a saúde consistiu na deslocação do centro das atenções do vector doença, dominante desde o advento da medicina científica, para o vector saúde. Esta mudança ocorreu primeiro entre os cientistas que se debruçavam sobre esta área, e depois entre os políticos, conduzindo a uma

nova concepção de saúde pública, com consequências importantes para os sistemas de saúde tradicionais (Lancet, 1991).

O primeiro marco do impacto público das mudanças, e da consciência política da sua existência, consistiu na publicação, em 1974, do relatório "*A New Perspective on the Health of Canadians*" da autoria de Marc Lalonde, então ministro da saúde e do bem-estar do Canadá. Este documento, considerado um livro branco da saúde, constituindo um marco histórico para a nova maneira de conceber a saúde e a doença, justificava do seguinte modo a nova maneira de conceber o campo da saúde:

enquanto se faziam progressos nos cuidados de saúde, no nível de vida em geral, na protecção fornecida pela saúde pública e na ciência médica, contra-forças agourentas trabalhavam para destruir esse progresso. Esta forças do contra constituem o lado negro do progresso económico. Elas incluem poluição ambiental, vida citadina, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas, e padrões alimentares que põem os prazeres dos sentidos acima das necessidades do corpo humano. Para estas ameaças ambientais e comportamentais à saúde, o sistema de cuidados de saúde pode fazer pouco mais do que de rede onde caem as vítimas. Médicos, cirurgiões, enfermeiras e hospitais dispendem muito do seu tempo no tratamento de doenças causadas por factores ambientais adversos e riscos comportamentais. É evidente que é necessário implementar melhorias no ambiente, nos riscos auto-impostos, e um maior conhecimento da biologia humana, se se pretende que os Canadianos vivam uma vida feliz, plena, longa e livre de doenças (Lalonde, 1974, p.5).

No mesmo sentido, reflectindo as mesmas preocupações e com as mesmas conclusões, iniciou-se em 1977, nos Estados Unidos da América (EUA), a pedido do governo de então, um estudo sobre o estado da saúde da Nação.

Esse estudo, publicado em 1979 com o título "*Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*", ficou conhecido por relatório Richmond, nome do autor, então secretário assistente para a saúde e *surgeon-general* do titular da pasta da saúde. Finalmente, reflectindo esta consciência a nível planetário, em 1978 a Organização Mundial da Saúde adoptou a Declaração de Alma-Ata, onde se definiram um conjunto de objectivos de saúde para a população do planeta, e de estratégias para os alcançar. Estes três marcos, permitem afirmar que se está numa nova era, quanto ao modo de conceber a saúde e a doença e, quanto ao modo de intervir.

Embora as mudanças reais no modo de funcionamento das estruturas de saúde e doença não sejam visíveis, as investigações começaram a reflectir a nova perspectiva. Um destes estudos foi o Estudo Alameda, assim intitulado por ter ocorrido em *Alameda County*, uma região dos Estados Unidos da América: iniciou-se em 1959 com a instalação do *Human Population Laboratory* em Berkeley e teve como inovação sobre estudos anteriores pretender explicar, não só os factores que estavam associados às doenças, mas também os que estavam associados à saúde. Os resultados deste estudo começaram a surgir no início da década de 70, evidenciando relações significativas, quer entre o estilo de vida das pessoas e a saúde, quer entre aquele e a morbilidade e mortalidade.

O relatório de Marc Lalonde introduziu uma distinção que, sendo óbvia, não era utilizada na linguagem da saúde e da doença. Distinguiu as expressões "cuidados de saúde" (*health care*) de "campo da saúde" (*health field*) para salientar que a primeira se referia, essencialmente, ao que se fazia nos hospitais e noutros contextos de saúde tradicionais, enquanto a segunda expressava tudo o que dizia respeito à saúde. Definiu o conceito de campo da saúde (*health field concept*) que se suportava em quatro pilares: biologia humana, meios ambiente, estilo de vida, organização dos

cuidados de saúde. Estes quatro pilares deviam (afirmava) ser considerados em simultâneo quando se pensava a saúde. A deslocação das preocupações dos cuidados de saúde para o campo da saúde constitui a mudança mais radical da segunda revolução da saúde.

A presente investigação realiza-se no âmbito da perspectiva da segunda revolução da saúde e centra-se, exclusivamente, sobre a saúde de pessoas que são saudáveis.

As variáveis psicológicas que contribuem para a saúde são o objecto privilegiado da presente investigação. São propósitos desta investigação:

a) identificar relações entre variáveis psicológicas e de saúde e entre estas e variáveis ambientais;

b) definir processos de avaliação dessa entidade, relativamente vaga chamada "saúde";

c) produzir conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção com jovens, visando a promoção da saúde.

Os objectivos que serão apresentados na última parte deste capítulo deverão ser concebidos como subdivisões destes fins últimos, e em articulação com eles. Enquanto grupo saudável foi escolhida uma população que é, potencialmente, a mais saudável de qualquer nação: jovens estudantes.

Serão discutidas diferentes perspectivas de conceber a saúde e a doença, os conceitos próprios de cada perspectiva, e ligações entre elas, salientando-se o ponto de vista da psicologia que é o contexto onde a investigação é realizada

A investigação propõe-se, ao longo de seis capítulos, cada um deles dividido em várias partes, discutir a importância de conceber a saúde (e não as doenças) numa perspectiva complexa, sistémica, que considere dimensões normalmente arredadas da saúde, e analisar a importância da

contribuição das variáveis psicológicas para essa entidade complexa chamada "saúde".

O presente capítulo, divide-se em cinco partes: na Parte A discutir-se-á a evolução dos conceitos de saúde e conceitos afins, de doença, e suas relações; na Parte B explicar-se-á a evolução histórica desses conceitos; na Parte C serão apresentados e discutidos os conceitos mais importantes da segunda revolução da saúde; na Parte D justificar-se-á e discutir-se-á o aparecimento e o papel da psicologia da saúde; finalmente, na Parte E serão apresentados os objectivos, e justificada a organização da investigação.



## PARTE A

### Saúde e Doença

Nesta parte será definido e discutido o conceito de saúde, apresentados conceitos próximos tais como os de qualidade de vida e de bem-estar e discutidas as várias conotações que pode tomar o conceito de doença relacionando-o com o de saúde.

#### Definição de Saúde

Propor uma definição de saúde não é tarefa fácil. Conceitos como os de saúde, de doença, de cuidados médicos, de cuidados de saúde, de promoção da saúde, não existem num vácuo cultural, político, histórico e social. Tais conceitos, pelo contrário, reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos. Por outro lado, o conceito de saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico. Por vezes esses significados ou são contraditórios ou se sobrepõem, espelhando a variedade de contextos de experiência humana. No entanto, existem hoje organizações internacionais em que os representantes dos diversos povos discutem e acordam definições e estratégias globais para a abordagem destes conceitos.

Imediatamente a seguir à segunda grande guerra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definia saúde como: **estado de bem estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença** (WHO,1948). Esta definição de saúde tem algumas características importantes associados à evolução do conceito verificada nos últimos 20 anos. Sendo relativamente inócua ela marca uma ruptura com o modelo médico tradicional, no sentido em que afirma que:

- a) a saúde não é, apenas, ausência de doença;
- b) a saúde se manifesta ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- c) a saúde se manifesta nos níveis mental, social e físico;
- c) os aspectos físico, mental e social, estão juntos numa coalescência sistémica que os torna interdependentes;

d) a saúde define-se por uma configuração de bem-estar, o que implica que a única pessoa que pode responder é o próprio indivíduo, visto não ser possível alguém decidir se outra pessoa tem uma configuração de bem-estar ou não. Parafraseando Marco Aurélio, há cerca de 2000 anos, "nenhum homem é feliz se não pensar que o é" (citado por Diener, 1984).

Thoresen & Eagleston (1985), resumem do seguinte modo o que está subjacente ao conceito de saúde:

1) a saúde é o estado habitual dos indivíduos, e está subjacente à capacidade das pessoas implementarem acções de rotina, como por exemplo, comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros, etc;

2) a saúde é mais do que a ausência objectiva de patologia fisiológica específica;

3) a saúde existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando em resposta adaptativa, às exigências percebidas pelo indivíduo, tanto internas como externas que ocorrem ao longo do tempo;

4) a saúde não pode ser compreendida isoladamente do contexto físico e social;

5) a saúde não pode ser compreendida sem ser como parte do equilíbrio ecológico;

6) a saúde envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;

7) a saúde fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou perícias para satisfazer as exigências da vida do dia a dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia.

A definição de saúde é uma definição pela positiva, no sentido em que afirma que a saúde se caracteriza pela presença de determinadas características ao invés de pela ausência de outras. Com efeito, a perspectiva tradicional de conceber a saúde, tende a defini-la pela ausência de doença. Uma pessoa seria saudável se após um *checkup* os resultados da avaliação fossem negativos. A própria psicologia tem dispendido imensa energia com uma saúde mental que se limita a verificar se as pessoas não têm doenças mentais.

A saúde vista pela positiva é anterior à definição da OMS. Sigerist (1941), afirmava que o indivíduo saudável era bem equilibrado corporal e mentalmente, e bem ajustado ao seu meio físico e social, estava em controlo total dos seus recursos mentais e físicos, adaptava-se às mudanças do meio desde que não excedessem os limites normais, e contribuía para o bem estar da sociedade de acordo com a sua capacidade. A saúde - dizia ainda - não era, apenas, a ausência de doença: era algo positivo, uma atitude jovial, de alegria perante a vida e uma aceitação alegre das responsabilidades que a vida impõe.

A noção de saúde, implicando o aumento da longevidade, de maior quantidade de vida, implica, acima de tudo, maior qualidade de vida. Um medicamento, ou qualquer outro tipo de intervenção sobre uma doença, que não aumente a qualidade de vida ou a probabilidade desta qualidade aumentar no futuro, tem pouca importância, ou não tem mérito do ponto de vista de intervenção na saúde, embora possa ter sentido do ponto de vista meramente remediativo. Com efeito, segundo o modo de conceber saúde e doença no espírito da segunda revolução da saúde, é possível realizar intervenções sobre determinadas doenças que diminuam o estado da

doença sem que tal se reflita no estado de saúde, ou que, mesmo, piorem a configuração de bem-estar.

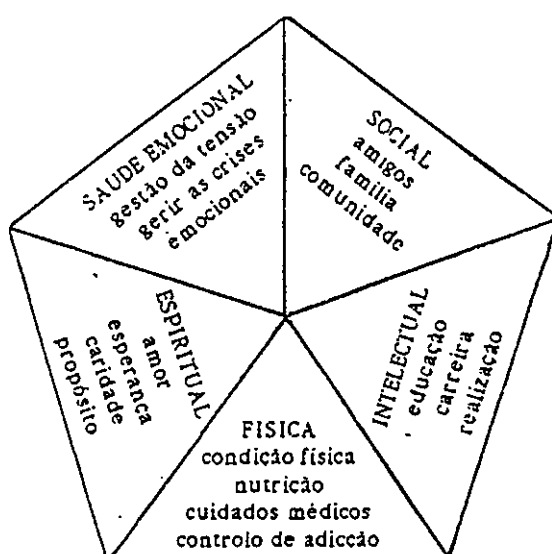
A saúde pode ser vista quer como um objectivo por si, quer como um meio. Na medida em que é responsável pelo sistema de cuidados de saúde e dispende largas verbas na sua sustentação, o poder político tende a encarar a saúde (entendida, principalmente, como ausência de doenças) como um objectivo *per si*: quanto melhor for a saúde dos indivíduos menos gastará com as inúmeras instituições que estão a seu cargo. Em oposição, para o indivíduo, a saúde não é um objectivo por si: ela é um meio para atingir a felicidade. Um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia para se empenhar nas actividades do dia a dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das actividades de lazer, culturais ou outras. Para além disso, uma boa saúde permite fazê-lo durante mais tempo. Uma melhor saúde permite viver a vida durante mais tempo com mais vivacidade.

A saúde pode ainda ser vista como um meio que permita alcançar objectivos de vida potenciais de entre aqueles que, num dado momento histórico e cultural, são considerados ideais. Ela não pode ser vista, apenas, como uma variável dependente, ou seja, como algo a melhorar, a mudar ou a promover, mas também como uma variável independente. Como variável independente poderá influenciar directamente toda experiência de vida, incluindo, tanto a percepção de bem-estar, essencial (por definição) para ter saúde, como o próprio estado de doença física. A saúde pode ser o primeiro determinante na susceptibilidade, ou na resistência do indivíduo a uma miríade de elementos patogénicos, bacteriológicos ou víricos, que estão presentes em todo o lado e que afectam os organismos mais frágeis. Todos os meios ambientes possuem microorganismos susceptíveis de provocar doenças, no entanto apenas uns poucos adoecem. Assim, numa perspectiva multicausal, o estado de saúde

pode ser considerado causa da doença, ou pode contribuir para a invulnerabilidade.

A saúde inclui várias dimensões: umas com carácter subjectivo, outras objectivas. As primeiras têm a ver com o sentir-se bem, as segundas com a capacidade funcional (Terris, 1975). Por exemplo, O'Donnell (1986, a), propõe um modelo de explicação da saúde com cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas, que devem coexistir equilibradamente (Fig.1).

Figura 1  
Dimensões da saúde



Bergner (1985) identificava as seguintes cinco dimensões do estado de saúde:

a) características genéticas ou hereditárias de base que formam a estrutura básica sobre a qual todos os outros aspectos do estado de saúde se constroem;

b) condição anatómica, fisiológica, bioquímica, incluindo a doença, incapacidade ou disfunção, manifestas ou não;

c) condição funcional que inclui a realização de actividades da vida diária tais como trabalhar, andar e pensar;

d) condição mental, que inclui auto-percepção emocional e de humor;

e) potencial de saúde individual que inclui longevidade, potencial funcional e prognóstico de doença e incapacidade.

O conceito de saúde tem sido criticado devido às dificuldades que a sua avaliação objectiva coloca. Por definição a saúde é um conceito subjectivo, de entendimento pessoal: para a avaliar tem de se recorrer a técnicas diferentes das que são utilizadas nos contextos de saúde tradicional. A saúde é apenas uma, ao contrário das doenças que são inúmeras. Ao contrário da saúde, que só se pode avaliar no geral, as doenças avaliam-se no particular. As doenças devem ser avaliadas de modo objectivo, independentemente da opinião do indivíduo avaliado, ao contrário da saúde. Não há saúde específica, enquanto só há doenças específicas com nomes específicos.

As avaliações médicas tendem a basear-se em dados de aparência objectiva, tais como, por exemplo, a contagem de glóbulos numa análise de sangue, o registo gráfico de actividade eléctrica do organismo, proveniente de um electroencefalograma ou de um electrocardiograma, ou a imagem gerada por aparelhos, do ecógrafo ao TAC. Esta aparente objectividade dos dados, típica na área da doença não existe na área da saúde. A avaliação desta nova área lida com "constructos", com aspectos que, como explica Loevinger(1957) não existem realmente; só existem na cabeça dos cientistas como meio de explicar a realidade.

A questão de avaliação tem sido uma das principais barreiras ao estudo "científico" da saúde. Com efeito, em ciência, se algo existe, existe em determinada quantidade e, por isso, pode ser medido. O universo tradicional da saúde teve de se adaptar a este novo conceito, aparentemente independente do de doença, nomeadamente aceitando novas estratégias de avaliação que, até então, tinham estado arredadas

desse meio. Tal teve início formal na década de 50 quando a *United States Commission on Mental Illness and Health* decidiu que o bem estar subjectivo podia ser razoavelmente avaliado (citado por Horley, 1984).

A aceitação do princípio exposto no último parágrafo gerou a produção de estudos sobre medidas de avaliação. Muitos dos investigadores interessados nestes aspectos recorreram a princípios tradicionais em psicologia, ciência e disciplina que tradicionalmente lida com "constructos" e que, desde o final do século passado se empenhou no desenvolvimento de técnicas de avaliação de aspectos subjectivos da acção humana. Nos últimos anos os contextos de saúde tradicionais passaram a tomar em consideração as características métricas das técnicas de avaliação da saúde e, aspectos tais como, validade (de conteúdo, concorrente, predictiva, de constructo) e fidelidade (interna, inter-registos ou inter-avaliadores), passaram a fazer parte integrante da descrição dessas medidas (Bergner & Rotman, 1987; Kaplan, Bush, & Berry, 1976. Kirshner & Guyatt, 1985; Ware, Brook, Davies & Lohr, 1981).

Nas duas últimas décadas desenvolveram-se medidas de avaliação da saúde que passaram a ter aceitação universal e a ser utilizadas pelos países desenvolvidos. O estudo mais importante realizado com este objectivo foi implementado pelo grupo da *Rand Corporation*, exactamente com o objectivo de estabelecer medidas de saúde (Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams, & Johnston, 1979). Por volta de 1973 o governo federal dos Estados Unidos da América, contrataram a *Rand Corporation*, para a realização de um estudo em larga escala sobre o estado de saúde dos americanos. Este estudo debruçou-se sobre 8000 pessoas envolvidas num plano de saúde, de seis cidades americanas: teve início em 1972, e as publicações relacionadas com este trabalho começaram a sair em 1978. Com base nos instrumentos de medida produzidos neste estudo foram desenvolvidos outros, mais reduzidos, que

têm sido utilizados para avaliar os resultados das intervenções clínicas tomando como referência o ponto de vista do doente (ver editorial do *Journal of the American Medical Association*, August, 18, 1989- Vol.262, No.7, p.943)

### **Saúde, Qualidade de Vida e Bem Estar**

Concomitantemente com a emergência da Segunda Revolução da Saúde e com a aceitação da noção de que a saúde pode ser uma dimensão independente da doença, desenvolveram-se outros conceitos que têm algum parentesco com o conceito de saúde, ou que estão implicados nela. No primeiro caso está o de qualidade de vida; no segundo o de bem-estar. A partir da década de 70 o conceito de qualidade de vida entrou nos ambientes tradicionais de doença, tomando sentidos parecidos com o de saúde (Fries, & Spitz, 1990).

O termo "qualidade de vida" cresceu em popularidade com o desenvolvimento das economias no pós-guerra, essencialmente nos países desenvolvidos. Este crescimento em popularidade levou à necessidade de o estudar, de o aprofundar, levando ao desenvolvimento de medidas que pudessem qualificar essa "entidade vaga e etérea" como lhe chamam Campbel, Converse e Rodgers, (1976,p.471).

Com efeito, se na primeira metade do século XX era aceitável que indicadores económicos tais como o Produto Nacional Bruto, fossem utilizados para identificar o bem-estar e a qualidade de vida de uma nação, tal tendia a deixar de suceder na segunda metade do século. Como Liu referia em 1975, as pessoas deixaram de aceitar, e de acreditar, que os indicadores económicos sejam indicadores de bem-estar da população. A evolução das democracias, a revolução primeiro-mundista que teve lugar na década de 60, o aumento da consciência dos cidadãos de que tinham direito a participar na definição da sua vida para além de se limitarem a



votar, levou à necessidade de estabelecer outros indicadores de qualidade de vida e, concomitantemente, do modo de os avaliar.

Esta evolução, e as contradições existentes, são patentes em relatórios publicados pelas organizações internacionais. Por exemplo, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) publica, anualmente, um relatório de desenvolvimento humano e, mais ou menos na mesma altura, é publicado o relatório do Banco Mundial(BM) sobre o desenvolvimento e ambiente. Ao contrário deste, que se baseia quase exclusivamente em dados económicos, o relatório do PNUD inclui um compósito de índices que pretendem expressar a qualidade de vida e não apenas os aspectos meramente económicos. Utiliza como indicadores, por exemplo, esperança de vida ao nascer, custos dos serviços de saúde, taxa de alfabetização, títulos de livros editados, tiragem diária de jornais, magnitude dos impostos, quantidade de poupanças, qualidade do ambiente, violência, suicídios, entre outros. A ordenação dos países feita pelo PNUD é substancialmente diferente da do BM: enquanto no relatório do BM surgia, em 1992, em primeiro lugar o Kuwait, seguido da Suíça e Finlândia, no do PNUD surgia em primeiro lugar o Canadá, seguido da Noruega e da Suíça, e em 1993 o Japão, Canadá e Noruega. O relatório do PNUD reflecte as preocupações que se desenvolveram nos últimos anos com a qualidade de vida. No entanto, podemos considerar que estes indicadores, têm como limitação fundamental o facto de não reflectirem, ainda, o ponto de vista dos cidadãos, e de se basearem nas estatísticas disponíveis nos departamentos oficiais.

Sendo concomitantes no tempo, a emergência dos conceitos de qualidade de vida, saúde e bem-estar, parece estar associada ao desenvolvimento das democracias ocidentais. Embora os três conceitos sejam multidisciplinares, e hoje estejam claramente associados, surgiram em contextos diferentes: a qualidade de vida surgiu no contexto da

sociologia, o de saúde no contexto da saúde pública e o de bem-estar subjectivo no contexto da psicologia.

### **Qualidade de Vida**

Os esforços para medir a qualidade de vida tiveram início, e receberam validação institucional com o relatório da *Commission on National Goals*, da responsabilidade do Presidente Eisenhower, publicado em 1960. Este relatório, surgido mais de uma década após o fim da segunda guerra mundial, num período de desenvolvimento económico sem precedentes, reflectia a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população. Apontava para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais, tais como: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar. Na sequência da manifestação destas preocupações começaram a surgir investigações sobre a qualidade de vida. Referir-se-ão três dos estudos mais importantes realizados neste período: o de Liu (1975), o de Flanagan (1982), e o de Campbell, Converse e Rodgers, (1976).

Liu, em 1975, publicou um artigo exploratório sobre o tema qualidade de vida, visando desenvolver uma estrutura que servisse de guia, para a realização de trabalhos empíricos futuros, e para o estabelecimento de indicadores de qualidade de vida. Este autor, com base nos critérios produzidos pela *Commission on National Goals*, nomeada pelo presidente Eisenhower, defendia que a qualidade de vida devia ser medida por nove indicadores. Cada indicador seria representado por um conjunto de variáveis quantificáveis. Nas suas conclusões afirmava que a qualidade de vida possuía dois componentes principais: subjectivo (psicológico), e objectivo (social, económico, político e ambiental). A componente subjectiva tinha, por natureza, um carácter mais qualitativo, dependendo geralmente do indivíduo. Por outro lado os componentes objectivos eram de carácter

mais quantitativo e, ao contrário dos primeiros que na época não eram mensuráveis, eram aparentemente de fácil avaliação. Este estudo debruçou-se sobre variáveis "objectivas" e sobre dados que estavam disponíveis nos *census* nacionais.

O estudo de Flanagan (1982) definiu domínios para avaliar a qualidade de vida. Este autor recorreu a uma técnica conhecida por "técnica dos incidentes críticos" para identificar os domínios a utilizar na descrição de qualidade de vida. Identificou, deste modo, 15 domínios. A sua investigação baseou-se em amostras de três gerações de homens e mulheres (indivíduos com 30, 50 e 70 anos).

A investigação de Campbel, Converse e Rodgers, (1976) pode considerar-se uma das mais importantes no âmbito da definição de padrões para o estudo da qualidade de vida e da medição das suas componentes subjectivas. Este estudo não só identificou padrões como procedeu à sua investigação. O modelo destes autores assentava no princípio de que a avaliação que o indivíduo faz das características, ou dos atributos de um domínio particular, depende da sua percepção desse atributo por comparação com os seus padrões pessoais. Neste estudo é representada a população americana com mais de 18 anos. O questionário inclui cerca de 200 itens distribuídos por 12 domínios, a saber: saúde, casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira e participação em organizações.

### **Bem-Estar Subjectivo**

Finalmente, a avaliação de bem-estar tem sido objecto de estudo e discussão desde a década de 40 (Horley, 1984). Tal como os conceitos de saúde e qualidade de vida começou, segundo Diener (1984), por ser avaliado objectivamente através de critérios externos, com o estabelecimento de valores normativos, tais como virtude e santidade.

Numa segunda fase, a atenção dos investigadores das ciências sociais recaiu sobre a questão de saber o que leva as pessoas a avaliar a sua vida positivamente. Nasceu, assim, o interesse pela dimensão subjectiva do bem-estar, que foi apelidada de "bem-estar subjectivo". Esta dimensão passou a ser considerada satisfação com a vida, diferenciando-se das utilizadas até então, principalmente, por se centrar em critérios estritamente pessoais dos indivíduos inquiridos. Diener considera esta forma de satisfação com a vida, uma avaliação global da qualidade de vida das pessoas. Finalmente, o terceiro sentido que surge, semelhante ao utilizado actualmente, acrescenta as experiências pessoais positivas.

Segundo Diener (1984), o bem estar subjectivo tem três características:

- 1) baseia-se na experiência pessoal do inquirido;
- 2) recorre a medidas positivas, não se caracterizando, apenas, pela ausência de medidas negativas;

3) inclui avaliação global de todos os aspectos da vida das pessoas. Com o desenvolvimento e divulgação das investigações, as três áreas de investigação - saúde, qualidade de vida e bem-estar - aproximaram-se, constatando-se uma interrelação clara entre os diferentes conceitos: o bem-estar é parte integrante da definição de saúde, tendo, por exemplo, Tessler e Mechanic (1978), verificado que a percepção do estado de saúde tem relações significativas com o estado de *stress*<sup>1</sup> negativo. Esta constatação é importante dado conceder importância relevante à dimensão mental na avaliação formal da saúde: ou seja, melhorar a saúde poderia, assim, passar por melhorar, apenas, a saúde mental. Ao mesmo tempo, como Campbel, Converse & Rodgers, (1976) constataram na sua investigação, a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida.

---

<sup>1</sup>O Pontuário Ortográfico Moderno de Parreira e Pinto, edições Asa 1990, reconhece como neologismo intraduzível, o termo *stress*, referindo que, talvez no futuro, passe a ser traduzido por "estresse" como é falado no Brasil. Assim utilizar-se-á o termo geral em itálico.

Zautra e Hempel (1984) estudando as relações entre saúde e bem-estar, encontram evidências da correlação entre os dois conceitos. Salientam, ainda, a relação entre os três conceitos discutidos nesta parte. O artigo citado inicia-se com a frase: "Para a qualidade de vida, não é necessário muito mais do que saúde e felicidade" (p.95). Felicidade é um termo utilizado como sinónimo de bem estar (Diener, 1984). Um dos aspectos que caracteriza, em simultâneo, os três conceitos é a evolução das medidas utilizadas, no sentido de objectivas para subjectivas.

### **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

Os componentes da qualidade de vida e as suas inter-relações foram especificados e examinados por autores fora do campo da saúde, em estudos dirigidos à população que não padecia de doenças. Posteriormente, e mais ou menos simultaneamente com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o conceito de qualidade de vida generalizou-se e popularizou-se em ambientes clínicos, intitulado-se aqui "qualidade de vida relacionada com a saúde" ou dependente da saúde (*Health Related Quality of Life*). Quando as investigações passaram a adoptar perspectivas ecológicas ou sistémicas e a ter um carácter interdisciplinar, os conceitos referidos- saúde, bem estar e qualidade de vida- começaram a apresentar características semelhantes e a confundir-se cada vez mais. Segundo Patrick e Deyo (1989), o desenvolvimento de medidas do estado de saúde ocorrido durante as duas últimas décadas tem-se alargado gradualmente, passando a incluir um vasto número de conceitos, incluindo o de qualidade de vida.

Segundo autores ligados a projectos internacionais, que estão a investigar este tema em ambientes clínicos (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone, Bucquet, Bullinger, Bungay, Fukuhara, Gandek, Keller, Razavi,

Sanson-Fisher, Sullivan, Wood-Dauphinee, Wagner e Ware, 1992), nos últimos anos:

o papel da avaliação dos benefícios dos cuidados de saúde tornou-se um tema importante em muitos países. A todos os níveis, os benefícios de tratamentos específicos e não apenas os seus custos, tornaram-se objecto de atenção particular. Analistas políticos e gestores da área da saúde começaram a interessar-se pelos resultados de saúde para avaliar os investimentos. Investigadores e clínicos que estão a investigar novos produtos farmacêuticos e outras tecnologias, começaram a procurar métodos mais sensíveis ao ponto de vista do doente, que expressassem os resultados da intervenção sobre a doença. A perspectiva tradicional que definia os benefícios da intervenção em termos de resultados biomédicos está a dar lugar a uma perspectiva mais abrangente-uma que inclua assuntos ligados à qualidade de vida que estão relacionados com a saúde (p.349).

A par da avaliação clínica têm-se desenvolvido medidas genéricas de avaliação da saúde ou de bem-estar. Por exemplo Ware (1991), cita um estudo sobre o impacto de terapias anti-hipertensivas sobre a qualidade de vida em que se verificou que, terapias com a mesma eficácia, em termos médicos (i.e. controlo da pressão sanguínea), apresentavam perfis de qualidade de vida significativamente diferentes, de tal modo que este tipo de medidas começa a ser considerado na avaliação dos efeitos dos medicamentos.

As ligações entre saúde e qualidade de vida não são novas e já se manifestaram antes. Por exemplo, o questionário de Campbell, Converse & Rodgers (1976), apresenta um resultado que parece importante para a clarificação das relações entre estes conceitos. Com efeito, o domínio "saúde", um dos 12 domínios avaliados pelo questionário, por sua vez o único domínio avaliado por um só item, foi o que, curiosamente, apresentou

maior correlação com o resultado total do questionário. Esta correlação elevada entre o item/domínio que avaliou a saúde, e a nota total que expressava a qualidade de vida, salienta os laços existentes entre os dois conceitos, laços esses que não esclarecem a questão de saber se saúde e qualidade de vida são sinónimos, complementares ou independentes.

Ware, em 1987, um dos autores do grupo da *Rand Corporation* e dos mais significativos no estabelecimento de medidas de saúde, defendia que a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela. Mas o interesse por este tema em contextos clínicos bem como o desenvolvimento verificado acabaram por estabelecer a aceitação do termo. Actualmente, Ware lidera um projecto internacional de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde que utiliza como medida de avaliação uma forma reduzida do questionário de avaliação de saúde, desenvolvido pela *Rand Corporation* (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone, Bucquet, Bullinger, Bungay, Fukuhara, Gandek, Keller, Razavi, Sanson-Fisher, Sullivan, Wood-Dauphinee, Wagner e Ware, 1992).

Fries e Spitz (1990), referem que em contextos clínicos, os termos qualidade de vida e estado de saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta e que a saúde pode ser considerada uma medida de qualidade de vida num momento particular. Cramer (1993), apresenta como definição de qualidade de vida, a definição de saúde da OMS, parecendo assim que, qualidade de vida relacionada com a saúde e saúde são sinónimos.

Patrick e Deyo (1989), explicam que qualidade de vida relacionada com a saúde é um termo abrangente que cobre cinco categorias de conceitos: duração de vida; invalidez; estados funcionais; percepções ; oportunidades sociais. Consideram que estas categorias se relacionam com a saúde na medida em que são influenciadas pelas doenças, lesões, tratamentos, e política de saúde. Outros autores, sediados em contextos

tradicionais de saúde, complementam esta posição. Por exemplo, para Schipper, Chinch e Powell (1990), a qualidade de vida é um conceito pragmático que representa o nível funcional individual, medido a partir da percepção do doente, em vez de a partir da percepção do clínico. Estes autores baseiam-se na definição de saúde da OMS para definir os quatro grandes domínios que, consideram, contribuem para a qualidade de vida: funcionamento ocupacional e físico, estado psicológico, interação social e sensações somáticas. Parece assim que, em contextos de doença, qualidade de vida, saúde, e qualidade de vida relacionada com a saúde, são termos utilizados, frequentemente, como sinónimos.

Concluindo:

- a) há relações ainda não completamente clarificadas entre os três conceitos-qualidade de vida, saúde e bem estar subjectivo-;
- b) as medidas utilizadas para avaliar cada uma das variáveis mudaram nos últimos 30 anos, de medidas centradas em critérios externos ao indivíduo avaliado, para medidas centradas na percepção pessoal;
- c) este tipo de medidas generalizou-se aos contextos clínicos, onde toma o nome de qualidade de vida relacionada com a saúde.

### **Definição de Doença**

Como já foi referido a propósito de esclarecimentos sobre o conceito de saúde, este e o de doença são diferentes e independentes. Dentro da concepção de doença pode-se, ainda, identificar vários quadros que a língua portuguesa não diferencia. Por exemplo, a língua inglesa utiliza três termos - *disease*, *illness*, *sickness* - para identificar os diferentes quadros, que em português se poderiam expressar como, ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente.

Doença no primeiro sentido - *disease*, ter uma doença-, pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças



anatômicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação (Barondess, 1979). Trata-se de uma ruptura na estrutura ou função, de uma parte do corpo ou do sistema. Doença no segundo sentido -*illness*, sentir-se doente-, não é um acontecimento biológico, é um acontecimento humano. Isto é, consiste numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interação do indivíduo com o seu meio (Barondess, 1979). Este autor estima que cerca de 50% dos contactos clínicos dos médicos se defrontam com queixas sem base biológica, tratando-se normalmente, de *stress* proveniente dos acontecimentos da vida do dia a dia, ou de reacções à percepção de ameaças simbólicas. Doença no último sentido -*sickness*, comportar-se como doente- é vista como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis (Thorensen & Eagleston, 1985).

É, pois, possível sentir-se doente - *illness*- sem ter nenhuma doença -*disease*- . Do mesmo modo pode haver doença -*disease*- sem se sentir doente -*illness* -. Finalmente, devido à natureza da definição de saúde, podem coexistir doença - *disease* - e saúde. Terris (1975) dá exemplos de doenças como arteroesclerose, tuberculose, histoplasmosse, sarcoidose, carcinoma da cervix, ou outras doenças -*diseases*- que são descobertas em indivíduos saudáveis devido a exames de rotina. Apenas doença - *illness* - e saúde não são compatíveis. Dado ser possível um indivíduo ter um bom índice de saúde e estar bastante doente (*disease*) é, também, possível conceber e intervir, ao mesmo tempo, na saúde e na doença. A aceitação desta coexistência está na origem da notoriedade que tem tido a noção de qualidade de vida relacionada com a saúde.

A coexistência de sentidos diferentes que a doença pode assumir torna mais complexa a intervenção na saúde e na doença. Nos últimos decénios aumentou a esperança de vida: passou a sobreviver-se ao que

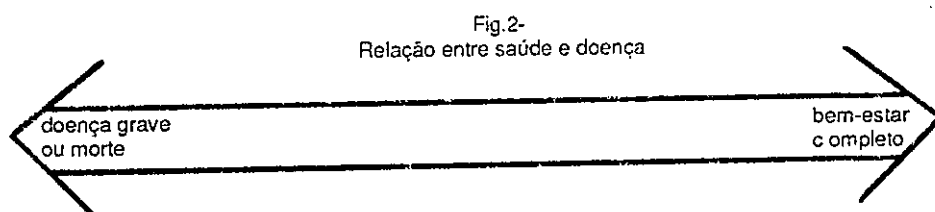
dantes se sucumbia, de tal modo que hoje é normal viver-se com uma doença; ou seja, é quase normal a coexistência de doença- *disease*- e saúde. Por exemplo, segundo Sobel (1979), nos Estados Unidos da América, 50% da população sofre de uma doença crónica, passando este valor, segundo Rodin e Salovey (1989) para 86% nos indivíduos de mais de 65 anos. Segundo estes autores as doenças crónicas representam 80% de todas as doenças. As doenças crónicas -*diseases*- definem-se por não terem cura: são, segundo Blanchard (1982) doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. Algumas doenças crónicas provocam mal estar -*illness*- e os que as possuem adoptam, frequentemente, um papel de doentes -*sickness*-. Exemplos conhecidos são a diabetes ou o cancro detectado precocemente e pode abranger recém-nascidos, como é o caso da fenilcetonúria -uma deficiência genética- em que a gestão da doença deve ser feita por quem fornece os cuidados à criança. Se bem que muitas doenças crónicas tenham pouco impacto na vida das pessoas, e a sua gestão seja relativamente simples, outras, como o cancro, podem colocar problemas delicados, principalmente, devido à conotação da doença.

### **Relação Entre Saúde e Doença**

Numa análise dos conceitos de saúde e doença, Antonovsky (1979), argumenta que a saúde não pode ser entendida a partir da perspectiva patogénica que domina a doença, perspectiva privilegiada pelo modelo médico tradicional. Em vez disso propõe um modelo, que denomina salutogénico, ou seja, orientado para a saúde em vez de orientado para a patologia, no sentido das propostas da segunda revolução da saúde.

A relação entre saúde e doença tem sido conceptualizada por vários autores e tem sofrido uma evolução ao longo dos últimos decénios. Por exemplo, Hettler, (1982), O'Donnell (1986a), e Terris (1975), propõem o seguinte modelo conceptual para explicar a relação entre saúde e

doença(Fig.2). Trata-se de um contínuo -saúde óptima *versus* doença grave ou morte- representando dois polos imaginários. Todas as pessoas estariam colocadas algures entre estes dois polos. Mesmo a pessoa mais robusta, enérgica, sem sintomas, com um funcionamento exuberante, tem a marca da mortalidade (Antonovsky, 1984), ou seja, qualquer pessoa pode adoecer em determinadas circunstâncias.



Neste modelo o limite do polo esquerdo representa um estado de doença grave conducente a morte prematura, enquanto o limite direito representa um estado de saúde óptima: a saúde tende a ser definida a partir da posição intermédia. A medicina, tradicionalmente, tem focado a sua atenção na parte esquerda do modelo, intervindo com pacientes que manifestam incapacidades, sinais ou sintomas de doença, com o objectivo de os conduzir para a posição neutral. A medicina tradicional tem poucos instrumentos para intervir no lado direito do modelo, para ajudar as pessoa a progredir no sentido de uma saúde óptima.

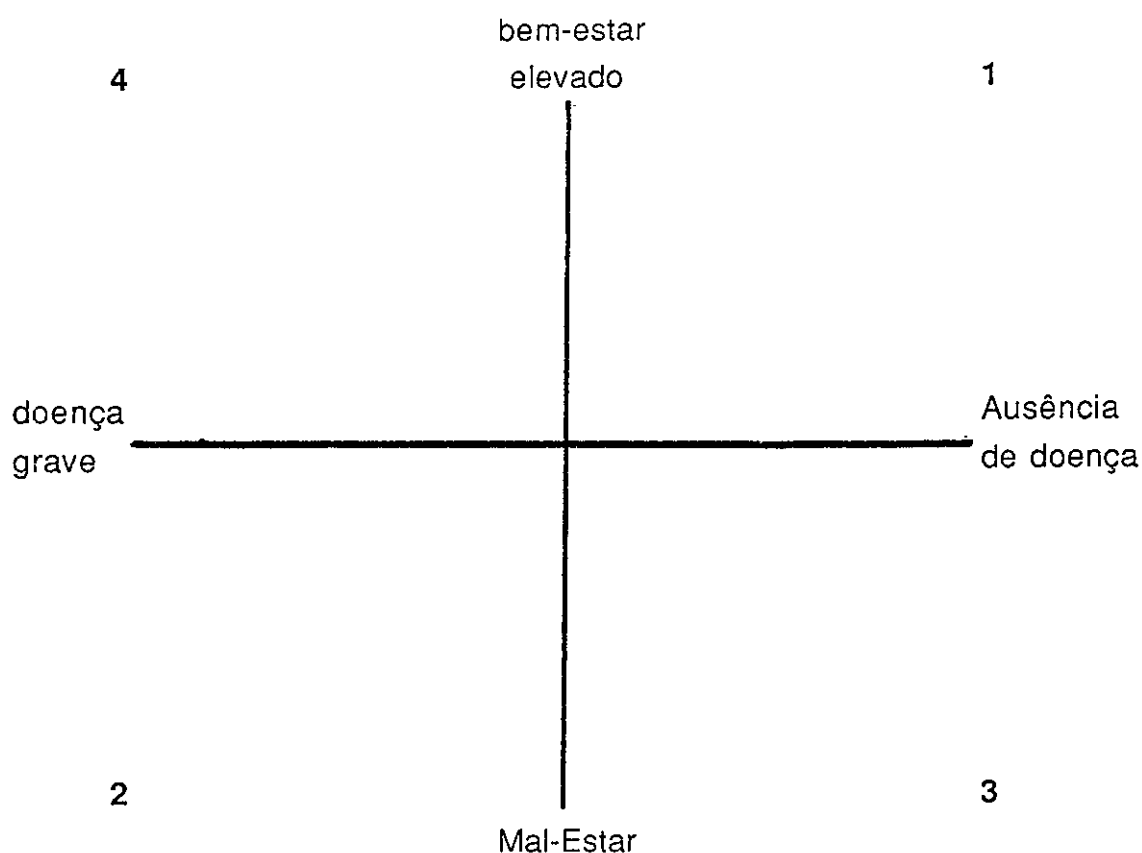
Numa crítica a este modelo, desenvolvimentos mais recentes, Downie, Fyfe, e Tannahill (1990), apresentam um modelo em que o contínuo bem-estar elevado *versus* bem-estar baixo se representa num eixo, cruzado por outro eixo representando um contínuo -saúde *versus* doença- (Fig.3).

O sistema de eixos de referência definem quatro quadrantes: o indivíduo que por hipótese se colocasse na posição 1 seria um indivíduo sem nenhuma doença e bem-estar elevado; o que por hipótese se

encontrasse na posição 2 teria uma doença grave e um nível correspondente de mal-estar. Pode ser, por exemplo, uma doença cancerosa em estado avançado; o da posição 3 não teria nenhuma doença mas, por qualquer razão, teria um sentimento de mal-estar; o da posição 4 apresenta um elevado nível de bem-estar coexistente com uma doença grave. Pode ser o caso de um indivíduo que tem uma doença que não foi detectada e que só o será mais tarde devido a manifestações posteriores ou a exames de rotina.

Fig.3-

Desenvolvimento da relação entre saúde e doença



A definição de saúde da OMS considera a saúde um estado relativamente passivo no sentido desenvolvido no modelo da figura 2: os indivíduos estão doentes ou saudáveis. Para os que se encontram na categoria saudável, a que inclui o maior número de pessoas, a homeostasia está perfeita. Os da categoria doença são desviantes. A fronteira entre saúde e doença não é clara. Embora, como já foi afirmado, a definição aponte para outras dimensões além do biológico, ela tem subjacente a ideia de que a doença resulta de causas simples ou específicas; ou de cadeias de causas simples. Determinados elementos patogénicos e determinadas experiências de vida, causam doenças, lesões ou problemas específicos. As causas podem ser biomédicas ou comportamentais, mas em qualquer dos casos são causas específicas, singulares.

A saúde deve ser, cada vez mais, considerada como um processo em vez de que como um estado. A saúde é um processo interactivo complexo em que acontecimentos específicos ocorrem em consequência da interacção de causas múltiplas. A combinação de causas é passível de conduzir a novos sintomas. Certas doenças são produto da interacção complexa de meios específicos causadores de *stress* (incluindo organismos patogénicos), com o organismo em questão (incluindo história genética e experiência). Agressões do meio, biológicas ou outras, interagem, por sua vez, na produção de constelações particulares de sintomas em indivíduos particulares. Uma perspectiva sistémica facilitará a compreensão do processo subjacente à saúde e às relações entre os funcionamentos psicológico, comportamental, biológico, bioquímico, ambiental.

## **PARTE B**

### **História da Saúde**

Esta parte propõe-se defender uma evolução da concepção de saúde e doença em quatro fases. Serão discutidos detalhadamente as consequências potenciais da segunda revolução da saúde e o futuro desejável para esta área.

#### **Evolução do Conceito de Saúde e Doença**

Os conceitos de saúde e de doença evoluíram com a história do homem. Podem considerar-se quatro grandes períodos para essa evolução: um primeiro período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública que se começou a desenvolver no século XIX; finalmente, a segunda revolução da saúde iniciada na década de 70.

Na maioria destes períodos pode considerar-se que os diversos modelos coexistiam, com a ocorrência do desenvolvimento simultâneo de cada um deles. Por exemplo, Myers e Benson (1992) referem que, em meados do século XIX o modelo prevalecente era um modelo interactivo, que defendia o estado de saúde individual como consequência da interacção de factores biológicos, ambientais e de personalidade, na perspectiva dos modelos anteriores ao modelo biomédico. Só no final do século XIX o modelo biomédico se tornou dominante devido, essencialmente, à investigação crescente em fisiologia experimental. Foi por esta altura que a doença deixou de ser definida holisticamente como estado de desequilíbrio não natural, para passar a ser definida como um desvio da norma, caracterizado por um número crescente de parâmetros

fisiológicos específicos e mensuráveis. Embora o modelo emergente seja o defendido pela segunda revolução da saúde o modelo biomédico encontra-se, actualmente, em pleno desenvolvimento.

A coexistência temporal dos diversos modelos pode ainda ser observada noutros acontecimentos contemporâneos. Por exemplo, a declaração de Alma-Ata de 1978, recomendava que os cuidados de saúde primários nos países em vias de desenvolvimento, deveria incluir na equipa de técnicos que implementassem a intervenção, os indivíduos que nas culturas tradicionais desses povos realizassem esse papel social, tais como, os curandeiros ou shamans. Estes indivíduos apresentam uma concepção próxima do modelo que antecedeu o modelo biomédico, em consonância com a dos povos das regiões em que habitam. Esta tentativa de integração do modelo biomédico com a perspectiva dos modelos pré científicos caracteriza, de certo modo, a evolução dos modelos de saúde mais actuais, numa perspectiva ecológica e sistémica.

Seria, aliás, errado considerar que o papel deste tipo de actores sociais na saúde interessa apenas aos países em vias de desenvolvimento. Com efeito, parece haver tendência para a emergência de movimentos que olham as medicinas "alternativas" ou "tradicionais" de um modo mais sério. A homeopatia, a quiroprática, a naturo-terapia, a acupuntura entre outras, ao invés de tenderem a desaparecer, parecem ter ganho importância nos últimos decénios, nos países desenvolvidos (McLean,1988). Por exemplo, num estudo de âmbito europeu, publicado recentemente pela revista portuguesa do consumidor (Próteste, nº118, Set,1992, pp18-22), em que se inquiriam as pessoas sobre a frequência de terapias paralelas e da sua eficácia em comparação com a medicina convencional, constatava-se que, embora os europeus recorressem em muito menor número às terapias paralelas do que à convencional, para os que recorriam, a eficácia percebida era idêntica à da medicina científica.

Os períodos que serão descritos a seguir qualificam a emergência e o desenvolvimento de cada um dos modelos de intervenção e conceptualização da saúde e nas doenças, aceitando que eles coexistem e mesmo se interligam.

### **Período pré-cartesiano**

A fonte inspiradora da ciência médica ocidental localiza-se na tradição hipocrática, um sistema de pensamento e prática médicas que floresceu na Grécia antiga, cerca de 400 AC. Os seguidores dos deuses da medicina associavam a arte da cura não apenas com o deus Aesculapius mas também com as suas duas filhas, Panacea e Hygeia. Enquanto Panacea estava envolvida com a medicação da doença, a sua irmã Hygeia preocupava-se com o bem-estar e a preservação da saúde. Etimologicamente o grego antigo tem duas palavras significando saúde: *Hygeia* e *Euexia*. *Higeya*, a fonte da palavra higiene, aparentemente, baseia-se na palavra indo-europeia *suswives* a qual significa "viver bem", ou mais precisamente "boa maneira de viver". *Euexia* significa, literalmente, "bons hábitos do corpo". São termos dinâmicos que salientam funcionalidade e actividade, enquanto o termo doença sugerindo um estado, tem um sentido estático. É de salientar que na sua origem etimológica -em grego, em germânico, latino, judaico- saúde e doença não apresentam qualquer relação de sentido.

De acordo com o sistema de pensamento antigo, cuja expressão antecede a medicina chinesa, o bem estar e a saúde resultavam do equilíbrio entre aspectos ambientais, tais como, o vento, a água, a temperatura, a terra e os alimentos, e a maneira de viver do indivíduo como por exemplo, os hábitos alimentares, de bebida, o sexo, o trabalho e a recreação. A prática médica de então implicava a compreensão da natureza do ecossistema humano (Noack, 1987): o próprio médico era mais do que



um técnico, era também filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação doença-saúde (Gatchel, Baum, Krantz, 1989). Ainda na idade média a saúde era concebida numa perspectiva ecológica: é disso exemplo a definição de saúde apresentada por São Tomás de Aquino, na *Summa Theológica*, como um hábito ou uma disposição habitual relativamente à natureza, numa concepção de saúde holística. Esta visão ecológica foi, progressivamente, abandonada com o desenvolvimento do pensamento científico moderno

### **Desenvolvimento do modelo biomédico**

Uma das fontes do desenvolvimento da perspectiva dualista e reducionista aplicada ao pensamento médico tem origem na concessão estabelecida pela igreja católica, há cerca de cinco séculos, visando permitir a dissecação do corpo humano. Tal concessão estava de acordo com a visão cristã, na qual o corpo humano é o contentor, imperfeito e frágil, da alma em trânsito pelo mundo terreno. Esta concessão implicava, tacitamente, a proibição da investigação científica sobre o pensamento e o comportamento humanos, considerados coisas do espírito, e por isso, do foro exclusivo da igreja. A adopção desta perspectiva facilitou a investigação médica sobre a dimensão física do humano, e a emergência da medicina científica.

Galileu, Newton e Descartes tinham enunciado os princípios básicos da ciência (Engels, 1977), também conhecidos por Modelo Cartesiano ou Mecanicista. Este sistema de pensamento defendia que o universo inteiro (Incluindo o Homem), era uma máquina prodigiosa funcionando como um relógio, de acordo com as leis matemáticas. Para descobrir tais leis aplicava-se o método analítico e estudavam-se as partes componentes deste conjunto mecânico. O modelo biomédico tradicional, baseia-se em grande parte numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença

consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engels, 1977; Noack, 1987).

O modelo biomédico respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam na época, definindo a teoria do germe. Esta, dentro do espírito cartesiano, postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica, fornecendo assim as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias. O novo modelo permitiu enormes progressos na teoria e na investigação, reorientando a prática e a investigação médicas à volta de três critérios: a) a ênfase anterior no princípio de que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente; b) simultaneamente, o indivíduo com as suas características particulares e idiosincráticas deixou de ser o centro da atenção médica sendo substituído pelas características universais de cada doença; c) finalmente, um forte materialismo substituiu a tendência anterior de considerar significativos os factores não materiais (morais, sociais, comportamentais-). Este novo modelo centrava-se no corpo (no organismo e suas partes) menosprezando o meio ambiente e as emoções (Myers & Benson , 1992).

### **Primeira revolução da saúde**

O início da revolução industrial nos finais do século XVIII teve consequências nefastas para a saúde. Exemplos maciços de desequilíbrio ecológico foram, por exemplo, as grandes epidemias decorrentes das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção. Grande quantidade de pessoas migraram e aglomeraram-se nas grandes cidades, com parcas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de microorganismos causadores de grande morbilidade e

mortalidade. A tuberculose foi uma das doenças mais conhecidas da época, e a que mais vítimas provocou, tendo-se verificado o mesmo padrão de mortalidade elevada para outras doenças infecciosas tais como, a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria, e a varíola (entre outras).

A primeira revolução da saúde foi um dos ramos do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública. Tais medidas que foram essenciais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido de então, foram suficientes até meados do presente século.

A personalidade de Louis Pasteur e de Robert Koch, o pensamento que dominava na viragem do século XIX para o XX, e as condições sociais e económicas existentes, facilitaram a implantação da "teoria do germe", característica do modelo biomédico e da primeira revolução da saúde, que dominou a luta contra a doença na época moderna, e estiveram na origem das medidas de saúde pública. No tempo dos Romanos o estado já utilizara estratégias para controlar as doenças, implementando medidas sanitárias de canalização de água e esgotos, recolha de lixos, sistemas de ventilação e hospitais, tendo a Idade Média constituído um atraso manifesto relativamente a medidas que haviam sido implementadas no Império Romano. Com a generalização das grandes viagens marítimas a par das grandes epidemias começou a vulgarizar-se, a partir do século XVII, a quarentena a que estavam submetidos os navios antes de aportarem (Winett, King & Altman, 1989). O advento da revolução industrial e o aumento das grandes epidemias, tornaram a implementação de medidas de saúde pública essenciais à sobrevivência da sociedade.

Em meados do século XIX o interesse pela saúde pública estava estabelecido na Europa, visando o combate às grandes epidemias que se desenvolveram com a revolução industrial. Em Portugal, em 1844, foi criado

o Conselho Superior de Saúde, com o fim específico de combater a segunda epidemia de cólera e de febre amarela. Um tratado de higiene publicado em 1847, considerava a peste, a febre amarela e a cólera como tendo origem nos miasmas dos pântanos e aconselhava maneiras de as combater. Este tratado tomava em consideração as condições climatéricas, geológicas e hidrográficas, bem como as condições de higiene das povoações, dos edifícios, das profissões, dos alimentos, vacinas e outros aspectos preventivos. O Conselho durou até 1868 transferindo, então, as suas funções para um departamento do Ministério do Reino. Esta estrutura manteve-se até 1901, altura em que, por responsabilidade de Ricardo Jorge se reestruturaram os serviços de saúde dando-lhe uma organização próxima da actual (Justo, 1992).

O modelo biomédico aplicado à saúde pública desenvolveu-se devido ao reconhecimento de que a) as doenças infecciosas eram difíceis senão impossíveis de curar e uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosas, b) os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico, c) as doenças infecciosas não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito, por exemplo, controlando a sua mobilidade, através da construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável e da gestão de migrações, ou destruindo esses agentes, por exemplo, através da clorificação das águas de consumo, e finalmente, já bem dentro do presente século produzindo vacinas. Quando essas medidas falhavam, intervinha a medicina curativa que, a partir de meados do século XX encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos.

Os princípios do modelo biomédico definidos pela teoria do germe, que a princípio se referiam apenas aos microorganismos, estenderam-se depois às toxinas, ao neoplasma, à desregulação endócrina, à deficiência nutricional, etc., caracterizando-se por considerar a existência de uma relação causal linear, entre uma causa simples e uma doença. Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a etiologia da doença é multicausal.

O modelo biomédico teve tanto sucesso que, no final da década de 70 nos Estados Unidos, rareavam os indivíduos com menos de 75 anos cuja morte fosse devida a doenças infecciosas. Se em 1900, faleciam 5800 pessoas por milhão devido a doenças como gripe, pneumonia, tuberculose, infecções gastrointestinais, difteria, no final da década de 70 esse *ratio* era de 300. A implementação das medidas de prevenção da doença segundo os princípios do modelo biomédico teve resultados espantosos e, por vezes pouco salientados. Por exemplo, em Inglaterra e País de Gales, em 1838, a mortalidade devida a tuberculose era, cerca de 4000 por milhão passando 50 anos depois, antes do bacilo da tuberculose ter sido identificado, para cerca de metade. Na década de 40 antes de se começarem a utilizar eficazmente os antibióticos a relação era de 400 por milhão. Ou seja, entre o início do século XIX e meados do século XX as medidas de saúde pública conseguiram reduzir em cerca de 90% a mortalidade por tuberculose: esse declínio ocorreu antes do uso eficaz de antibióticos e da vacinação serem introduzidos, em meados do século XX (Berckman & Breslow, 1983; Sobel, 1979). Berkman e Breslow (1983) referem que "embora a mortalidade devida a tuberculose tenha sido reduzida para cerca de metade durante o quarto de século em que se passou a ter à disposição a estreptomicina (1948-1971), para o período total desde que a mortalidade devida a tuberculose começou a ser registada (de 1848 a 1971, em Inglaterra e Gales) essa redução representou apenas 3,2%" (p.8). Este êxito das

medidas de saúde pública aplicam-se à maior parte das doenças infecciosas. Por exemplo, Hemminki e Paakkulainen (1976), referem que, na Suécia, das 13 doenças infecciosas consideradas mais perigosas, apenas três, tiveram um declínio na mortalidade e morbilidade significativos, devido aos medicamentos.

## **Segunda revolução da saúde**

A expressão "segunda revolução da saúde" foi utilizado por Julius Richmond, em 1979, no seu relatório sobre a saúde dos americanos, e propõe-se qualificar as mudanças cuja implementação é necessária para responder às novas exigências de saúde. Globalmente pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrara na doença, que a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção da doença, e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde. Os aspectos, mais radicais, desta segunda revolução são:

- a) centrar-se na saúde ao invés de na doença;
- b) preconizar o retorno a uma perspectiva ecológica.

Acreditara-se que, com a Primeira Revolução da Saúde, os problemas de saúde estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do século XX, surge nova epidemia: uma epidemia comportamental. Com efeito, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental. Richmond (1979) citava como principais factores de risco, responsáveis pela maioria das doenças e mortes prematuras nos Estados Unidos, os seguintes comportamentos: fumar, consumir álcool e drogas, correr riscos que dão origem a acidentes, principalmente os acidentes motorizados entre os jovens.

Entre 1900 e 1970 a mortalidade causada por doenças do aparelho circulatório e pelo cancro, aumentou 250 por cento. Nos países

desenvolvidos, dos quais Portugal se aproxima, cerca de 50% das mortes são devidas a doenças do aparelho circulatório e 20% a cancro. Taylor (1990) citando um documento da *American Heart Association*, referia que 25% das mortes por cancro e cerca de 350.000 mortes prematuras devido a ataques de coração nos Estados Unidos, podiam ser evitados, anualmente, se se modificasse apenas um comportamento: fumar. Actualmente continua a defender-se a importância desta nova perspectiva de melhorar a saúde: por exemplo, os jornais diários de 10/8/93 (*Público*, p.20) difundiam as afirmações de um responsável da O.M.S. para a SIDA: "tal como para evitar o cancro no pulmão e as doenças cardíacas, a informação e educação sobre os estilos de vida saudáveis são a chave da prevenção da sida".

Com base nesta evidência a segunda revolução da saúde teria de se centrar numa nova concepção, em novos princípios: dado as novas epidemias não terem origem em organismos patogénicos a teoria do germe deixou de ser aplicável. O equivalente ao germe, nesta epidemia, é o comportamento individual. A vacina, agora, teria de ser a modificação do comportamento, tomando este, um sentido lato.

A segunda revolução da saúde foi consequência das investigações que, de modo crescente, alertavam para as novas epidemias, e cujos estudos epidemiológicos só começaram a ser conclusivos, e a ganhar notoriedade, na década de 70 (Lalonde, 1974; Michael, 1982; Richmond, 1979). O livro branco sobre a saúde dos canadianos publicado por Lalonde defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida, e organização dos cuidados de saúde, que constituíam o que chamou se *Health Field Concept*. Com base neste modelo o autor defendia que se devia fazer uma distribuição equilibrada das verbas disponíveis para a saúde pelos quatro pilares.

O *Health Field Concept* foi depois utilizado como modelo para analisar a contribuição de cada um dos seus pilares para as 10 principais causas de morte. Segundo Richmond, em 1976 nos Estados Unidos, cerca de metade das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida, 20% a factores ambientais; 20% à biologia humana; e 10% a cuidados de saúde inadequados. Valores próximos foram atribuídos, posteriormente, por outros autores, como por exemplo Hettler (1982) e Mullen, Gold, Belcastro e McDermott (1986) que consideravam o comportamento humano responsável por cerca de 45% das mortes prematuras, o meio ambiente por cerca de 17%, a biologia humana por cerca de 26% e a organização dos cuidados de saúde por cerca de 12%.

Estes dados têm chamado a atenção dos profissionais da saúde e da doença, para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como, deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o *stress*, praticar exercício ou actividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir drasticamente a mortalidade. Pelletier (1988) afirmava que, cerca de dois terços de todas as doenças e mortes prematuras em idades inferiores a 65 anos são passíveis de ser prevenidas através de intervenções comportamentais. No entanto, apesar deste panorama ser reconhecido tanto no relatório de Lalonde como no de Richmond, políticos colocados ao mais alto nível nos respectivos países, os orçamentos para a saúde nos Estados Unidos e Canadá atribuíam menos de 5% ao pilar estilo de vida, (Abelin, 1991; Pelletier, 1988).

Além da mudança na etiologia da morbilidade e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência da nova concepção de saúde. Ramos(1988) refere os seguintes: alterações demográficas tais como envelhecimento da população, diversificação da família, a que se podem



acrescentar a mobilidade social dos indivíduos e as migrações; revolução tecnológica que, aumentando as possibilidades de intervenção na doença, exigem mais e melhores especialistas aumentando os custos da assistência médica; aproximação dos serviços de saúde à comunidade. Pode-se, ainda, acrescentar o aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública.

### **Consequências Populacionais das Revoluções da Saúde**

O modelo biomédico teve um impacto decisivo na evolução das sociedades modernas e contribuiu para o desenvolvimento da segunda revolução da saúde. Tal ocorreu porque o modelo biomédico abordou com êxito as doenças agudas, as que causavam mais mortalidade nas idades mais novas, contribuindo para o envelhecimento da população, deslocando os problemas de saúde para as doenças crônicas. Com efeito, se se observar a evolução da expectativa de vida, desde o início do século e nos países desenvolvidos constata-se que, com pequenas variações, se verificou o seguinte: a esperança de vida de um recém-nascido que era, em 1900, de 46,3 para os homens e 48,3 para as mulheres, passou, em 1986 para 71 e 78,3 anos respectivamente.

A evolução da esperança de vida ao nascer não se ficou a dever a uma intervenção equitativa sobre todos os grupos etários, mas sim à melhoria do apoio à maternidade e infância. Se em vez de se observar a evolução da esperança de vida de um indivíduo ao nascer, se observar a esperança de vida de um indivíduo de 40 anos, verifica-se que esta passou, no mesmo período, de 27,7 para 34,5 anos para os homens, e de 29,2 para 40,2 anos para as mulheres (Hinman, 1990). Ou seja, se ao nascer houve um aumento, para os homens, de mais de 50% da esperança de vida, aos 40 fica-se pelos 25%. McKeown, Record e Turner (1975) apresentam o

seguinte quadro (quadro 1) para a percentagem de redução de mortalidade, para diferentes grupos etários, em Inglaterra e Gales, entre 1901 e 1971 (p.395):

QUADRO 1  
Redução da mortalidade em diferentes grupos etários

Idade	% Homens	% Mulheres
0	89,7%	90,3%
1-4	96,4%	96,9%
5-14	87,1%	91,8%
15-24	77,4%	88,5%
25-44	79,9%	83,9%
45-64	44,4%	62,1%
65-74	24,1%	53,1%
75 e +	13,7%	28,0%

Como se pode verificar, a esperança de vida para os adultos, não mudou tanto como seria de esperar quando se observam as alterações da esperança de vida dos recém-nascidos, manifestando-se uma discrepância crescente entre homens e mulheres.

Como as doenças infecciosas atingiam os organismos mais frágeis, principalmente os mais novos, a teoria do germe teve impacto, principalmente sobre as idades mais baixas. Devem recordar-se, no entanto, os efeitos preversos da luta contra as doenças a qual, paradoxalmente, interfere negativamente no equilíbrio ecológico de dois modos complementares: por um lado a facilidade de utilização ne medicamentos tem levado ao desenvolvimento de estirpes de organismos patogénicos resistentes às drogas que lhes deram combate; por outro lado, a luta contra a doença, favorecendo a sobrevivência nos primeiros anos de vida, contribuiu para o aumento da percentagem dos grupos etários mais idosos nos países desenvolvidos, dando origem a grandes explosões demográficas nos países mais pobres, criando cenários futuros assustadores onde emerge a fome e a pobreza como uma das grandes causas de mortalidade e morbilidade.

Enquanto nos países pobres ocorrem explosões demográficas, nos países desenvolvidos, os índices de natalidade diminuem drasticamente (em 1900 cerca de 12% da população tinha menos de 5 anos, passando aquele valor, em 1980, para cerca de 7%) e aumenta a percentagem de população mais idosa (cerca de 4% da população com mais de 65 anos em 1900, para cerca de 11% em 1980) (Hinman, 1990). Pela primeira vez na história da humanidade, nos países desenvolvidos, a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos é superior à percentagem de indivíduos com menos de cinco anos. Rodin (1986) estima que, nos USA, em 2050 cerca de 25% da população terá mais de 65 anos. Este cenário implicará grandes alterações nos serviços de saúde tradicionais e nos serviços de segurança social. Será difícil imaginar uma percentagem enorme de reformados saudáveis a receber ordenado durante mais tempo do que o que trabalharam.

Enquanto nos primeiros anos de vida predominam as doenças agudas, nos últimos, predominam as crónicas. Como já se referiu, cerca de 86% das pessoas com mais de 65 anos sofrem, pelo menos, de uma doença crónica (Rodin & Salovey, 1989). Nesta perspectiva, o processo de gestão da saúde e da doença vem pôr a tónica nos processos de ensino de formação e de apoio pessoal, para os quais a psicologia tem dado uma contribuição fundamental.

### **Cenários Futuros para a Saúde e Doença**

A importância que as pessoas e as sociedades atribuem à saúde relativamente a outros aspectos da vida, é muito variável: para uns a saúde é o principal aspecto a considerar enquanto outros não pensam nela. No primeiro caso podem-se incluir, provavelmente, os que padecem de uma doença e que têm de se defrontar diariamente com as limitações que esta impõe à sua vida, no segundo tendem a estar os grupos particularmente

saudáveis como é o caso dos jovens. Apesar de tudo, a saúde, tende a ser considerada pela sociedade, um aspecto central da vida, como aliás o demonstra o estudo, já referido, de Campbel Converse e Rodgers (1976).

Para além da importância que atribuem à saúde, as pessoas variam também quanto à atribuição das causas da saúde e da doença: para os membros de umas sociedades elas são expressão da vontade dos deuses ou do acaso, para outras são consequência da organização do Estado, do comportamento individual ou da tecnologia disponível. Estas variações dependem tanto do nível de instrução como da religião e da cultura.

O desenho de cenários futuros para a saúde varia consoante a organização política dos países e a capacidade de prever as mudanças a longo prazo. Porque a área da saúde é, simultaneamente, uma das áreas a que a sociedade atribui mais importância e uma das que absorve uma fatia maior do produto interno bruto, os governos tendem a empenhar-se com especial cuidado na sua gestão. A previsão da evolução da saúde pode basear-se em três perspectivas principais: uma perspectiva tradicionalista, uma perspectiva tecnológica e uma perspectiva ecológica.

De acordo com uma perspectiva tradicionalista, a saúde terá prioridade secundária à doença. Em vez de conceber uma sociedade saudável em que o prazer da vida se baseia no bem-estar, na saúde, na qualidade de vida, centrará a sua atenção, e os recursos, nos processos curativos e, quanto muito, na prevenção das doenças, mas não na promoção da saúde. Os serviços de saúde continuarão a centrar-se na doença, e a saúde continuará a ser, apenas, ausência de doença. Os recursos da saúde tenderão a contemplar, em primeiro lugar os hospitais, depois a prevenção de algumas doenças, e tenderão a esquecer aspectos como o ambiente ou o comportamento humano. A perspectiva tradicional coincide com a do modelo biomédico na sua versão original.

Uma perspectiva tecnológica na saúde preconiza a rápida generalização das tecnologias disponíveis às doenças, na crença de que, quanto mais tecnologia estiver disponível mais elevados serão os níveis de saúde: os transplantes e os bancos de órgãos permitiram a substituição das partes do corpo danificadas; as doenças mentais, o cancro, a sida, os comportamentos aditivos, serão controlados por novos medicamentos; a engenharia genética eliminará as deficiências genéticas, os registos computadorizados tornarão os técnicos aptos a garantir, rápida e eficazmente, a superação das doenças. Tal como a perspectiva anterior, considera que saúde é ausência de doença, e os investimentos humanos e materiais tendem a contemplar as grandes instituições de doença.

Uma perspectiva ecológica para a saúde, por outro lado, tende a contemplar o equilíbrio entre as várias vertentes que influenciam a saúde e a doença. Um exemplo desta perspectiva é o modelo que Lalonde concebeu e denominou *Health Field Concept* e que, como foi explicado, defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: Biologia Humana, Meio Ambiente, Estilo de Vida, e Organização dos Cuidados de Saúde. O termo *Health Field* refere-se a todos os aspectos que afectam a saúde enquanto o termo sistema de cuidados de saúde (*health care system*), tradicionalmente utilizado refere-se, somente, ao sistema de fornecimento de cuidados de saúde (Lalonde, 1974). O modelo proposto (por Lalonde) tende a valorizar os aspectos que mais afectam a saúde, nomeadamente a acção individual e o meio ambiente: preconiza a responsabilidade pessoal e social, e uma orientação da saúde pela positiva. A comunidade deverá assumir a responsabilidade pela saúde, (pessoal, social e ambiental), participando activamente em todas as dimensões que possam melhorar o estilo de vida. Este modelo vai muito mais para além dos cuidados de saúde dominante nos modelos anteriores.

Embora o discurso político nos países desenvolvidos, pareça privilegiar esta última perspectiva, as pressões dos grandes grupos económicos por um lado e, por outro, a sensibilidade da opinião pública tenderão a privilegiar as duas anteriores -tradicionalista e tecnológica-. Os grandes grupos económicos, corporalizados, por exemplo, nos grandes laboratórios e nos produtores de equipamentos hospitalares, tenderão, a pressionar a implementação de políticas baseadas nas duas primeiras perspectivas. A opinião pública, expressa nos principais *media*, tenderá a valorizar as intervenções eminentemente tecnológicas: um transplante de órgãos é facilmente exaltado nos *media*, enquanto medidas, provavelmente com maior impacto na saúde como é o caso de medidas restrictivas do uso do tabaco, tendem a ser denegridas. Mas nos países democráticos, não se pode separar opinião pública expressa nos *media* de interesses económicos e, por isso, a coalescência dos dois aspectos referidos -interesses económicos e opinião pública- tenderá a atrasar a implementação de medidas visando a saúde de acordo com perspectivas mais modernas e facilmente aceites pelos investigadores. Como os políticos são sensíveis, sobretudo, aos interesses económicos e à opinião pública, é fácil prever que o modelo considerado mais adequado terá dificuldade em se implantar.

Definir cenários futuros para a saúde implica, também, distinguir saúde de doença. Intervir na saúde não é o mesmo que intervir na doença. Parece claro que as pessoas se preocupam mais com a doença do que com a saúde, o que é compreensível, dado a primeira ameaçar a segurança individual. Embora as pessoas tendam a pensar na saúde apenas quando estão doentes, a maioria dos membros de uma sociedade não está doente: segundo Dingle (1973) e Ware, Brook, Davies e Lohr (1981), se nos países desenvolvidos se pudesse tirar uma fotografia da saúde/doenças da população, verificar-se-ia que, nessa fracção de segundo, 80 a 85% da

população não estava doente. Em termos políticos é essencial planificar a saúde ao mesmo tempo que se planifica a intervenção sobre a doença. Dos cenários descritos, os dois primeiros são, indiscutivelmente, importantes para combater a doença (*disease*): o terceiro é, indiscutivelmente, mais importante para promover a saúde.

### **Regresso a uma Consciência Ecológica na Saúde**

A par com a constatação das mudanças nos padrões de mortalidade e morbilidade, desenvolveu-se uma perspectiva mais crítica relativamente ao modelo biomédico (Engels, 1977), e passou a dar-se mais atenção a outras maneiras menos "científicas" de conceber a saúde. As críticas afirmam que a medicina ocidental baseada no modelo biomédico, faz uma abordagem incompleta da saúde nomeadamente por se centrar na doença ao invés de na saúde. Segundo Sobel (1979) podem ser apresentadas três grandes críticas ao modelo biomédico: a) coloca a ênfase nos cuidados médicos individuais, menosprezando factores ambientais e comportamentais; b) preocupa-se com os processos químicos e fisiológicos, sendo pouco sensível aos factores psicossociais na saúde e na doença; c) tende a considerar-se como o único modelo médico eficaz, desprezando sistemas alternativos, quer fossem modernos ou antigos.

Os modelos menos "científicos" tendem a defender perspectivas mais ecológicas, no sentido em que respeitam os valores culturais tais como as crenças e práticas das culturas onde estão inseridas e valorizam os recursos do meio ambiente. Segundo Sobel, o desprezo por sistemas alternativos devia-se à aceitação de três hipóteses que considera falsas: a) a saúde é sinónimo de cuidados médicos; b) cuidados médicos são sinónimo de ciência médica ocidental; c) ciência médica ocidental é sinónimo de modelo biomédico. Este posicionamento conduziu a uma prática paradoxal: a maioria dos investimentos na saúde, quer económicos

quer científicos, são dirigidos para os cuidados médicos apesar de se reconhecer que o que determina a saúde das pessoas são factores que actuam fora do domínio da medicina.

A emergência recente nos países desenvolvidos de uma consciência ecológica atingiu a saúde. Os relatórios de Lalonde e Richmond e o programa Saúde Para Todos no Ano 2000, da OMS, espelham essa preocupação no modo como definem a política de saúde.

A evolução do planeta Terra, o desenvolvimento da vida, e o aparecimento do homem, ocorridos nos últimos milhões de anos são produto de equilíbrios ecológicos delicados, variáveis, e imprevisíveis. Para muitos grupos populacionais, as tradições e as estruturas estabelecidas ao longo da sua evolução, representam uma adaptação pessoa-ambiente, óptima, dado terem-se desenvolvido nesses meios ao longo de milénios. Durante esse tempo aperfeiçoaram sistemas de cuidados de saúde e de exaltação da saúde, com base comunitária fundamentais para a sua sobrevivência.

Se, em vez de se observar as práticas desses grupos à luz da antropologia, se compararem os seus resultados com os da medicina científica, dos países desenvolvidos, elas serão consideradas obsoletas e ineficientes. Comparar os resultados de uma intervenção realizada num hospital de última geração, apetrechado com os melhores técnicos e tecnologias, com a mesma intervenção realizada algures num local com poucas condições técnicas, é demagógico porque não é possível implantar o primeiro exemplo no segundo local. Não parece possível transportar os modelos utilizados nos países desenvolvidos para essas culturas, porque as práticas dos países desenvolvidos representam, também, uma evolução cultural que se reflecte na organização do apoio às doenças, e expressa o estado destas culturas, nomeadamente o nível cultural, tecnológico, educacional, económico, político, entre outros.



Os resultados de saúde, medidos com indicadores convencionais próprios do modelo biomédico varia muito entre os países. O país que mais verbas dispende com a saúde, quer medidas em valor absoluto que em percentagem do produto interno bruto (PIB), tem resultados de saúde muito fracos quando comparados com o de outros países que dispendem muito menos, como é o caso do Japão. Estes valores eram em 1980, em percentagem do PIB, de 9,5% para os Estados Unidos da América e 6,5 para o Japão (Marmot & Smith, 1989). Por exemplo, se se compararem valores da mortalidade infantil entre países com níveis económicos muito dispares, como por exemplo, Cuba e Estados Unidos, que são países da mesma zona geográfica, verifica-se que no primeiro, em 1991, a mortalidade infantil era de 10,7 por 1000 nascimentos vivos, enquanto nos Estados Unidos era de 9,1, no Japão de 4,5 e em Portugal de 12,1 (PRB, 1991).

A ideia que sobressai é que parece ser necessário mais qualquer coisa além de dinheiro para ter bons índices de saúde: países pobres, como Cuba, têm valores muito mais positivos do que outros do mesmo nível económico como o Egipto e o Brasil, com índices de mortalidade infantil, respectivamente de 76 e 63 (PRB, 1991). Estes exemplos apontam para que a tecnologia e a ciência, só por si não podem explicar os resultados de saúde mesmo se medidos com os dados próprios do modelo biomédico.

Embora à luz dos padrões modernos os resultados de saúde das medicinas menos científicas possam não igualar os da medicina ocidental, as práticas de muitos desses grupos resultam e têm valor para esses povos. Para além dos médicos comunitários, shamans, e outros curandeiros, muito do que diz respeito à saúde passou de geração em geração, através das famílias e de outros sistemas sociais e educacionais, centrais às culturas dessas pessoas. Muitos aspectos da vida do dia a dia, tais como as relações interpessoais, as relações das pessoas com a terra, a água ou o

cosmos, são temas relevantes para a saúde. Pretender a generalização de estratégias de organização dos cuidados de saúde que se mostraram eficazes em determinadas condições, a todos os contextos, culturas, religiões, é expressão de má fé, de colonialismo rudimentar, que poucos defendem.

As alterações ocorridas nos últimos 150 anos foram muito rápidas e, provavelmente, as que mais impacto tiveram na vida da Terra. Segundo Green e Raeburn (1990), desde a Revolução Industrial, cientistas sociais têm denunciado a destruição da comunidade natural, a substituição da estrutura social tradicional e a troca dos padrões culturais por uma nova ordem baseada nos valores e avanços tecnológicos da sociedade industrial.

As sociedades industriais colocaram a gestão da saúde e do bem-estar social na mão de especialistas que, por sua vez, estão normalmente, associados a pesadas burocracias centralizadas. Como consequência surge um serviço relativamente impessoal a debruçar-se sobre algumas das preocupações humanas mais importantes e íntimas -nascimento, morte, mal-estar, saúde, educação, cuidados com os deficientes e os idosos, para referir apenas alguns-. Fabrega (1974) explica que os médicos passaram a assumir parte da função simbólica do curandeiro: tal como nas sociedades primitivas, as pessoas procuram os médicos -como antes procuravam os curandeiros- por uma miríade de razões, desde médicas a espirituais. No entanto esta função é recusada na cultura científica moderna aumentando a insatisfação com o sistema. Embora se possam considerar muitas vantagens na medicina científica, os movimentos sociais da década de 60 denunciaram os excessos praticados à luz de modelos de desenvolvimento tecnológicos e economicistas. Nas sociedades de economia mais desenvolvida, o pêndulo parece estar a passar de uma abordagem

tecnológica baseada nas instituições, para uma abordagem da saúde baseada na comunidade.

## PARTE C

### A Segunda Revolução da Saúde

Nesta parte apresentar-se-á a história dos conceitos associados à segunda revolução da saúde, discutir-se-á o seu significado e a sua relação com os conceitos utilizados na primeira revolução da saúde.

#### Conceitos Principais da Segunda Revolução da Saúde

Os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos, primeiro por Marc Lalonde, depois por Julius Richmond e pela Organização Mundial da Saúde, na declaração de Alma-Ata em 1978, confirmada pela Assembleia Mundial de Saúde em 1979 (resolução WHA 32.80). Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de 1984 e tradução portuguesa, do Ministério da Saúde de 1986. São conceitos particularmente importante para os países desenvolvidos, onde os benefícios da Primeira Revolução da Saúde já eram visíveis.

Embora toda a filosofia deste novo modelo estabeleça uma ruptura com o modelo anterior, salientam-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores: promoção da saúde e estilo de vida. Estes conceitos encerram implicitamente, na sua definição, todos os princípios da segunda revolução da saúde.

#### História dos conceitos

A publicação do relatório de Marc Lalonde, intitulado "*A new perspective on the health of Canadians*", deve ser vista no contexto histórico. Estava-se em 1974: o mundo estava a mudar. Nos países desenvolvidos as mudanças políticas, causadas pelos movimentos populares cujo elemento mais visível fora Maio de 68 (com causas totalmente diferentes mas

expressão muito semelhante na América do Norte e na Europa) estavam a consolidar-se; na Europa caíam as últimas ditaduras -Portugal e Espanha-; estavam a terminar as ligações das últimas colónias aos países do Norte, com as colónias portuguesas a iniciarem o processo conducente à independência; a guerra do Vietname a terminar; a guerra dos preços do petróleo abalava as economias ricas.

As preocupações emergentes destas mudanças políticas apontavam para aspectos tanto quantitativos como qualitativos. Quantitativos porque se dispendia cada vez mais dinheiro na saúde e se estava em recessão. Qualitativos porque já não se tratava de exigir mais democracia, mas sim de melhor democracia. Os cidadãos exigiam mais participação nas decisões que lhes diziam respeito, nomeadamente, na área da saúde. Países como o Canadá, com óptimos serviços de saúde, não se interessavam apenas pelos serviços hospitalares, meramente curativos, nem pelos serviços meramente preventivos, mas interessavam-se, também, por evitar que as pessoas chegassem aos hospitais, que nunca adoecessem, e isso conseguia-se através da promoção da saúde. Na mesma década, o poderoso vizinho americano vai a reboque das preocupações canadianas. Em 1979, em pleno governo do Partido Democrático (de Jimmy Carter), Julius Richmond publica o relatório *Healthy people- the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Neste, as preocupações de Lalonde são retomadas, aproximadamente com os mesmos argumentos. No entanto, há duas diferenças essenciais que alteraram a interpretação dos dois relatórios: primeiro, o final da década de 70 não tinha as mesmas condições políticas, sociais e históricas do início da década: o que era esperança em 1974 encerrava muito de desilusão em 79. Segundo, e mais importante, são as diferenças nos sistemas de saúde: com efeito o sistema de saúde americano é privado, logo subordinado ao lucro, ao contrário o

sistema canadiano, universal e gratuito, à semelhança da tradição norte europeia.

As ideias emergentes destas revoluções acentuavam a responsabilidade individual pela saúde, e diminuíam, de forma relevante, a importância dos serviços de saúde tradicionais para a saúde das pessoas. Defender o papel reduzido dos serviços de saúde tradicionais para a saúde da população era fácil e não era novo. McKeown, (1972), um médico e demógrafo, demonstrara que a redução da mortalidade devida a doenças infecciosas, ocorreu antes do aparecimento de medidas médicas eficazes, e que, após a sua existência, estas não foram certamente as únicas nem, provavelmente, as principais razões para a redução da mortalidade. Afirmava: "as melhorias da saúde no passado foram devidas, principalmente, à modificação do comportamento e a mudanças no ambiente, e é para estas influências que devemos olhar em especial, tendo em vista, futuras melhorias" (p.345).

Em 1977, quando o Relatório Richmond começou a ser escrito, é publicado nos Estados Unidos da América um livro intitulado *Doing better and feeling worse: health in the United States*. da autoria de John Knowles e W. Norton, patrocinado pela Fundação Rockefeller, de que o primeiro autor era presidente, pela Fundação Robert Wood Johnson, Milbank, Fundação Russel Sage e pelo *National Institute of Health*. As ligações políticas e económicas dos autores, e a sua interpretação estimulou a discussão sobre os princípios inerentes à segunda revolução da saúde nomeadamente, acerca do problema da responsabilidade individual na saúde, defendendo os autores a responsabilização individual da saúde de modo aparentemente semelhante, e com argumentos idênticos aos utilizados por Lalonde.

O livro de Knowles Norton, suscitou enorme discussão (Miller, 1978) na medida em que salientava as vantagens da nova perspectiva de

devolução da responsabilidade pela saúde às pessoas. A política e ideologia defendida por estes autores ficou conhecida por *victim blaming* (Crawford, 1977). Ela parecia centrada na necessidade de poupança e, a ser aceite institucionalmente poderia significar, por exemplo, que as companhias de seguros tinham legitimidade em recusar o pagamento dos tratamentos de doenças presumivelmente causadas pelo comportamento individual. A discussão foi muito forte, também, porque os autores e as instituições que os suportavam terem, tradicionalmente, uma conotação política conservadora.

A discussão acerca da responsabilidade individual na saúde tinha entre os seus defensores, actores com perspectivas antagónicas: por um lado tinha os que acreditavam, firmemente, que a devolução da responsabilidade pela saúde aos indivíduos constituía um aprofundamento dos direitos democráticos (Kass, 1975), e por outro os que, numa perspectiva economicista achavam que a devolução da responsabilidade era a melhor maneira de poupar dinheiro (Knowles & Norton, 1977). De entre os que acreditavam que as pessoas tinham o direito a decidir sobre a sua saúde ainda se podiam encontrar dois grupos: os que, numa perspectiva mais próxima das concepções europeias, defendiam a importância da intervenção comunitária *versus*, os que defendiam uma concepção individualista, próxima do espírito típico da dos Estados Unidos. Finalmente havia os que acreditavam, fielmente, nos princípios da primeira revolução da saúde e achavam os princípios da segunda revolução da saúde absurdos.

As discussões que ocorreram nos Estados Unidos, acerca da responsabilidade individual pela saúde marcaram a emergência da segunda revolução da saúde. O governo americano seguinte (já sob a presidência de Ronald Reagan), adoptou os aspectos mais negativos da perspectiva de responsabilização individual pela saúde (*victim blaming*),

com consequências desastrosas na década de 80. Esta política de saúde contribuiu, provavelmente, para a queda do governo republicano nas eleições de 1992. Consciente do descontentamento provocado pela política anterior Bill Clinton, na sua campanha eleitoral, prometeu reestruturar os serviços de saúde para uma perspectiva menos individualista.

A polémica que surgiu acerca dos princípios da segunda revolução da saúde não foi centrada no Relatório Richmond mas sim no livro de Knowles e Norton publicado em 1977, ano em que se iniciava a redacção do relatório Richmond. Com efeito as ideias expressas no relatório Richmond mantêm-se actuais em 1993. Richmond, resumia em três afirmações os principais problemas de saúde: "estamos a matar-nos devido aos hábitos descuidados que adoptamos; estamos a matar-nos por poluirmos o ambiente de maneira descuidada; estamos a matar-nos por permitirmos a continuação de más condições sociais -como pobreza, fome, ignorância- que destroem a saúde, especialmente a das crianças "(p.viii). Estes aspectos resumem os males principais com que se depara a saúde considerada globalmente enquanto *Health Field* e não, apenas, enquanto sistema de cuidados de saúde.

### **Promoção da Saúde**

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar de que têm sido produzidas inúmeras definições (Breslow, 1987; Goodstadt, Simpson & Loranger, 1987; Kaplan, 1984; Noack, 1987; O'Donnell, 1986a, 1986b, 1989; Rentmeester & Hall, 1982).

As definições de promoção da saúde são normalmente bastante abrangentes, incluindo aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de comportamento conducente à adopção de um estilo de vida saudável. Apesar de tudo, não é um conceito novo. Em 1946, o médico Sigerist



afirmava que a função da medicina consistia em quatro grandes tarefas: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e, a reabilitação. Dizia que a saúde se promovia, proporcionando um padrão de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios para descansar e recrear. Acrescentava que era necessário coordenar os esforços de todos os grupos, homens de estado, do trabalho, da indústria, da educação e da saúde. Uma concepção perfeitamente actual que na época, no entanto, não encontrava as condições sociais e políticas adequadas à sua adopção. Estava-se em plena expansão da primeira revolução da saúde. Com efeito, por exemplo, os antibióticos estavam a começar a aparecer, enquanto a vacina da tuberculose só apareceria mais tarde.

A definição de promoção da saúde adoptada na carta de Ottawa em 1986, e que tem sido utilizada, é a seguinte: processo de "capacitar" (*enabling*) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar.

Green e Raeburn (1990), autores que deram um grande contributo para a definição de conceitos nesta área, na análise da definição, consideram que a chave está na palavra "capacitar": esta palavra deriva do verbo "*to enable*"(no original) que, do dicionário, significa "fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para". Consideram que, tal, significa devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo primordial da promoção da saúde no futuro poderia, assim, ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade.

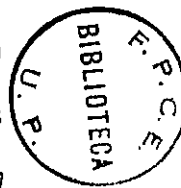
Estes autores explicam que a adopção de estratégias de promoção da saúde e dos princípios a ela subjacentes encerra um conflito potencial,

dado que, embora muitos profissionais e gestores da área da saúde afirmem defender a ideia de devolver mais poder à comunidade, na prática, poucos estão dispostos a fazê-lo. A justificação (pessoal ou pública) destes profissionais é a de que eles é que "sabem melhor" o que fazer, podendo afirmar-se que esta constitui a filosofia dominante entre estes profissionais.

A promoção da saúde surgiu, entre outras razões, porque trazia vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho, mais energia no trabalho). Um estudo da *Rand Corporation* que analisa os custos sociais dos maus hábitos de saúde conclui que cada cidadão contribui com uma quantidade razoável do seu trabalho para os maus hábitos de alguns cidadãos (Manning, Keeler, Newhouse, Sloss, & Wasserman, 1991). O relatório da *APA task Force on Health Research* (1976), cita investigações que verificaram que indivíduos com pouca saúde ganhavam substancialmente menos do que os que tinham boa saúde. Os programas de promoção da saúde implementados em empresas têm, igualmente, vantagens económicas para os empresários: Shepard (1983), Shepard, Corey, Renzland e Cox (1982) mostraram que a implementação destes programas se repercute positivamente na produção e reduzem os custos das empresas com as doenças.

### **Promoção da Saúde na Europa**

O conceito de promoção da saúde foi adoptado por todos os países desenvolvidos, embora com divergências de interpretação entre os Estados Unidos da América e a Europa. A concepção Americana privilegia a intervenção sobre o indivíduo, enquanto a Europeia privilegia o nível comunitário e social. O Canadá fez a ponte entre os dois continentes, embora inclinando-se para a interpretação europeia devido às semelhanças da organização do seu sistema de saúde com o destes



A zona regional europeia da OMS (uma das seis zonas planetárias) que conceptualiza a saúde do ponto de vista dos interesses de 33 países da região, criou um comité de especialistas europeus, o *Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion* (1987), para orientar a aplicação dos princípios definidos em Alma-Ata aos países da região. Este grupo adoptou a definição de promoção da saúde da Carta de Ottawa, já referida, que salienta dois grandes objectivos principais para a promoção da saúde:

a) melhorar a saúde;

b) dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria da saúde.

Este grupo explica do seguinte modo os princípios subjacentes à ideia de promoção da saúde (p.654):

1-A promoção da saúde envolve a população como um todo, no contexto da vida diária, e não as pessoas em risco de doenças específicas- visa tornar as pessoas aptas para assumirem o controlo sobre a, e a responsabilidade pela, sua saúde enquanto componente importante da vida diária- e deve ser vista, simultaneamente, como acção espontânea e como acção organizada, visando a saúde. Tal, requer acesso contínuo e completo a informação sobre a saúde para toda a população, recorrendo a todos os métodos disponíveis de divulgação.

2-A promoção da saúde visa os determinantes ou causas da saúde. Por conseguinte, requer a cooperação de sectores para além dos serviços de saúde, de modo a reflectir a diversidade de condições que influenciam a saúde. Os governos, tanto aos níveis local como nacional, têm a responsabilidade de actuar, adequadamente e atempadamente, de modo a garantir que o meio ambiente que está

fora do controlo dos indivíduos e dos grupos, seja promotor da saúde.

3-A promoção da saúde combina métodos, ou abordagens, diversos mas complementares, incluindo: comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, e actividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde.

4-A promoção da saúde visa, principalmente, uma participação pública concreta e eficaz, e requer o desenvolvimento de perícias (*skills*) de resolução de problemas e de tomada de decisão, tanto individuais como colectivas.

5-Embora a promoção da saúde seja, basicamente, uma actividade das áreas da saúde e do social, e não um serviço médico, os profissionais da saúde -particularmente dos cuidados de saúde primária- têm um papel importante no apoio à, e na criação de condições para a, promoção da saúde. Os profissionais da saúde deverão trabalhar no sentido de aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa da, e na educação para a, saúde.

Segundo Noack (1987) promoção da saúde parece ter substituído o conceito de higiene e, sem ser sinónimo, sobrepõe-se parcialmente ao de prevenção da doença (Breslow, 1987; Dean, 1990; Rosenstock, 1987). Promoção da saúde e prevenção da doença distinguem-se do seguinte modo:

a) prevenção da doença é um conceito da primeira revolução da saúde, centrado na doença, enquanto promoção da saúde é um conceito da segunda revolução da saúde e é centrado na saúde;

b) a prevenção da doença aplica-se a doenças específicas, e refere-se às actividades que visam evitá-las, enquanto a promoção da saúde visa a saúde em geral e as actividades que a promovem;

c) a promoção da saúde salienta o papel dos indivíduos, grupos e organizações enquanto agentes da definição e da implementação de práticas de saúde e de políticas que conduzam, simultaneamente, ao bem-estar individual e colectivo, enquanto a prevenção da doença salienta o papel das organizações médicas tradicionais.

Richmond (1979), no *Healthy People: the Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, explica o que distingue os diferentes conceitos-cuidados médicos, prevenção da doença (e protecção da saúde), promoção da saúde-:

Os cuidados médicos começam no doente e procuram, mantê-lo vivo, fazê-lo recuperar a saúde, ou minimizar a sua incapacidade. A prevenção da doença começa com uma ameaça à saúde - uma doença ou um acidente ambiental- e visa proteger tantas pessoas quantas possível das consequências perigosas dessa ameaça. A promoção da saúde começa com pessoas que são basicamente saudáveis e procura aplicar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar as pessoas a desenvolver estilos de vida que mantenham ou exaltem o estado de bem-estar (p.119).

Embora a distinção entre os diferentes conceitos possa parecer ligeira, há diferenças marcantes, nomeadamente: os serviços de prevenção da doença e protecção da saúde incluem os cuidados que podem ser fornecidos por profissionais tradicionais da saúde, e as medidas a ser implementadas pelos governos, organizações profissionais ou outras equivalentes, para proteger as pessoas de doenças ou acidentes; a promoção da saúde consiste em actividades que os indivíduos e as comunidades podem implementar para promover estilos de vida saudáveis. Dito de outro modo, as actividades de protecção e prevenção incluem o que os governos e organizações podem fazer pelas pessoas, enquanto a

promoção da saúde abrange aquilo que as pessoas e as comunidades podem fazer por si próprias.

Rosenstock (1987) considera que a distinção entre prevenção das doenças e promoção da saúde tem três implicações distintas, que incluem: a) implicações acerca da atribuição de responsabilidade pela saúde; b) implicações ao nível da selecção dos alvos da intervenção para maximizar a saúde e; c) implicações para a ética da promoção da saúde.

O Departamento Norte Americano de Saúde inclui as seguintes áreas alvo, do campo da saúde, respectivamente nas categorias da prevenção das doenças, de protecção da saúde e de promoção da saúde (McGinnis, 1991, 1992): serviços de prevenção das doenças- saúde infantil e gravidez, doenças do coração e cérebro vasculares, cancro, diabetes e outras doenças crónicas incapacitantes, SIDA, vacinação, doenças de transmissão sexual, serviços clínicos de prevenção, vigilância e bases de dados; serviços de protecção da saúde- controlo de radiações e agentes tóxicos, segurança e saúde no trabalho, controlo e prevenção de acidentes, saúde oral, saúde ambiental, higiene alimentar e medicamentosa; promoção da saúde- tabagismo e saúde, abuso de álcool e drogas, nutrição, exercício e condição física, controlo do *stress* e do comportamento violento, planeamento familiar, saúde mental e deficiência mental, programas educacionais e de base comunitária.

### **A Promoção da Saúde na Saúde e nas Doenças**

Se se concebe a promoção da saúde em sentido absoluto, ela aplica-se a todos os casos em que se pretenda melhorar a saúde. Nesta perspectiva podem-se conceber várias situações a que se aplicam os princípios da promoção da saúde:

a) quando o indivíduo está doente, sendo a intervenção do tipo remediativo;

b) quando o indivíduo está em risco, sendo a intervenção do tipo preventivo. Nesta situação o indivíduo não está doente mas o estilo de vida que adopta é susceptível, de acordo com os dados de investigação disponíveis, de conduzir a um estado de doença. A intervenção pode consistir em reduzir a pressão arterial, modificar a dieta, modificar os hábitos tabagísticos, treinar estratégias para reduzir o *stress*, etc.;

c) quando o indivíduo está de boa saúde e não está em risco. Este tipo de intervenção visa o aperfeiçoamento do estilo de vida, de modo a aumentar o bem-estar, a melhorar o relacionamento com o meio ambiente e a diminuir a probabilidade de atingir um estado de doença. É uma intervenção desenvolvimental clássica em psicologia.

Alguns autores consideram que a generalização do conceito de promoção da saúde a situações de doença, de tratamento e de reabilitação, contribui para fragilizar o conceito (Goodstadt, Simpson, & Loranger, 1987). No entanto esta generalização é inevitável: a adopção da noção de qualidade de vida relacionada com a saúde pelos variados contextos clínicos, demonstra-o. A qualidade de vida relacionada com a saúde não é mais do que a promoção da saúde de pessoas que têm uma doença.

### **Estilo de Vida- Nascimento e Morte do Conceito**

A noção de estilo de vida é um dos indicadores da segunda revolução da saúde e faz parte integrante da terminologia da promoção da saúde. A aplicação do conceito de estilo de vida à área da saúde foi feita, formalmente, por Marc Lalonde em 1974. Este definiu-a como: "o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo" (p.32). A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como "conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais" (WHO, 1986, p.43), ou como: "um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente

relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores" (WHO, 1988.p.114).

Este conjunto de definições, reflectem mudanças sofridas pelo conceito, e os aperfeiçoamentos que lhe foram introduzidos, nos 14 anos que separam a primeira da última. Reflectem, igualmente, a variedade de perspectivas que lhes estão subjacentes, com um peso mais social e comunitário nas duas últimas definições e um peso mais individualista da primeira.

O estilo de vida tem sido interpretado desde uma forma ampla, até uma forma estrita. Se, por exemplo, Lalonde o qualificava como padrão de decisões, o que subentende toda uma cadeia de cognições, motivações e comportamentos, interligados com antecedentes, consequentes e colaterais susceptíveis de os influenciar, McQueen (1987) reduzia-o a uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde. Não parece que Lalonde adoptasse o termo estilo de vida tendo em mente comportamentos específicos, na medida em que o termo comportamento de saúde era já utilizado desde 1966 (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b).

O conceito estilo de vida não é um conceito contemporâneo. Alfred Adler fôra o primeiro a utilizá-lo com um sentido próximo do actual. Este autor, que pertenceu ao círculo de Freud entre 1902 e 1911, defendia a interdependência entre corpo e pensamento, e entre indivíduo e meio social. Reflectia uma perspectiva holística do funcionamento individual, próxima da perspectiva sistémica que se defende na presente investigação. O conceito de estilo de vida tinha uma posição central na teoria de Adler que o definia como: "adaptação, activa, do indivíduo ao meio social, desenvolvendo-se, como um produto pessoal e único, da necessidade, simultânea, de integração e de diferenciação desse meio social" (Papanek, 1975, p. 575).



Este sentido, próximo do conceito apresentado pela OMS, está longe da perspectiva meramente comportamentalista, reduzida à sua expressão mais simples, adoptada por diversos autores. O conceito de estilo de vida parece, assim, que nunca teve conotações simplistas. No entanto, como consequência das interpretações comportamentalistas de que foi alvo, acabou por ser afastado, na década de 80, da área da promoção da saúde. Com efeito, em 1986, a conferência internacional sobre promoção da saúde, produziu uma carta (Carta de Ottawa) que elimina a expressão estilo de vida, substituindo-a por "*personal skills*". Este conceito, em psicologia, tem um significado mais restricto do que o de estilo de vida, só que não está contaminado pelas interpretações de que este foi vítima na década de 70.

Parece mais adequado utilizar o termo estilo de vida para, como Milio (1981), interpreta, se referir a um padrão de escolhas comportamentais, realizadas de entre as alternativas que as pessoas têm disponíveis, consoante a sua situação sócio-económica e a capacidade para realizarem umas escolhas em vez de outras.

O tema "estilo de vida" emergiu como aspecto central da saúde na década de 70, tendo sido substituído, no final da década de 80, pelo tema "ambiente" (Buck, 1985).

### **Limites da Responsabilidade Individual**

A responsabilidade individual é uma noção essencial e controversa da segunda revolução da saúde. Torna-se, portanto, importante discutir até que ponto as acções individuais são da responsabilidade exclusiva do indivíduo ou estão dependentes de influências externas.

Mechanic, (1979) num estudo que se prolongou por 16 anos, em que se propunha avaliar as mudanças do comportamento de saúde de 350 crianças ao longo desse período de tempo, verificou que "muitos dos comportamentos que estão correlacionados com prejuízo da saúde estão,

frequentemente, fora do controlo individual, quer devido a influências biológicas quer a influências que ocorrem durante o desenvolvimento, ou, ainda, porque esses comportamentos servem outras necessidades importantes" (p.1144). Haggerty (1977) referindo-se à dificuldade de mudar os hábitos de saúde, explicava: "o problema é que os hábitos de saúde dizem respeito à totalidade da vida. Mudar a totalidade da vida é difícil, especialmente quando há pressões sociais enormes que estimulam e reforçam hábitos maus para a saúde" (p.276).

Frequentemente, outras necessidades importantes tais como, exibição de sucesso, poder, amor, prestígio, beleza, conhecimento, etc. estão em conflito com os comportamentos promotores de saúde. Mechanic (1979) conclui que aqueles que acreditam na solução de convencer os indivíduos da sua responsabilidade pela saúde como solução decisiva para os principais problemas de doença, são "*naifs*" e estão imbuídos de um pensamento mágico sem fundamento científico.

Um conjunto de estudos publicados recentemente são paradigmáticos relativamente à responsabilidade individual *versus* social pela saúde, e à influência de agentes externos. Numa série de investigações sobre os anúncios de tabaco DiFranza, Richards, Paulman, Wolf-Gillespie, Fletcher, Jaffe, e Murray (1991), Fisher Schwartz, Richards, e Goldstein, (1991), Pierce, Gilpin, Burns, Whalen, Rosbrook, Shopland, e Johnson(1991), concluem que as empresas que vendem tabaco têm perseguido, com sucesso, alvos exclusivos de publicidade com idades entre os três e os seis anos de idade. Demonstram que esta publicidade é intencional, e que se reflecte no comportamento dos indivíduos jovens que começam a fumar. Estudos semelhantes já tinham sido realizados anteriormente (Chapman, & Fitzgerald, 1982; Goldstein, Fisher, Richards, & Creten, 1987), embora com menos impacto na opinião pública.

Apesar de, na maior parte dos países europeus, a publicidade ao tabaco nos *media* estar proibida, ao ligar a televisão nos domingos à tarde, em programas de grande impacto na juventude como, por exemplo, as corridas de automóveis, podem-se observar as marcas que são referidas nas investigações citadas no parágrafo anterior, sendo publicitadas de forma pouco mascarada. As corridas de fórmula um que são transmitidas pela televisão fazem publicidade intensa ao tabaco, quer nos carros (o carro da McLaren conduzido por Sena tem as pinturas de um maço Marlboro, o Renault-Williams de Prost e o Benetton-Ford de Schumacher anunciam a Camel), quer em anúncios fixos: a cena repete-se na fórmula Indy em que um dos carros que disputa os lugares da frente (o de Emerson Fittipaldi) e que, por isso, passa mais tempo no ecran, publicita, as mesmas marcas de tabaco.

Parece, portanto, que as pessoas podem ser influenciadas, entre outros aspectos, pela publicidade. Não fôra essa possibilidade e a publicidade não teria sentido. Deste modo a responsabilidade individual tem limites que devem ser considerados em termos políticos, não só para impôr limitações a esse tipo de publicidade como para tomar decisões sobre a saúde e as doenças.

## PARTE D

### Emergência e Desenvolvimento da Psicologia da Saúde

Esta parte propõe-se apresentar a história da participação da psicologia nos contextos de doença, as condições de emergência da psicologia da saúde, e a sua história.

#### A Saúde, as Doenças e a Psicologia da Saúde

Nos últimos 20 anos, os investigadores da área médica, provenientes de inúmeros campos, incluindo a medicina comportamental, a neuroimunologia, a medicina social, a psiquiatria, entre outras, passaram a aceitar e a empenhar-se na tentativa de compreender e explicar o papel dos aspectos psicológicos na saúde e na doença física. Simultaneamente, muitos outros profissionais das áreas médicas mantiveram o seu cepticismo, afirmando que os componentes psicológicos nos processos de cura eram folclore sem fundamentação sólida (Angell, 1985). Estas diferenças reflectem as concepções sobre os diversos modelos de saúde e doença e as diversas medicinas que coexistem no sistema. O modelo médico dominante baseia-se em pressupostos materiais, redutíveis, universais, portanto objectivos, concretos, sólidos (*hard*), ao contrário da ciência psicológica e das ciências sociais que se baseiam em pressupostos menos sólidos (*soft*). Por esta razão compreende-se a dificuldade que a medicina tem em aceitar o papel dos aspectos psicológicos na saúde e na doença.

Desde meados do século XIX, devido, principalmente, à acção do médico Claude Bernard, o dualismo estrito inerente ao modelo biomédico, consequência da adopção da perspectiva cartesiana, evoluiu, passando a reconhecer-se a contribuição dos aspectos psicológicos nos males físicos. Com efeito, com o passar do tempo, emergira uma categoria diagnóstica

ambígua, (que mais tarde se convencionou chamar de desordens psicossomáticas). A aparente influência das emoções nas doenças físicas tornava a etiologia um enigma e violava as leis da medicina racional. A esta categoria, que caía fora do pensamento científico, tal como era concebido na época, passou a chamar-se "nervosa": quando um médico verificava que o doente era apenas "nervoso", deveria terminar a avaliação, dado cair fora da medicina racional. Embora esta categoria -nervosa- continue a fazer parte da linguagem corrente, deixou de ter suporte lógico e científico (Gatchel, Baum & Krantz, 1989).

No século XX, a comunidade médica começa a aceitar que factores sociais e psicológicos são importantes na etiologia, desenvolvimento, manutenção e tratamento de muitas doenças. A medicina psicossomática, marcando uma evolução dessa perspectiva, teve um papel importante na sensibilização de médicos e psicólogos para a relação entre emoções e desordens físicas. Apesar da medicina psicossomática reflectir um avanço enorme nos princípios que orientavam o modelo biomédico, teve várias limitações, nomeadamente: centrar-se exclusivamente na doença; ter raízes profundas na teoria psicodinâmica; privilegiar um pequeno conjunto de manifestações fisiológicas que considerava, ostensivamente, activadas por repressão intrapsíquica simbólica (Millon, 1982). A medicina psicossomática garante, por isso, o *status* da dicotomia corpo-espírito. Com efeito, a própria terminologia salienta as duas dimensões -psicológico e somático- não como uno e indivisíveis, mas sim como dois universos distintos que se influenciam. Esta ligação ambígua entre corpo e espírito, era inerente à divisão cartesiana: segundo esta, o homem, ao contrário das plantas e dos animais, possuía pensamento racional que estava separado do corpo, mas em conexão com ele através da glândula pineal.

A psicologia médica, é outra disciplina médica que reflecte a aceitação pelo modelo biomédico do papel das variáveis psicológicas,

estabelecendo relações entre a psicologia e a medicina desde o princípio do século. Segundo Millon (1982) é um termo considerado, frequentemente, como sinónimo de psiquiatria: o adjectivo médico reenvia para os processos associados à doença. A medicina adoptou, ainda muitos outros termos que reflectem a aceitação e a tentativa de integração de variáveis psicológicas pelo modelo médico (Belar, Deardorff & Kelly, 1987).

A dicotomia entre corpo e espírito surge, igualmente na psicologia. Embora já em 1911, sob o patrocínio da *American Psychological Association* (APA), numa reunião anual, tivessem havido encontros formais entre psicólogos e médicos com o intuito de discutir a participação da psicologia na saúde, a participação dos profissionais de psicologia nos contextos de saúde e doença manteve-se incipiente até à década de 70. Na mesma lógica cartesiana que inspirou o modelo biomédico, a psicologia, tem resistido a abandonar a área limitada pelo mental -doença mental-, só se orientando para uma visão holística da acção humana bem dentro da segunda metade do século XX, e a reboque da Segunda Revolução da Saúde.

A evolução das organizações que gerem as doenças e a saúde tornou-as mais complexas e, em simultâneo, aumentou a variedade de profissionais que garantem e sustentam o seu funcionamento. A psicologia esteve, desde as suas origens, ligada à medicina convencional (Millon, 1982) quer, como disciplina quer como ciência. Enquanto disciplina estava presente na escolha que os profissionais de saúde faziam constantemente, por exemplo, quanto ao modo mais adequado de se relacionar com os doentes ou quanto ao modo mais adequado para fornecer informação; como ciência estava subjacente, por exemplo, à formação dos profissionais de saúde. O que é relativamente novo é a participação da psicologia como profissão, em contextos tradicionais de doença e saúde (não mental).

Foi a partir da década de 70 que se deu um enorme crescimento na participação da psicologia em contextos tradicionais de doença. Belar, Deardorff e Kelly (1987) inumeram algumas das razões possíveis para o crescimento da psicologia da saúde: a) fracasso do modelo biomédico na explicação da doença e da saúde; b) crescimento da preocupação com a qualidade de vida e com a prevenção da doença; c) mudança da atenção dos profissionais de saúde das doenças infecciosas para as doenças crônicas, com o reconhecimento do papel fundamental do estilo de vida; d) maturidade da investigação nas ciências comportamentais; e) aumento dos custos dos cuidados de saúde e procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais.

A intervenção psicológica na saúde e nas doenças, visando modificar comportamentos, atitudes, crenças, expectativas, etc, justifica-se pela necessidade de recorrer a metodologias e estratégias que têm sido desenvolvidas pela ciência psicológica, e para utilização das quais a profissão melhor preparada é a psicologia. A importância dos factores psicológicos na saúde e nas doenças está bem documentada (Rodin & Salovey, 1989; Taylor, 1990) e, nos últimos anos, na grande área epistemológica da psicologia, a psicologia da saúde foi a que mais cresceu. A evidência deste crescimento é patente na grande quantidade de artigos publicados em periódicos das diversas subespecialidades da psicologia, pela grande quantidade de comunicações apresentadas em reuniões científicas e pelo aparecimento de periódicos dedicados à área.

Formalmente, a origem da psicologia da saúde remonta à década de 70. Na época, nos Estados Unidos da América, foi criada no seio da *American Psychological Association* uma *task force on health research*, que publicou, em 1976, um relatório sobre as relações entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doença, propondo orientações doutrinárias. Em 1978, iniciou-se a criação do departamento de psicologia

da saúde da APA (Divisão 38) que, a partir de 1982, fez sair o primeiro número do seu periódico *-Health Psychology-*. Na sequência da evolução das relações entre as ciências do comportamento e as ciências médicas, a *Academy of Behavioral Medicine* começa a publicar o *Journal of Behavioral Medicine*, enquanto outros periódicos mudam de nome para se adaptarem às novas perspectivas, caso do *Journal of Human Stress* que passa, em 1988, a chamar-se *Behavioral Medicine*. Simultaneamente foram publicados inúmeros manuais visando o apoio à formação de profissionais, como por exemplo o de Mattarazzo, Weiss, Herd, Miller e Weiss (1984).

Na mesma época, movimento semelhante ocorre na Europa. O *Regional Office for Europe* da Organização Mundial de Saúde, sediado em Copenhague, publica em 1984, um documento da autoria da *European Federation of Professional Psychologists Association*, que esclarece a contribuição da psicologia para a saúde. Em Portugal, um artigo de Pereira (1980) aborda a relação entre comportamento, saúde e doença. Durante a década, outros artigos são publicados (D'Almeida, 1985; Ribeiro, 1988a, 1989). No seio da Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT) cria-se uma divisão dedicada à psicologia da saúde, e publica-se uma coletânea de artigos sobre o tema. Organizam-se reuniões científicas, quer por iniciativa da APPORT, quer das escolas de formação. Está em fase de organização o Primeiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde com a participação organizativa da APPORT e de elementos de todas as escolas de psicologia do país, em cuja Comissão Científica participam elementos ligados à saúde e à doença de profissões múltiplas.

Paradoxalmente, embora a psicologia tenha entrado em força no universo da saúde, com a segunda revolução da saúde, e portanto visando a saúde, a psicologia da saúde tende a privilegiar a intervenção na doença: também para os psicólogos a doença parece ser mais importante do que a saúde. Isto, pode ser constatado pela análise da investigação publicada no



jornal oficial da divisão de psicologia da saúde da APA. Reviu-se o volume oito (de 1989) da *Health Psychology*, tendo-se verificado que, dos 52 artigos publicados nesse ano, 39 focavam doenças específicas, e que, dos restantes, apenas seis abordavam temas centrados na saúde. Já em 1984, Kaplan apresentara a mesma crítica, referindo que o elemento que faltava na conceptualização da psicologia da saúde era a definição de saúde. Este interesse dos psicólogos pela vertente "doença" levou a que, no seio da psicologia da saúde se desenvolvesse uma subespecialidade conhecida por psicologia clínica da saúde que se define como

a aplicação de conhecimentos e métodos provenientes de todos os campos da psicologia visando a promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo, e a prevenção, avaliação, e tratamento de todas as formas de deficiência mental e física nas quais as influências psicológicas são passíveis de, simultaneamente, contribuir, ou ser usadas, para aliviar a disfunção ou *stress* (Millon, 1982,p.9).

Esta definição parece, claramente, uma tentativa de adaptação da definição de psicologia da saúde, nascida no seio da segunda revolução da saúde, à linguagem e à lógica da primeira revolução da saúde. Parece esquecer-se que no seio da primeira revolução da saúde, nunca se desenvolvera espaço para a psicologia da saúde. Com efeito, nesta definição, salienta-se a dicotomia corpo-espírito (saúde física e saúde mental) que a definição de saúde não contempla. Por outro lado reduz a intervenção psicológica aquelas situações onde a psicologia está ligada à disfunção, numa relação linear causa efeito, longe da perspectiva sistémica subjacente ao modelo da segunda revolução da saúde.

Se se comparar com a definição de psicologia da saúde percebe-se a diferença. Esta define-se como:

Domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à **promoção e manutenção** da saúde, à **prevenção e tratamento** da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com a doença e com disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1982, p.4).

A definição de psicologia da saúde identifica quatro tipos de objectivos diferenciados- promoção, manutenção, prevenção e tratamento-, em duas áreas distintas- saúde e doença-.

A intervenção dos psicólogos na promoção da saúde pode fazer-se através da modificação do estilo de vida, tomado em sentido lato, implicando variáveis psicológicas tão vastas como, motivação, avaliação das situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomada de decisão, comportamentos, hábitos, perícias (*skills*), ou características do meio: toda uma panóplia de objectos tradicionais da psicologia.

A participação do profissional de psicologia em equipas multidisciplinares inerentes aos contextos tradicionais de saúde e doença, coloca problemas de relacionamento profissional, relativamente novos para os psicólogos. A psicologia teve sempre maior dificuldade do que as outras disciplinas em descrever a variedade das suas actividades e em delimitar ou definir subespecialidades. Simultaneamente profissão e ciência, a psicologia luta pela definição de uma identidade que oscila entre uma disciplina académica majestática e desapaixonada, por um lado, e por outro lado, uma profissão aplicada que intervém com os métodos que lhe são próprios na melhoria do bem estar das pessoas e em temas de interesse público, (Millon, 1982).

## **PARTE E**

### **A Tese**

Nesta parte apresentam-se, o significado do título e os objectivos da tese, assim como o modo como ela será organizada.

#### **Organização da Tese**

Identificar relações entre variáveis é uma característica comum a todos os objectivos que a presente investigação se propõe atingir. A identificação de relações entre variáveis deve basear-se na análise e interpretação de dados produzidos com parsimónia e precisão. No processo de análise de dados devem tomar-se em consideração vários aspectos que sem atingir a exaustão, e de forma dicotómica, podiam ser expressos do seguinte modo: congruência entre a teoria e a análise de dados; se os dados são correlacionais ou experimentais; se a análise de dados é inferencial ou descritiva; se a análise de dados é univariada ou multivariada (Baltes, Reese & Nesselroade, 1977).

#### **Congruência entre a teoria e análise de dados**

A análise de dados depende do contexto teórico em que os dados são produzidos. Com efeito, a produção de dados está subordinada a um conjunto de ideias existentes anteriormente. Uma investigação pode ser orientada de dois modos: pela presunção da existência de um conjunto de laços entre as variáveis consoante a teoria ou, sem uma estrutura clara e articulada de relações entre a teoria e o resultado da experiência. Uma investigação realizada de acordo com a primeira perspectiva, frequentemente chamada de verificação de hipóteses, nunca perde de vista a congruência existente entre o que a teoria prediz e o que os dados revelam. Uma investigação realizada na segunda perspectiva, visa gerar

ideias e hipóteses que possam, subsequentemente, ser formalizadas, organizadas e testadas, dando origem à produção da teoria, e denomina-se, geralmente, de investigação exploratória. Ambos os tipos de investigação, que recorrem a estratégias diferentes de análise de dados, são válidas e têm um papel importante no desenvolvimento do conhecimento.

Num nível superior de abstracção, a análise de relações entre a teoria e os dados é influenciada por ideias e por concepções da realidade que, numa perspectiva dicotómica (que será abordada no capítulo III) se poderiam chamar de organicistas e mecanicistas. No primeiro caso a atenção centra-se na estrutura e nas relações entre tipos de variáveis, enquanto que numa perspectiva mecanicista, em contraste, se centra nas relações entre antecedentes e consequentes e tende a focar relações entre variáveis simples.

A presente investigação baseia-se numa visão organicista da realidade, propondo-se focar relações ecológicas e sistémicas entre variáveis. Define-se, essencialmente, como uma investigação exploratória, mesmo que, por vezes, se formulem hipóteses. Justifica-se a opção de considerar a investigação exploratória por várias razões: a investigação sistemática de relações entre variáveis psicológicas e de saúde é incipiente e está no início, não tendo, a nível mundial mais de 20 anos, estando em Portugal, a dar os primeiros passos. Embora a investigação das relações entre doenças e variáveis psicológicas não seja nova, ela não é generalizável à saúde. Outra razão, é a de que a presente investigação se interessa pela procura de relações complexas entre variáveis que contribuam para a compreensão de relações ecológicas e sistémicas, enquanto, a investigação existente tende a procurar relações lineares entre variáveis simples.

### **Análise correlacional *versus* experimental**

Na investigação correlacional, as relações entre variáveis são estudadas sem manipulação das variáveis independentes ou de controlo: os dados são recolhidos, tal como existem. Na investigação experimental, pelo contrário, há manipulação das variáveis. A análise estatística, na investigação correlacional, visa detectar a existência de relações naturais entre as variáveis e não permite fazer inferências imediatas de causa-efeito. A presente investigação assume-se, essencialmente, como uma investigação correlacional medindo as variáveis tal como existem na natureza sem as tratar.

### **Análise de dados inferencial *versus* descritiva**

O domínio da estatística inferencial interessa-se pela possibilidade de, com base num conjunto limitado de observações, fazer inferências acerca de um conjunto maior. Em termos estatísticos faz-se a distinção entre amostra e população da qual uma amostra pretende ser mais ou menos representativa e, para se poderem fazer inferências, a amostra deve representar, verdadeiramente, segundo critérios que estão definidos, a população de que foi seleccionada. Para que tal suceda o método de selecção é determinante. Caso a amostra não seja adequadamente seleccionada a análise de dados é denominada descritiva. A amostra da presente investigação foi seleccionada segundo o método de quotas, de modo a representar a população jovem, estudante, saudável, da área metropolitana do Porto, de modo a permitir fazer inferências para a população a que pertence.

### **Análise de dados univariada *versus* multivariada**

Segundo Baltes, Reese e Nesselroade (1977) há consenso entre os investigadores de que a expressão "estatística univariada" deverá ser

utilizada para designar conceitos e procedimentos de análise da distribuição de resultados, representativos de uma única variável dependente, enquanto "estatística multivariada" deverá ser usado naqueles casos em que a distribuição conjunta de duas ou mais variáveis dependentes está a ser analisada. A perspectiva organicista tende a centrar-se na relação estrutural entre conjuntos de variáveis em vez de na relação entre variáveis simples, pelo que nesta perspectiva, a estatística a utilizar nesta investigação tenderá a ser a multivariada. De entre os procedimentos de análise multivariada encontram-se a análise de variância múltipla e a análise factorial. Dois procedimentos estatísticos são considerados centrais nesta investigação: a correlação canónica, um procedimento da análise de regressão múltipla que visa identificar a correlação existente entre um conjunto de variáveis independentes e um conjunto de variáveis dependentes, e a análise factorial, que visa reduzir um grupo de variáveis a um conjunto mínimo de factores que explicam os resultados. Este tipo de estatística é muito dispendiosa em termos de consumo de tempo, tendo a sua utilização sido facilitada nos últimos anos com o desenvolvimento das tecnologias de computação, nomeadamente, de computadores pessoais e de pacotes estatísticos das últimas gerações.

### **Validade Interna e Externa do Protocolo de Investigação**

Um último aspecto que deve ser considerado na organização da investigação refere-se às validades, interna e externa, da arquitetura da investigação. A validade interna pretende responder à questão: "que se pode concluir quando terminar a recolha e análise de dados?" O conceito de validade interna da investigação diz respeito à tarefa de produção de conclusões válidas, sem ambiguidade, acerca das relações entre as variáveis consideradas na arquitetura investigativa. A validade externa refere-se à possibilidade de generalizar as relações observadas entre as

variáveis duma investigação, a outras relações entre estas variáveis, noutras amostras da população, e em outros contextos. Estas características são particularmente pertinentes em investigações experimentais, enquanto em investigações exploratórias dependem, em grande parte, da validade dos próprios instrumentos de medida e da adequação dos procedimentos estatísticos. Para a validade externa é, ainda, essencial o modo de determinar a amostra assim como a delimitação da população.

### **O Título**

O título, "características psicológicas associadas à saúde de jovens estudantes", sugere quatro vertentes: a primeira é que a tese se debruça, essencialmente, sobre variáveis psicológicas (e não sobre outras). As variáveis psicológicas são as variáveis independentes do estudo; a segunda, é que a tese se interessa pela saúde (e não pelas doenças), no espírito da segunda revolução da saúde. Debruçar-se sobre a saúde implica utilizar, predominantemente, a avaliação pela positiva, ao invés da que é utilizada dominantemente na psicologia inspirada pelo modelo biomédico, de que é exemplo a noção de saúde mental, em que a avaliação é, dominantemente, feita pela negativa, ou seja, o que é avaliado não é a saúde mas sim a doença. A saúde é a variável dependente do presente estudo; a terceira é que se debruça sobre os jovens. Com efeito, 93% da amostra do estudo pertence ao grupo etário que as Nações Unidas definiram como jovens, ou seja ao grupo etário compreendido entre os 15-24 anos; finalmente, a quarta, é que se debruça sobre estudantes. Os estudantes deste nível correspondem a uma minoria da população, e as probabilidades de integrar esta minoria não são iguais à nascença. Factores sociais e intelectuais jogam um papel importante nessa probabilidade, factores esses que reforçam a ideia que a população em estudo não é uma população normal.

## Os Objectivos

A investigação persegue quatro grandes objectivos gerais:

1- o primeiro propõe-se analisar as relações entre um conjunto de variáveis psicológicas (independentes) com um conjunto de variáveis de saúde (dependentes).

**A hipótese subjacente é que há várias combinações de variáveis, susceptíveis de ter impacto positivo, de várias maneiras diferentes, na saúde:** segundo parece implícito nas investigações tradicionais que identificam factores de risco, a redução de tais factores tende a ter efeitos aditivos na prevenção da doença. Por exemplo, um indivíduo com quatro factores de risco teria maior probabilidade de ter a doença a que esses factores se referem, do que outro com um único factor de risco. O efeito na saúde corresponderia à soma do efeito protector de não ter cada factor de risco. Adoptando uma perspectiva sistémica assume-se que a combinação de variáveis não tem de ser aditiva, podendo várias combinações de variáveis contribuir de modo diferente para o resultado de saúde.

2- o segundo objectivo visa o modo como as variáveis- quer de saúde quer psicológicas- mudam ao longo da juventude e da escolaridade, e o modo com as relações entre estas variáveis mudam no mesmo período.

**A hipótese é que há mudança no resultado das variáveis independentes entre as diversas gerações de estudantes.**

3- o terceiro objectivo, visa analisar as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a população do estudo.

**A hipótese subjacente é que há diferenças significativas entre as médias dos valores das variáveis dos diversos grupos, principalmente entre sexos.**



4- o último grande objectivo, propõe-se avaliar se as variáveis psicológicas amortecem os efeitos do *stress*.

**A hipótese subjacente é que as variáveis psicológicas amortecem o impacto das situações geradoras de *stress* sobre a saúde, de tal modo que, para uma mesma situação geradora de *stress*, os indivíduos que têm características psicológicas mais positivas terão, igualmente, valores das variáveis de saúde mais positivos.**

Para além dos objectivos principais descritos, a investigação propõe-se alcançar os seguintes objectivos secundários:

1- Descrever as características da população estudantil do ensino pós-obrigatório (entre os 11 e 17 anos de escolaridade) mais especificamente:

1.1- descrever as componentes da saúde da população dos 11, 14 e 16/17 anos de escolaridade que frequenta o ensino pré-universitário e universitário oficiais, da região do Grande Porto;

1.2- descrever características psicológicas relacionadas com a saúde da população dos 11, 14 e 16/17 anos de escolaridade que frequenta o ensino pré-universitário e universitário, oficiais, da região do Grande Porto;

1.3- descrever a percepção de características ambientais da população estudantil dos 11, 14 e 16/17 anos de escolaridade que frequenta o ensino pré-universitário e universitário da região do Grande Porto;

2 - Comparar as características dos subgrupos:

2.1- comparar as características de saúde, psicológicas e a percepção do ambiente das populações dos 11, 14 e 16/17 anos de escolaridade que frequenta os ensinos pré-universitário e universitário da região do Grande Porto;

2.2- comparar as características de saúde, Psicológicas e a percepção do ambiente das populações de diferentes idades, que

frequentam os ensinos pré-universitário e universitário oficiais (entre os 11 e 16/17 anos de escolaridade) da região do Grande Porto;

2.3- descrever como mudam as características referidas, na população referida.

3 - Explicar as relações entre as características psicológicas e de saúde;

4 - Explicar se as características de cada sub-população estão relacionadas com as mudanças verificadas na característica X.

### **Composição da Tese**

A tese é composta por seis capítulos, cada um deles, por sua vez, composto por várias partes: no Capítulo I apresentam-se os princípios e os conceitos básicos subjacentes à investigação, os seus contextos histórico, geográfico e político, suas ligações, os objectivos específicos da tese, e discute-se a sua pertinência; no Capítulo II apresentam-se as variáveis consideradas na tese e a revisão da investigação sobre essas variáveis; no Capítulo III discute-se e justifica-se a escolha do modelo conceptual adoptado; no Capítulo IV descrevem-se os materiais, os métodos e os procedimentos; No Capítulo V apresentam-se os resultados; no Capítulo VI discutem-se os resultados, e salienta-se e justifica-se a sua importância e limitações. Finalmente discute as implicações para investigações futuras e para a intervenção em psicologia da saúde, sumarizam-se os resultados e apresentam-se as conclusões do estudo.

## **CAPÍTULO II**

### **AS VARIÁVEIS DA INVESTIGAÇÃO**

## INTRODUÇÃO

### PARTE A-Aspectos Psicológicos na Saúde e na Doença

História Recente da Investigação de Variáveis Psicológicas na Saúde e nas Doenças	85
---	----

### PARTE B- Variáveis Independentes da Investigação

Variáveis Independentes	92
Descrição das Variáveis Independentes	96
Comportamento/ atitudes--96	
Auto-conceito--103	
Variáveis de controlo--104	
Auto-eficácia--105	
Locus de controlo--107	
Suporte social --108	

### PARTE C -O Que Diz a Investigação Sobre as Variáveis Independentes

Comportamentos/ Atitudes	110
Comportamento e saúde--111	
Comportamento associado a doenças específicas--113	
Comportamento e mortalidade--115	
Comportamentos de promoção da saúde--116	
Consumo de tabaco--116	
Exercício físico--119	
Alimentação--122	
Programas de modificação do comportamento--124	
Comportamento e necessidades de saúde dos jovens--126	
Estabilidade dos comportamentos de saúde--126	
Relações entre comportamentos de saúde--127	
Génese dos comportamentos de saúde--129	
Auto-Conceito	130
Auto-conceito e tipo de vida--130	
Desenvolvimento do auto-conceito--131	
Auto-conceito, doenças, mal-estar e prejuízo de saúde--131	
Auto-Eficácia	133
Auto-eficácia e comportamentos de saúde e de doença--133	
Auto-eficácia e vida saudável--136	
Auto-eficácia e acção de profissionais na promoção da saúde--138	

Locus de Controlo de Saúde	138
Locus de controlo e comportamentos de saúde--140	
Locus de controlo e saúde--140	
Diferenças entre idades para o locus de controlo--142	
Locus de controlo e aderência a programas de saúde--143	
Locus de controlo e doenças--143	

Suporte Social	145
Suporte social, mal-estar, doenças e mortalidade--146	
Suporte social saúde e bem-estar--148	
Suporte social e vida saudável--151	
Suporte social e comportamento sexual--151	

## PARTE D-As Variáveis Dependentes da Investigação

Avaliar a Saúde 153	
Evolução na Avaliação da Saúde	154
Medidas de Saúde	157
Medidas de saúde com base na percepção pessoal--158	
Variáveis de Saúde da Investigação	160
Saúde física--162	
Saúde mental--162	
Saúde social--162	
Percepção geral de saúde--163	
Sintomas físicos de mal-estar--163	

## PARTE E-As Variáveis Ambientais

Ambiente	164
Percepção de capacidade económica--164	
Acontecimentos geradores de <i>stress</i> --165	
Temas preocupantes--166	

## PARTE F- As Variáveis Demográficas

Variáveis Demográficas	167
------------------------	-----

## INTRODUÇÃO

O presente capítulo propõe-se apresentar as variáveis utilizadas na investigação, discuti-las, e expor a pesquisa bibliográfica que justifica a sua inclusão no estudo. Apresentam-se, igualmente, as variáveis ambientais que, sendo variáveis independentes, são consideradas em separado, e secundárias.

O capítulo divide-se em cinco partes. Na primeira defende-se a importância crescente das variáveis psicológicas na investigação acerca da doença e saúde. Na segunda apresentam-se as variáveis adoptadas na investigação. Na terceira resume-se a investigação mais importante e, mais recente, que justifica a escolha dessas variáveis. Na parte D apresenta-se e discute-se a evolução recente das técnicas de avaliação da saúde, justifica-se a sua escolha, e apresentam-se as variáveis dependentes do estudo. Finalmente, apresenta-se o grupo de variáveis independentes, as variáveis ambientais e as variáveis demográficas.

## PARTE A

### Aspectos Psicológicos na Saúde e nas Doenças

Mais do que as coisas que acontecem no dia a dia, o que afecta a vida das pessoas é a percepção desses acontecimentos e a opinião que formam acerca deles. Com efeito, e em extremo, as coisas que acontecem no dia a dia, que não chegam ao conhecimento do indivíduo pouco o afectam. Esta perspectiva, segundo Kendal e Turk (1984), já era defendida pelo filósofo Epitetus. Se na linguagem do homem comum e no tempo de Epitetus, percepção e opinião são suficientes para explicar a totalidade do funcionamento mental, no final do século XX e no ponto de vista da psicologia, deixaram de o ser. Enquanto na idade média os aspectos subjectivos associados ao pensamento e aos sentimentos eram difíceis de estudar, a partir do século passado, concomitantemente com o nascimento da psicologia, tornaram-se objecto epistemológico desta nova ciência. A psicologia dedica-se, por definição e na generalidade, ao estudo da personalidade, entendendo-se esta, como a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo (Piéron, 1968).

Reconhece-se e aceita-se que a subjectividade influencia toda a experiência humana, nomeadamente a saúde e a doença. Do reconhecimento da relação entre aspectos psicológicos e aspectos fisiológicos até ao seu estudo vai um grande passo. Com efeito, se desde Claude Bernard é reconhecido um papel importante a esta dimensão subjectiva, na saúde e na doença, a investigação sobre esse papel só começou a ter expressão um século depois.

O retorno a uma consciência ecológica do campo da saúde, ocorrido na segunda metade do presente século, contribuiu para a aceitação do papel dos aspectos psicológicos na saúde e na doença e para os esforços

visando desenvolver técnicas que medissem esses aspectos. Uma perspectiva ecológica, ou sistémica, tem vantagens e desvantagens: se por um lado considera a complexidade do fenómeno saúde e doença, reduzindo a visão unívoca causa efeito, por outro lado, porque se trata de relações sistémicas, admite um número ilimitado de variáveis e um número ilimitado de relações. Quaisquer variáveis que sejam consideradas nesta relação deixarão sempre de fora, variáveis passíveis de serem consideradas importantes. A opção de incluir um determinado tipo de variáveis em detrimento de outras limita, relativamente, a globalidade suposta na perspectiva sistémica. As variáveis escolhidas para a presente investigação são variáveis que a psicologia tem desenvolvido nos últimos anos e que se tem demonstrado serem importantes, tanto na área da psicologia *per si* como na da saúde. .

### **História Recente da Investigação de variáveis Psicológicas na Saúde e nas Doenças.**

Num dos estudos clássicos mais antigos sobre a relação entre aspectos do comportamento individual e doença, Morris, Heady, Raffle, Roberts e Parks (1953) referiam a "provável" influência de factores psicológicos tais como "satisfação no trabalho, frustração, presença ou ausência de ansiedade, equilíbrio emocional, ou integração pessoal" (p.1118), na génese da doença coronária. Cerca de vinte anos depois, Canton (1975) criticava investigações do mesmo tipo, de Paffenbarger e Hale (1975), por estas não terem estudado variáveis psicológicas enquanto factores de risco, crítica, a que os autores não responderam.

Este tipo de estudos que analisava o impacto do comportamento (neste caso a actividade física) na génese de doenças do aparelho circulatório, na tradição da descoberta da importância do comportamento humano enquanto factor causal, centrava-se, sobretudo, em variáveis



"objectivas" (o comportamento humano era considerado em sentido estrito), e considerava as variáveis psicológicas "subjectivas". Tais estudos tendiam, na tradição biomédica clássica, a considerar a influência de microorganismos, ou microelementos, na génese das doenças: o comportamento era o microelemento. A adopção e o estudo, definitivos, por parte do modelo biomédico, de variáveis "subjectivas", teve lugar, já bem dentro da década de 80.

As investigações sobre os factores implicados na génese das doenças, principalmente nas do aparelho circulatório, doença da moda na época, eram típicas nas décadas de 50, 60 e 70. Foi só pelo final da década de 60 que começaram a realizar-se investigações que se propunham estudar, não só as variáveis que influenciavam a doença, mas também as que influenciavam a saúde. Um dos estudos típicos é o Estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983). Este teve início em 1965 e abrangeu uma amostra de 8083 indivíduos representativos da população do Condado de Alameda (*Alameda County*) nos Estados Unidos da América. A amostra foi estudada com recurso a uma metodologia *mail type*, através do preenchimento de questionários. As variáveis incluíam, já, um conjunto de dimensões psicossociais e modos de as avaliar que se desenvolveram e se tornaram típicas na década de 80. Os resultados do estudo Alameda demonstraram quanto importantes eram os aspectos subjectivos, não só para a saúde, mas igualmente, para a doença. Num dos artigos publicados com o resultado desta investigação, Kaplan e Camacho (1983) constatarem, por exemplo, que factores tão subjectivos como a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde, se associavam significativamente com a mortalidade.

Na década de 60 inúmeras investigações salientavam a importância do impacto dos acontecimentos da vida quotidiana na génese de inúmeras doenças. Holmes e Rahe publicavam, em 1967, uma escala que permitia

medir o impacto que determinados acontecimentos tinham na vida das pessoas, identificando e quantificando, assim, o *stress* a que as pessoas estavam submetidas. Esta escala - *Schedule of Recent Life Events* - lista um conjunto de ocorrências positivas (e.g. casamento), negativas (e.g. doença de um membro da família), frequentes (e.g. violação de regras de trânsito), raras (e.g. morte de um filho), cada uma delas classificada com uma nota de 1 a 100, e a medida do *stress* a que o sujeito estava submetido obtinha-se pelo somatório dessas notas. A popularidade que atingiu esta escala foi notável. Ela permitia, simultaneamente, responder a duas questões: por um lado medir dimensões subjectivas que a maioria dos médicos, desde os tempos de Claude Bernard, suspeitava influenciavam a saúde e, ao mesmo tempo, permitia fazer essa medição de forma "objectiva", (atribuição de um valor numérico a esse *stress*).

Estudos da década seguinte relativizaram os valores que eram dados pela escala de Holmes e Rahe: Kobasa (1979) numa revisão das investigações, verificou que, na maior parte, as correlações entre *stress* e doença oscilavam entre 0,20 e 0,70, com a maioria abaixo dos 0,30. Estes valores de correlação, embora estatisticamente significativos, são modestos. Este autor defendia que, perante esta modéstia, era importante inspeccionar o modo de distribuição dos resultados. As investigações que realizou permitiram constatar que havia indivíduos que estavam sujeitos a altos níveis de *stress* e não ficavam doentes enquanto outros, submetidos a baixos níveis, adoeciam. Numa investigação com indivíduos saudáveis, procurou identificar a presença de variáveis psicológicas que amortecessem o efeito dos acontecimentos que provocavam *stress*. Kobasa (1979), Kobasa, Maddi e Kahn (1982) identificaram, assim, uma constelação de características que apelidaram de "robustez" (*hardiness*), e que definiram como uma característica de personalidade dos indivíduos que, submetidos a altos níveis de *stress*, não adoeciam: a robustez

amortecia o impacto dos acontecimentos geradores de *stress*, na saúde. Estes autores identificaram os seguintes componentes da robustez: empenhamento, que se expressa como uma tendência do indivíduo para se empenhar em tudo o que faz; controlo, que se expressa como uma tendência para se sentir, e para actuar, como se pudesse influenciar os acontecimentos; desafio, que se expressa como uma crença que a mudança, ao invés da estabilidade, é normal, e que a antecipação das mudanças é um incentivo para crescer em vez de uma ameaça à segurança.

Outro autor, Aaron Antonovsky ( 1984; 1987), chegou a conclusão semelhante: observara que, durante a Segunda Guerra Mundial, prisioneiros em campos de concentração, submetidos às mesmas condições de outros que adoeciam e morriam, permaneciam saudáveis. Estudou o que seria que permitia manter com saúde indivíduos submetidos a altos níveis de *stress* e que levava à morte inúmeros outros indivíduos: descobriu que havia características psicológicas que amorteciam o impacto do *stress*. Intitulou essas características de "sentido de coerência". Este era composto por três componentes: compreensibilidade, que consistia na percepção dos estímulos como algo que faz sentido, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara, ao invés de como ruído, caótico, desordenado, accidental, inexplicável; manejabilidade que se definia pela extensão em que o indivíduo possui recursos adequados para se defrontar com os estímulos provenientes do meio; significativa, refere-se ao envolvimento e ao investimento que imprime às actividades. No mesmo sentido Turner e Avison (1992) demonstraram que a resolução bem sucedida de problemas geradores de *stress*, amortece o impacto desses problemas no bem estar individual.

Estudos realizados com animais, com protocolos experimentais rigorosamente controlados, em que se injectavam nas células dos animais

substâncias que suscitavam o aparecimento de tumores, confirmaram a relação entre *stress* e o crescimento de tumores e entre a capacidade de reduzir o *stress* e a diminuição desse crescimento. Sklar e Anisman (1979), num relato de investigações experimentais com animais submetidos a diferentes regimes de *stress*, mostraram que: o aparecimento de tumores era, significativamente influenciado pelo *stress* induzido; o tumor desenvolvia-se diferencialmente, em função da capacidade do animal evitar a situação geradora de *stress*, sugerindo como essencial, não o *stress* em si, mas a inability para lidar com o *stress*. O grupo de animais que conseguia evitar a situação geradora de *stress* retardava significativamente o aparecimento de tumores.

Outros estudos têm demonstrado relações entre o *stress* e flutuações do sistema imunitário. Por exemplo, Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf e Neale (1987), estudaram o impacto do humor diário no sistema imunitário, concluindo que os níveis de secreção de anticorpos IgA variavam tanto com o nível de humor negativo como com o nível de humor positivo. Numa revisão de investigação Borysenko (1984) conclui que se demonstrou que factores comportamentais podem alterar a imunidade e a susceptibilidade à doença.

Este tipo de estudos consolidou a importância dos factores subjectivos para a saúde e para as doenças, nomeadamente dos factores psicológicos, quer como causa de doença física quer como écran que reduz os efeitos nas doenças físicas.

## PARTE B

### Variáveis Independentes da Investigação

Nesta parte apresentam-se as variáveis adoptadas na investigação.

#### Variáveis Independentes

No presente estudo o conceito de estilo de vida é utilizado com o sentido amplo, dado pela Organização Mundial da Saúde, ou seja: como estruturas mediadoras, que reflectem a totalidade de actividades, atitudes e valores sociais (WHO, 1986). Para avaliar o estilo de vida, escolheu-se uma constelação de variáveis que se propõe reflectir essas estruturas. Esta constelação de variáveis são de dois tipos: comportamentos/atitudes e percepção de características pessoais.

No primeiro tipo incluem-se, comportamentos propriamente ditos enquanto acção observável, atitudes e suporte social. O suporte social é uma área que envolve muitas subáreas: enquanto variável independente deste estudo foram consideradas, somente, subáreas do suporte social que podem ser consideradas comportamentos, nomeadamente, a frequência das interacções com pessoas significativas, e o número de amigos. Deixaram-se de fora outras dimensões do suporte social, algumas das quais se distribuem por outras variáveis da investigação.

O segundo tipo inclui variáveis de referência pessoal, ou seja, variáveis em que o indivíduo exprime a percepção que tem sobre características pessoais não observáveis, e que são consideradas características cognitivas: auto conceito, auto eficácia e locus de controlo de saúde, cuja escolha se justificará a seguir.

As variáveis psicológicas escolhidas são clássicas em psicologia e têm relações próximas com as dimensões identificadas nas teorias de

Kobasa e Antonovsky. Elas foram escolhidas tomando em consideração os seguintes aspectos:

- a) serem variáveis que interessam as pessoas comuns, que não padecem de doenças;
- b) serem variáveis psicológicas apoiadas por uma teoria psicológica sólida;
- c) serem variáveis que a investigação tem demonstrado serem importantes para a acção humana;
- d) serem variáveis sobre as quais é possível intervir ou, que são passíveis de modificar mediante intervenção psicológica;
- e) serem variáveis que podem ser articuladas entre si
- f) serem variáveis passíveis de ser avaliadas com recurso a uma estratégia *mail type*.

Historicamente, a investigação em psicologia foi muito marcada pela doença mental, e muitas das variáveis utilizadas foram desenvolvidas para qualificar características de doença mental, no espírito da primeira revolução da saúde. A investigação sobre a saúde implica uma avaliação realizada pela positiva, pelo que as variáveis psicológicas desenvolvidas no contexto de doença mental são inadequadas.

As variáveis escolhidas para a presente investigação foram criadas no seio de teorias que se interessam pela qualificação de características de pensamento, de estilos de acção, do Homem comum. Muitas outras variáveis poderiam ser incluídas nesta formulação mas não satisfariam todas as alíneas referidas acima. Um exemplo é o nível conceptual (Harvey, Hunt & Schroeder, 1961): é uma variável que expressa o nível de complexidade cognitiva subjacente à acção individual. Postula que os indivíduos que funcionam em níveis conceptuais mais complexos têm modos de funcionar mais adequados (Bruch, Heisler & Comroy, 1981; McKibbin & Joyce, 1981; Schroeder, Driver & Streufert, 1967; Walters &

Strivers, 1977; Witherell & Erikson, 1978). É uma variável promissora que, no entanto, não satisfaz duas das alíneas, nomeadamente, é difícil de modificar e não é passível de ser avaliada numa estratégia *mail type*.

Nesta investigação assume-se que o segundo tipo de variáveis psicológicas - percepção de características pessoais- são mais importantes do que o primeiro, principalmente por serem variáveis subjectivas e por isso, mais específicas da psicologia. São, também, menos estudadas dado os contextos de saúde tradicionais tenderem a privilegiar as variáveis "objectivas". São conhecidas como variáveis de pensamentos de referência pessoal (*self-referent thoughts*): este título abrange as tácticas e os processos de controlo sobre os processos cognitivos e comportamentais. O pensamento acerca de si próprio é uma variável mediadora entre conhecimento e acção. O pensamento acerca de si próprio tem sido tematizado por inúmeros investigadores das diversas áreas e teorias da psicologia. Algumas das mais importantes têm sido a Teoria de Auto-Eficácia de Bandura (1977), a Teoria do Locus de Controlo de Rotter (1966) e a Teoria de Auto-Conceito. Enquanto as duas primeiras titulam teorias específicas, a última é mais geral e tem sido utilizada por autores provenientes de diversas correntes, ocupando uma posição importante desde os primórdios da psicologia.

A Teoria de Auto-Eficácia inclui dois componentes: a Auto-Eficácia propriamente dita, que é o julgamento pessoal que pode expressar-se na questão geral: "serei capaz de fazer bem tal coisa?", e é a dimensão da Auto-Eficácia mais importante neste estudo; a segunda componente é a Expectativa de Resultado que pode expressar-se na questão: "vale a pena fazer tal coisa?", "as consequências de tal acção são importantes?". Por sua vez o Locus de Controlo é o julgamento pessoal que responde à questão geral: "as coisas que me acontecem dependem do que eu faço?".

Finalmente o Auto-Conceito é uma apreciação do mérito pessoal e baseia-se na questão "as coisas que eu faço, faço-as bem feitas?"

Muitos dos investigadores que se interessam pela melhoria da saúde da população tendem a salientar a importância do conhecimento na acção: frequentemente, interessam-se exclusivamente pela divulgação da informação esquecendo o papel das variáveis mediadoras que estão subjacentes à acção, e sem as quais não há acção. Embora o conhecimento influencie o comportamento, é reconhecido que, sozinho, não pode explicar a sua variância. Por exemplo, a maior parte dos fumadores sabe dos malefícios do tabaco e no entanto continua a fumar: nomeadamente, a maior percentagem de fumadores, em Portugal, encontra-se entre os grupos profissionais mais instruídos e com maior conhecimento sobre os seus malefícios: segundo Pádua (1993), em Portugal, 40% dos médicos são fumadores, contra 27% de fumadores na população global. Tal não ocorre, concerteza, por os médicos não estarem informados. Se o indivíduo que sabe que fumar faz mal à saúde, achar que não é capaz de abandonar o tabaco (auto-eficácia), ou que não vale a pena deixar de fumar (expectativa de resultado), ou que tem o vício e que não tem domínio sobre ele (locus de controlo) ou que, fumar melhora a sua imagem, lhe trás mais sucesso entre o sexo oposto, ou o faz ter mais amigos (dimensões do auto-conceito), então, aquele conhecimento terá pouca importância.

A predominância de variáveis pessoais (*Self*) tende a conotar a presente investigação com a psicologia do eu. A psicologia do eu tem origem nos primórdios da psicologia, com raízes em W. James (Burns, 1984; Huber, 1977) e tem-lhe sido atribuída um papel importante na psicologia da personalidade. A presente investigação procura relações entre variáveis psicológicas e saúde e não, apenas, entre variáveis pessoais e de saúde: mais do que por um tipo específico de variáveis, interessa-se por um



conjunto de variáveis psicológicas que abranjam um leque vasto do funcionamento psicológico, pelo que não é considerada uma investigação, específica, da psicologia do eu.

### **Descrição das Variáveis Independentes**

Descrevem-se, de seguida, as variáveis independentes do estudo: comportamento/ atitudes, suporte social, auto conceito, auto eficácia e locus de controlo de saúde.

#### **Comportamento/ atitudes**

O modelo de saúde emergente na década de 70 centrou-se, fundamentalmente, na relação entre comportamentos e doenças, primeiro numa perspectiva de prevenção e depois de promoção da saúde. Não admira, por isso, que a relação entre comportamento e saúde tenha sido teorizada fora da psicologia. Um dos textos mais antigos, e já clássico nessa teorização, é o de Kasl e Cobb (1966a). Estes autores definem comportamento de saúde como "qualquer actividade empreendida por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de a detectar num estágio assintomático" (p.246). Esta definição foi utilizada nas décadas de 60 e 70, em inúmeras investigações que visavam a prevenção da saúde, no espírito, portanto, da primeira revolução da saúde. Era uma definição centrada na doença: seria comportamento de saúde se adoptasse um comportamento que o pessoal médico definia como saudável.

Desenvolvimentos posteriores da noção de comportamento passaram a considerar a sua importância do ponto de vista das pessoas (Feurstein, Labbé & Kuczmierczyk, 1986), e a interessar-se pelo que a maioria das pessoas consideravam actividades saudáveis ao invés do que os profissionais de saúde consideravam. Nesta perspectiva, Harris e Guten (1979) defendem que "todas as pessoas adoptam alguns comportamentos

com a intenção de proteger a saúde, quer estes sejam ou não aprovados medicamente e sejam, ou não, eficazes" (p.18). Estes autores defendem que, nesta nova perspectiva, a definição de Kasl e Cobb era insuficiente, e sugeriram uma nova definição associando comportamento e saúde que intitularam de "comportamento protector de saúde". Definiram-no do seguinte modo: "Qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde que tem ou pensa ter, com vista a proteger, promover ou manter a saúde, quer tal comportamento seja, ou não, objectivamente eficaz para atingir tal fim" (Harris & Guten, 1979, p.18). Conduziram uma investigação visando identificar os comportamentos protectores de saúde que as pessoas adoptavam. Através da análise de padrões (*cluster analysis*) identificaram cinco grupos de comportamentos:

a) práticas de saúde, tais como, dormir em quantidade e qualidade suficientes, relaxar, comer de forma razoável, fazer exercício moderado, evitar excesso de trabalho, evitar resfriados, limitar o consumo de certos alimentos, vigiar o peso;

b) práticas protectoras de saúde, tais como, consertar as coisas (degraus partidos, cadeiras desequilibradas, etc), verificar o bom estado de funcionamento dos utensílios, ter um estojo de primeiros socorros, ter à vista os principais números de telefones de emergência;

c) cuidados preventivos de saúde, tais como, verificar periodicamente a pressão arterial, a saúde oral e o estado de saúde em geral;

d) evitar os riscos do meio ambiente, tais como, áreas perigosas, por exemplo, zonas de crime ou áreas de poluição;

e) evitar substâncias perigosas, tais como, tabaco e bebidas alcoólicas.

Numa investigação que analisa o modo como os comportamentos de saúde se agrupam, baseada na análise factorial dos dados do estudo Alameda, Tall e Goldenthal (1982) verificaram que eles se agrupavam em

três factores: o primeiro factor reflectia as actividades de promoção da saúde; o segundo as actividades que visavam evitar riscos; o terceiro, a falta de consciência da necessidade de boas práticas de saúde.

Estas maneiras de conceptualizar o comportamento na saúde tendiam a ser dominadas pelo modelo da primeira revolução da saúde, ou seja orientadas para doença. Posteriormente, outros autores estabeleceram diferenças entre os comportamentos protectores de saúde, realizados por iniciativa pessoal, dos realizados por recomendação de profissionais de saúde. Faziam, ainda, a distinção entre mudança de estilo de vida e tratamento: o primeiro applicava-se a comportamentos protectores de saúde realizados por indivíduos saudáveis, e o segundo, a comportamentos realizados por indivíduos doentes (Anderson, 1988). Segundo este autor, tem havido uma tendência para utilizar o termo "comportamento de saúde" para referir as actividades baseadas na opinião de especialistas médicos, independentemente de saber se a actividade é intencional, realizada em consciência, ou não. Também, raramente se utiliza o termo "comportamento de saúde" para designar actividades ligadas ao ambiente, ou à colectividade (por exemplo, actividades que evitem a poluição, ou actividades que tornem a cidade mais habitável).

Recentemente McQueen (1988), defendia que, quando se pretender estudar a relação entre comportamento e saúde, devem-se considerar três elementos: a) a natureza do desenvolvimento humano; b) o papel do meio ambiente social e físico, e; c) a interacção do desenvolvimento humano com o meio ambiente.

Entretanto têm sido apresentadas outras definições de comportamento associado à saúde, tais como, comportamento de *Wellness* (sem tradução), comportamento preventivo de saúde, comportamento de risco, comportamento de cuidados pessoais, comportamento de planeamento familiar, comportamento de saúde parental, comportamento

social relacionado com a saúde, hábitos de saúde, práticas de saúde, Anderson (1988), Green (1984). O termo comportamento aparece associado a muitos outros conceitos nascidos do modelo biomédico: é o caso por exemplo, de epidemiologia comportamental (Heggenhougen & Shore, 1986; Kaplan, 1985; Mason & Powell, 1985), de imunologia comportamental (Antonovsky, 1984; Borysenko, 1984), comportamentos patogénicos ou factores de risco comportamentais para se referirem aos comportamentos que são susceptíveis de conduzir a doenças (Hogelin, 1988; Kokény, Ajkay & Bogнар, 1988; Matarazzo, 1984).

Adoptando a definição de McQueen (1987; 1988) os comportamentos associados à saúde podem resumir-se a três tipos:

a) comportamento de exaltação da saúde: são os que visam a promoção da saúde, ou seja, aqueles que são implementados, conscientemente, com o propósito de melhorar o nível global de saúde;

b) comportamentos de manutenção de saúde: são os de prevenção da saúde, tais como controlo de pressão arterial, planeamento familiar, vacinação, etc., e os de protecção da saúde, tais como controlo de agentes tóxicos, prevenção rodoviária, impacto ambiental, etc:

c) comportamentos de prejuízo de saúde: são os que são prejudiciais à saúde, tais como fumar, beber exageradamente, medicar-se sem acompanhamento médico, etc.

Outro termo de ligação entre comportamento e temas médicos é "comportamento de doença". Este não é sinónimo de comportamento de prejuízo de saúde: segundo Kasl e Cobb (1966a) comportamento de doença é "qualquer actividade empreendida por uma pessoa que se sente doente, de modo a clarificar o seu estado de saúde e descobrir remediação a seguir" (p.246). O que estes autores chamaram comportamento de doença pode, de certo modo, ser considerado comportamento de exaltação da saúde, no sentido em que pode conduzir o indivíduo de um estado de

mal estar para o de bem estar. As principais actividades características deste comportamento, consistem em queixar-se, pedir conselhos a familiares e a amigos, ou consultar técnicos de saúde.

Uma questão que se coloca é a de saber se os comportamentos são fáceis de mudar. McQueen (1987), explica que as actividades habituais, rotineiras, dispensam o processamento cognitivo complexo. Um hábito é um padrão de acção caracterizado por automatismos, baixo nível de consciência, e potencialmente independente de reforço. Os comportamentos de fumar, beber exageradamente, comprar comida, cozinhar, fazer ou não exercício, etc, são comportamentos deste tipo, constituindo fluxos comportamentais rotineiros, relativamente estáveis e previsíveis, que tendem a resistir à mudança. A mudança de hábitos é um objecto central da segunda revolução da saúde. Lalonde (1974) explicava que:

enquanto é fácil convencer uma pessoa que tem dores a consultar um médico, não é fácil levar alguém que não sofre, a moderar hábitos insidiosos no interesse do seu bem estar futuro. Também não é fácil fazer mudanças ambientais que causem inconveniente social, quando os benefícios dessas mudanças atingem desigualmente a população, e só são observáveis a longo prazo. A perspectiva de que os canadianos têm o direito a "escolher o seu próprio veneno" está profundamente arreigada (p.6).

No entanto, segundo McQueen (1987), há evidência de que ocorrem mudanças espontâneas quando algumas actividades rotineiras são trazidas à consciência por períodos prolongados de tempo, de tal modo que se tornem conscientes e se tornem problemáticas. Ocorre, por exemplo em conjugação com mudança de ambiente em que o comportamento costuma ser praticado. Por exemplo, se um fumador passa a viver com um não-fumador, as acções rotineiras são reavaliadas, e pode conduzir a mudança

de comportamento. Parece que mudar de hábitos é muito difícil quando se trata de obrigar as pessoas a fazê-lo, mas que é muito fácil quando o próprio está disposto a isso e a mudança está integrada numa mudança mais vasta: não é só, por exemplo, deixar de fumar, é também mudar as relações, as concepções, o ambiente, é enfim, mudar o estilo de vida.

Os técnicos que se interessam pela alteração dos hábitos de vida com a intenção de promover a saúde cometem dois tipos de erros: ou consideram que a mudança de hábitos ocorre quando as pessoas estão informadas, reduzindo as suas actividades ao fornecimento de informação, ou envolvem-se na modificação do comportamento tomando este em sentido estrito. Com efeito, muitos técnicos e dirigentes políticos acreditam que a educação (normalmente considerada como fornecimento de informação) é a solução para a nova epidemia comportamental. Se tomada em sentido lato (por definição, os objectivos da educação visam promover o desenvolvimento harmonioso da personalidade, conforme está expresso no ponto 2 do Artigo 73º da Constituição da República Portuguesa, decalcado da Carta das Nações Unidas), a educação tornaria os indivíduos mais críticos, melhores actores sociais, com maior capacidade de participar na vida democrática, etc. No entanto tal não ocorre, e a educação é, frequentemente, considerada sinónimo de informar. Ora, a informação é importante mas não suficiente. Por outro lado, comportamento tomado no sentido estrito é pouco útil para mudar os hábitos lesivos da saúde.

A lógica subjacente ao modelo biomédico e à primeira revolução da saúde tende a ver relações unívocas entre causa e efeito: ou seja, se um comportamento conduz ou está associado, a uma doença, deve-se mudar o comportamento. Se fumar provoca cancro, tem de se deixar de fumar. A estratégia que é normalmente adoptada consiste em repetir mensagens dizendo que fumar mata, mensagens que são consideradas, do ponto de vista da publicidade, pouco eficientes. A segunda revolução da saúde



trouxe uma perspectiva multicausal, ecológica, que considera irrelevantes mudanças isoladas: nesta perspectiva, ao invés de tentar mudar o comportamento de fumar isoladamente, deveria implementar-se uma constelação de actividades conjuntas. A par de informação sobre a relação entre o tabaco e a saúde (ao invés de ameaças) propor-se-iam, medidas legislativas, e promover-se-iam actividades alternativas não associadas ao fumar. Por exemplo, em vez de escolher o jazz, actividade que é normalmente associada ao tabaco, podia promover-se a música clássica que não está associada ao tabaco: podiam promover-se visitas a locais históricos dos arredores da cidade, feitos em bicicleta, viagens arquitetónicas à cidade, a pé ou de bicicleta, mantendo, assim, a associação entre actividades culturais e saúde, promovendo práticas de saúde que tendem a ocorrer conjuntamente.

O termo "comportamento" pode tomar vários sentidos em diferentes níveis (Schwartz, 1982), consoante é considerado no contexto da teoria comportamentalista, no da psicologia em geral, no das ciências e das artes em geral e, finalmente, no da teoria dos sistemas. Na perspectiva da teoria comportamentalista, comportamento refere-se a uma sub-área da psicologia em que se salientam, a aprendizagem e onde só contam as actividades observáveis. Na perspectiva da psicologia em geral, refere-se ao estudo do comportamento dos organismos, definidos de forma ampla, constituindo a totalidade do objecto da psicologia: a psicologia seria a ciência do comportamento. Na perspectiva das ciências e das artes em geral, refere-se ao comportamento dos organismos de forma ampla e engloba todas as disciplinas ou ciências que lidam com o comportamento, não apenas a psicologia mas também a antropologia, a sociologia, a ciência política, etc. Na perspectiva da teoria dos sistemas, refere-se ao estudo do comportamento dos sistemas, não apenas dos organismos: todas

as disciplinas científicas, incluindo a física, a química, a biologia, a psicologia, são consideradas como ciências do comportamento.

A perspectiva adoptada na presente investigação tende a considerar comportamento na última perspectiva. Sendo o comportamento objecto epistemológico da psicologia, esta tende a definir comportamento de forma mais geral que a saúde. Por comportamento, entende-se: "o conjunto de acções que os organismos exercem sobre o meio ambiente para o modificar ou para alterar a sua situação relativamente a ele. (...) o comportamento conduz a interiorizações representativas, como no caso da inteligência humana em que as acções se prolongam em operações mentais" (Piaget, 1976, p.7). Esta definição reenvia para uma perspectiva da psicologia, que se pretende ecológica, sistémica, que reflecta o, e se reflecta no, contexto em que o comportamento ocorre e em que o indivíduo se desenvolveu.

### **Auto-conceito**

Em termos gerais o auto-conceito consiste na percepção que o indivíduo tem de si próprio (Byrne, 1984). É uma variável psicológica que tem sido estudada, desde sempre, na psicologia, e que, de certo modo, é considerada em todas as perspectivas teóricas. Em termos de saúde é considerada uma variável fundamental, subjacente ao estilo de vida. Por exemplo, Rentmeester e Hall (1982) afirmam que esta variável é a que mais influencia o estilo de vida e os comportamentos de prejuízo de saúde.

O auto-conceito tem sido discutido como um pensamento de referência pessoal, e tem sido definido como uma imagem pessoal global, multifacetada e compósita, que inclui percepções em áreas específicas, tais como grupo de pares, outros significativos, ou capacidade física, e que tem, presumivelmente, uma grande influência no comportamento em geral (Schunk & Carbonari, 1984). Segundo Byrne e Shavelson (1986), a sua



estrutura é multidimensional, hierarquizada e torna-se mais complexa com a idade. A percepção de si próprio tem origem nas relações com as pessoas que são importantes do ponto de vista afectivo, e em todas as experiências vividas no meio social. Ao contrário da Auto-Eficácia que é um pensamento específico da situação, o Auto-Conceito é generalizado. Acerca da relação entre estas duas variáveis Schunk e Carbonari (1984), admitem como hipótese que "indivíduos que têm um Auto-Conceito mais positivo, geralmente abordam as situações com uma perspectiva de eficácia maior (p.232)", mas que, não parece haver uma relação automática entre o Auto-Conceito e a maneira como as pessoas processam, cognitivamente, informações de eficácia quando se envolvem numa tarefa. Mesmo pessoas com um Auto-Conceito elevado sentir-se-ão relutantes em persistir numa tarefa se lhes faltar sentido de eficácia.

A escala que será utilizada para medir o auto-conceito, avalia um constructo que os seus autores intitulam de "competência pessoal" e que, segundo Lefcourt (1992), se pode incluir num conjunto de variáveis que lidam com o controlo e a causalidade.

### **Variáveis de controlo**

A importância destas variáveis para a saúde remontam à década de 60. Em 1966, os psiquiatras Schmale e Iker, verificaram que os sentimentos de perda de controlo podiam estar relacionados com resultados de saúde negativos e podiam ter um papel na etiologia da doença (Pomerleau & Rodin, 1986). O locus-de-controlo nasceu, formalmente, em 1966 e a Auto-Eficácia em 1977, ambas no seio da Teoria da Aprendizagem Social. No entanto os dois constructos são distintos, tanto conceptual como empiricamente (Bandura, 1991). Segundo este autor, a percepção de auto-eficácia diz respeito às crenças que os indivíduos têm acerca da sua capacidade para organizar e executar determinadas acções, enquanto o

locus de controlo se refere à crença de que controlam (ou não) as causas que estão subjacentes à sua acção. Bandura refere que as correlações entre estas variáveis variam entre -0,22 e 0,11. Há outras teorias psicológicas que colocam o controlo em posição privilegiada, e que explicam os processos cognitivos de controlo, como é o caso por exemplo das teorias de inspiração constructivista. Lefcourt (1992) coloca o constructo de competência pessoal na área das variáveis de controlo. A competência pessoal é um constructo de inspiração cognitivista, da autoria de Harter e Connel (1984), autores do grupo que criou a escala que será utilizada na presente investigação para avaliar o auto-conceito

### Auto-eficácia

A auto-eficácia foi uma das variáveis mais promissoras que emergiu nos últimos anos quer na área específica da promoção e protecção da saúde, quer na da prevenção das doenças e na da emediação. Nascida em 1977 com Bandura, é das que, em estudos de revisão recentes, têm evidenciado a importância do constructo (O'Leary 1985; 1992; Schunk & Carbonari 1984; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock 1986). Refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de *stress*. A percepção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos padrões de pensamento, e nos aspectos emocionais; a percepção de eficácia influencia a escolha das actividades e dos ambientes ou situações; determina, igualmente, quanto esforço o indivíduo vai dispendir, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências; a percepção acerca da capacidade própria influencia, ainda, os processos de pensamento e as reacções emocionais antes das, e perante as situações.

As pessoas tendem a evitar situações que crêem exceder as suas capacidades, e a enfrentar aquelas com que se julgam capazes de lidar. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia mais vigoroso e persistente o esforço: aqueles que se julgam incapazes de lidar com as exigências da situação evitam envolver-se nela com as mais variadas justificações. Estas preocupações dificultam a acção e distraem a atenção da tarefa para a centrar em si próprio. (Bandura, 1981; 1982).

A auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1977, 1981, 1982, 1983). A teoria postula que a percepção que as pessoas têm das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (O'Leary, 1985). A motivação refere-se à activação e persistência do comportamento: a actividade cognitiva suporta-a. Este suporte tem por base duas fontes: a representação cognitiva de resultados futuros, a definição de objectivos, e a avaliação da realização pessoal (Bandura, 1977). Segundo Bandura, esta teoria baseia-se na assunção de que os processos psicológicos, seja de que forma for, medeiam a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal. A teoria distingue expectativa de eficácia de expectativa de resultado. "A expectativa de resultado define-se como a estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado. A expectativa de eficácia é a convicção de que ele próprio consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir tais resultados" (Bandura, 1977, p. 193). Expectativa de resultado e de eficácia diferenciam-se porque os indivíduos podem acreditar que determinada acção conduz a determinado resultado, mas, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade para realizar essa acção, a crença inicial não influencia o seu comportamento. As expectativas acerca das capacidades pessoais

influenciam tanto a iniciação, como a persistência do comportamento uma vez este iniciado.

As expectativas de eficácia poderão, eventualmente, afectar a própria tentativa de enfrentar as situações e a escolha dos locais de acção. Por exemplo, um indivíduo que duvide das suas capacidades para praticar exercício físico, independentemente das suas possibilidades reais, evitará frequentar *health-clubs*, e mais facilmente escolherá locais em que as práticas normais incluem comportamentos de prejuízo da saúde. No entanto, as expectativas, só por si, não são suficientes para a realização desejada: é necessário o indivíduo dominar um conjunto mínimo de praxias. Mas, se o indivíduo dominar as praxias e tiver os incentivos necessários, as expectativas de eficácia são os principais determinantes das suas escolhas, de quanto esforço vai desenvolver, e durante quanto tempo vai persistir perante situações frustrantes.

O'Leary (1992) explica que a auto-eficácia afecta a saúde de duas maneiras distintas: a primeira é através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, na medida em que indivíduos com elevada percepção de auto-eficácia adoptam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e modificam mais facilmente comportamentos de prejuízo de saúde; a segunda maneira é através da resposta fisiológica ao *stress*, reduzindo o seu impacto negativo.

### Locus de controlo.

Esta variável está subjacente ao comportamento, caracterizando a percepção que o indivíduo tem de "que um reforço sucede ao, ou é contingente ao seu comportamento, *versus* a percepção que tem, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e que pode ocorrer independentemente da sua acção" ( Rotter, 1966, p.1) ou seja, que há uma relação causal entre o comportamento e as suas consequências ou, pelo

contrário, que o comportamento é determinado por forças que lhe são exteriores e, portanto as consequências do seu comportamento são atribuídas a essas forças, tais como, sorte, destino, acidente, fé, outras pessoas, etc. Aos que atribuem as causas do seu comportamento a causas que controlam diz-se que têm um locus interno. Aos que atribuem a causas que não controlam diz-se que têm um locus externo.

O locus de controlo insere-se na teoria da aprendizagem social: esta fornece uma explicação teórica sobre a natureza e os efeitos do reforço. Segundo ela, um reforço actua para fortalecer a expectativa de que um comportamento particular ou um acontecimento será seguido, no futuro, por esse reforço. Uma vez criada a expectativa da sequência comportamento-reforço, falhas na ocorrência desse reforço diminuem as expectativas. Como hipótese geral, a teoria defende que, quando o reforço não é percebido como contingente ao comportamento, a sua ocorrência não fortalece a expectativa da mesma maneira que quando ele é percebido como contingente. O locus de controlo de saúde consiste numa aplicação à saúde da teoria de Rotter.

### **Suporte social**

Suporte social define-se como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, p.127). Esta variável engloba um grande conjunto de conceitos. Cobb (1976) num texto clássico, define suporte social como informação pertencente a uma de três classes:

1- informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele;

2- informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor;

3- informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

O âmbito vasto do social é aceite, indiscutivelmente, como importante para a saúde e para a doença, mas não é claro o que é que é social no social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, Cassel & Gore, 1977; Taylor, 1990). Com efeito, a investigação tanto se refere a aspectos objectivos do social tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), como a aspectos subjectivos tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida. Wethington e Kessler (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de 1269 indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objectivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção.

As escalas utilizadas para avaliar as diferentes variáveis reflectem a panóplia de social que há no social: tanto se encontram sub-escalas que se referem ao social, no auto-conceito, como nos temas preocupantes, variáveis que não foram desenhadas para avaliar o social. Nesta investigação são consideradas como variável psicológica os aspectos comportamentais do social que em psicologia são normalmente chamadas "habilidades sociais": estas referem-se a aspectos práticos do social, no espírito dos *social skills*, abordando o número de amigos que tem, que visita, e a frequência desses contactos. Esta variável é incluída na classe dos comportamentos, diferenciando-se, assim do grupo de variáveis de pensamento de referência social.

## PARTE C

### O Que Diz a Investigação Sobre as Variáveis Independentes

Nesta parte apresentam-se os resultados da investigação que justificam a sua adopção num estudo acerca da saúde. As variáveis serão apresentadas pela ordem em que apareceram na parte B: comportamento; auto-conceito, auto-eficácia, locus de controlo e suporte social. Algumas das investigações surgirão referenciadas mais de uma vez, uma por cada variável a que dizem respeito, dado ter-se optado por referir os estudos por variável.

A descrição que se apresenta a seguir resulta de uma pesquisa em que foram privilegiadas as referências mais recentes, as que incluíam maior número de sujeitos, e as que se referiam a situações mais variadas, tanto no que diz respeito à saúde como à doença, embora privilegiando as primeiras.

#### **Comportamentos/ Atitudes**

As ligações entre comportamento e saúde ganharam notoriedade na segunda metade deste século. A sua relação histórica com a mortalidade, morbilidade e saúde está descrita (Anderson, 1988; Armstrong, 1988; Matarazzo, 1980; 1982; 1984; Ribeiro, 1989). Apesar das investigações variarem quanto ao modo como concebem o comportamento, parece haver a tendência para o considerar como unidades discretas e observáveis. As investigações cujos resultados se apresentam de seguida, tanto se referirão à promoção e protecção da saúde como à prevenção e remediação da doença, como às crianças pequenas, aos adultos ou aos idosos, como a profissionais ou a estudantes, como a homens ou a mulheres. Finalmente, aparecerá muitas vezes o termo "estilo de vida" que foi, nessas investigações, utilizado para descrever unidades discretas e observáveis de

acção e, enquanto tal, é sinónimo de comportamento: por isso, a investigação com ele relacionada será apresentada como comportamento. A predisposição para realizar determinado comportamento, a atitude, será igualmente considerada dentro desta área, dado a investigação diferenciar mal a acção da predisposição para a acção.

### **Comportamento e saúde**

Um dos estudos que mais impacto tem tido sobre as concepções de saúde, doença e idosismo foi um artigo publicado por Belloc e Breslow em 1972, sobre a amostra do estudo Alameda. Este artigo, que estudava a relação entre a prática de comportamentos de saúde (padrão de sono, alimentação, exercício físico, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sendo alguns subdivididos em mais de uma categoria) e a saúde (medida a partir de incapacidade, condições crónicas, sintomas, nível de energia, e deterioração física), de pessoas de diferentes idades, concluem que o estado de saúde física dos indivíduos de mais de 65 anos, que praticavam os sete comportamentos de saúde da lista, era aproximadamente o mesmo que o dos indivíduos do grupo etário 35-44 anos que praticavam três ou menos desses comportamentos: o mesmo se verificava quando se comparavam os indivíduos do grupo etário 55-64 com os do grupo 25-34. Os mais idosos que praticavam todos os comportamentos de saúde tinham uma saúde equivalente aos mais novos que praticavam, apenas, três ou menos desses comportamentos. Wilkes (1985) verifica, numa população de mulheres reformadas, que a percepção de bem-estar estava associada, entre outros, a comportamentos de saúde tais como, exercício físico e alimentação. Guralnik e Kaplan (1989), num estudo que se propunha identificar os preditores de envelhecimento saudável, em 841 indivíduos da população do estudo Alameda, iniciado em 1965 e que, em 1984 tinham mais de 65 anos de idade, constataram que os indivíduos que não



fumavam, que mantinham o peso dentro de valores razoáveis, e que consumiam quantidades moderadas de álcool, tinham mais saúde. Waller e Bates (1992), numa investigação que visava identificar variáveis associadas a uma vida saudável, numa amostra de 57 indivíduos que tinham entre 66 e 88 anos, que eram particularmente saudáveis segundo critérios claramente definidos pelos autores, e não sofriam de doenças, verificaram que a maioria dos indivíduos praticava comportamentos de saúde tais como exercício físico, não fumar, não abusar de bebidas alcoólicas, bons hábitos alimentares, entre outros. Reed (1983), numa amostra de 542 indivíduos de ambos os sexos, identifica um conjunto de comportamentos relacionados com o estado de saúde, medido pela ausência de doença. Os comportamentos identificados confirmam os encontrados por Berkman e Breslow (1983) no estudo Alameda. Abel, Cockerham, Lueschen e Kunz (1989), examinaram o efeito da adopção de estilos de vida saudáveis de 349 homens, na avaliação que faziam da sua saúde. Os resultados mostraram que os não fumadores, que praticavam exercício físico e verificavam regularmente a sua saúde, se consideravam de muito boa saúde. Os resultados mostraram ainda que os indivíduos com mais instrução faziam mais exercício físico e fumavam menos. Paffenbarger, Hyde, Wing, Hsieh (1986) examinaram a relação entre actividade física e outras características do estilo de vida, e mortalidade e duração de vida, de 16936 homens, alunos da Universidade de Harvard (idades entre 35-74 anos). Verificaram que o exercício físico tal como, andar, subir escadas, praticar desporto, tinha uma relação inversa com a mortalidade total, principalmente com a mortalidade devida a doenças do aparelho cardiovascular ou a causas respiratórias. Os riscos eram maiores para os fumadores, para os que tinham excesso de peso com hipertensão, cujos pais tinham morrido cedo. Pela idade dos 80 anos a duração de vida adicional para os que se exercitavam, em comparação com os que não o

faziam, era de um a mais de dois anos. Pomrehn, Wallace, e Burmeister, (1982) numa análise de 62000 mortes ocorridas entre 1964 e 1978, em homens entre os 20 e 64 anos, concluíram que os indivíduos que praticavam exercício físico vigoroso, e consumiam pouco álcool e tabaco, tinham menos probabilidade de morrer devido a doença isquémica do coração. Miller, Golaszewski, Pfeiffer, Edington, (1990) analisaram os dados provenientes de 21325 membros de uma grande empresa, visando detectar os factores de risco do estilo de vida. Verificaram que havia interdependência entre comportamentos de saúde, que o estilo de vida afectava a saúde física, e que a satisfação com a vida e a actividade física que praticavam predizia o modo como avaliavam a sua saúde física. Chi (1986), avaliou o bem-estar de 218 trabalhadores rurais com idade média de 35 anos. Os resultados indicaram que a variação no bem-estar era função do estilo de vida, do suporte social, das condições de habitação e três variáveis pessoais (idade, sexo e educação). Wiley e Camacho (1980) num estudo sobre 3892 indivíduos, que procurava prever o estado de saúde nove anos depois, a partir de cinco aspectos do estilo de vida (consumo de tabaco, consumo de álcool, exercício físico, horas de sono por noite, peso relativamente à altura) verificaram a existência de relação significativa entre comportamentos adequados de saúde e o estado de saúde após esse período.

### **Comportamento associado a doenças específicas**

Basen-Engquist e Parcel (1992) num estudo sobre 1720 estudantes em que 76% tinham 15 ou 16 anos, visando identificar os factores que estavam associados à protecção de doenças sexualmente transmissíveis, verificaram que as intenções (variável semelhante à atitude) era uma das variáveis que melhor explicava a frequência de uso de preservativos e que melhor se relacionava com o número de parceiros sexuais. Siegel,

Mesagno, Chen, Christ, (1989) estudaram os factores que diferenciavam homossexuais masculinos que adoptavam práticas sexuais seguras dos que as não adoptavam, em 100 indivíduos sem sintomas de doenças. Os dados foram recolhidos durante dois anos e consistiam em entrevistas, realizadas por entrevistadores homossexuais, com intervalos de seis meses. As medidas incluíam suporte social, estilo de vida, auto-estima, uso de drogas e álcool, conhecimento acerca da SIDA, crenças acerca da saúde e comportamento sexual. Os aspectos relativos ao suporte social e à utilização de drogas eram as variáveis que melhor distinguiram os dois grupos. A percepção de dificuldade em modificar o comportamento sexual era outra das variáveis que diferenciava os dois grupos. West, e Evans,(1986) analisaram dados retrospectivos provenientes de 349 indivíduos que sobreviveram 10 anos a enfarte do miocárdio: estudaram o seu estilo de vida (fumar, dieta, exercício, peso, medicamentos e tratamento) desde que deixaram o hospital, em comparação com um grupo de 277 indivíduos utilizados como grupo de controlo. Os sobreviventes do enfarte de miocárdio, antes do enfarte fumavam mais, pesavam mais, e exercitavam-se menos, do que o grupo de controlo. Após os 10 anos de sobrevivência tinham feito mais mudanças positivas na dieta (comiam menos manteiga, açúcar, bolos e bebiam menos leite), tomavam mais medicamentos e eram mais ansiosos e deprimidos e continuavam a exercitar-se menos que o grupo de controlo. Wu, Paganini-Hill, e Henderson (1987) num estudo longitudinal de 11888 indivíduos, seguidos durante quatro anos e meio, em que 126 desenvolveram cancro colorectal, verificaram que, nos homens, o risco desse desenvolvimento era maior para os que ingeriam álcool, e menor para os que praticavam exercício físico. Castro, Newcomb e Cadish (1987) constataram que, comparando uma amostra de consumidores regulares de cocaína com outra, equivalente, de não consumidores, os indivíduos pertencentes à primeira, evidenciavam, de

modo significativamente mais elevado, comportamentos prejudiciais de saúde, tais como beber mais bebidas alcoólicas, tomar mais café, alimentação mais desequilibrada, vida diária mais desorganizada, e menos actividades relaxantes. O grupo de consumidores tinha, igualmente, uma percepção de saúde mais baixa.

### **Comportamento e mortalidade**

Belloc (1973), com a população do estudo Alameda, num estudo longitudinal, verificou que o número de comportamentos de saúde (não fumar, peso adequado para a altura, beber moderadamente, horas de sono, regularidade das refeições, exercício físico) estavam altamente relacionados com a mortalidade. Haan, Kaplan & Camacho (1987), num estudo em que se propõem investigar o impacto do estatuto sócio-económico na saúde constataram que os comportamentos associados à saúde, tais como consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, variações de peso (excesso ou baixo peso), actividade física, estavam significativamente associados aos índices de mortalidade. Shaten, Kuller e Neaton (1991) numa investigação longitudinal que durou 10,5 anos, sobre a população do *Multiple Risk Factor Intervetion Trial* (MRFIT), constataram que os indivíduos que tinham comportamentos que a investigação tem demonstrado estarem associados à doença, têm maior probabilidade de falecer, principalmente se os comportamentos estiverem associados ao consumo de tabaco. Wingard, Berkman, e Brand (1982) num estudo sobre 4725 indivíduos do estudo Alameda, constataram que cinco comportamentos de saúde (não fumar, consumo baixo de álcool, exercício físico regular, dormir 8-9 horas por noite, peso adequado para a altura) estavam associados a baixa mortalidade.

## **Comportamentos de promoção da saúde**

O tabagismo, o exercício físico e a alimentação pertencem ao grupo de comportamentos que são designados de modo específico na promoção da Saúde (McGinnis, 1991) e, por essa razão, serão apresentados em separado.

### Consumo de tabaco

O *Centers for Disease Control* dos Estados Unidos, apresentou, no Jornal da Associação Médica Americana (1989), um relato do *National Health Interview Survey of Cancer Epidemiology and Control* em que concluía que o tabaco era responsável por uma de cada seis mortes, anualmente, nos Estados Unidos. Taylor (1990) refere que 25% de todas as mortes por cancro, e cerca de 350000 mortes prematuras por ataque cardíaco, podiam ser evitadas anualmente, nos Estados Unidos, se se deixasse de fumar. Peto, Lopez, Boreham, Thun e Heath (1992) afirmam que o fumar causa, ainda, mais mortes por outras doenças do que por cancro no pulmão.

O consumo de tabaco é o comportamento cujos efeitos sobre a saúde mais têm sido estudados e cujos resultados recolhem mais concordância. Por essa razão é um dos comportamentos que está mais restringido por lei e, paradoxalmente, dos que mais contribui para o orçamento dos estados: em Portugal, os valores dos impostos provenientes do tabaco excedem os 100 milhões de contos. Destes 100 milhões o estado dá uma muito pequena fatia para a investigação sobre as doenças que ele provoca. As cerca de 17000 pessoas que, em Portugal, provavelmente, não morreriam este ano se não se fumasse não é suficiente para alterar a política. Como sugerem Draper, Best e Dennis (1977), a escolha entre a saúde da economia e a saúde da população não oferece dúvidas: em linguagem popular poderia dizer-se "vão-se os dedos fiquem os anéis".

Kuller, Ockene, Meilahn, Wentworth, Svendsen e Neaton (1991) num estudo de actualização dos dados sobre o impacto do tabaco, numa amostra de 361662 participantes do *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), concluem que há uma relação, clara, entre fumar e mortalidade e entre fumar e acidentes vasculares cerebrais. Num estudo continuado durante 10 anos, constataram que deixar de fumar tinha efeitos positivos, rápidos, sobre a doença coronária, mas que não era reversível para o cancro do pulmão. LaCroix, Lang, Scherr, Wallace, Cornoni-Huntley, Berkman, Curb, Evans e Hennekens (1991) num estudo longitudinal da relação entre consumo de tabaco e mortalidade, em 7178 indivíduos com mais de 65 anos de idade, concluem que os fumadores morriam numa proporção duas vezes superior aos não fumadores, que o risco relativo para as doenças cardiovasculares era 2,0 e para o cancro no pulmão de 2,4, e que, deixar de fumar aumentava a expectativa de vida nos idosos, com os ex-fumadores a reduzirem o risco para o nível dos não fumadores no que diz respeito às doenças cardiovasculares, mas a manterem-no para o cancro. Hermanson, Omenn, Kronmal, e Gersh, (1988), num estudo sobre o impacto de deixar de fumar nas doenças cardíovasculares, em 1893 indivíduos de ambos os sexos com doença coronária, concluem que deixar de fumar diminui o risco de morte por enfarte de miocárdio, tanto em pessoas novas como em pessoas idosas. Shaten, Kuller e Neaton (1991) numa investigação longitudinal que durou 10,5 anos, sobre a população do *Multiple Risk Factor Intervetion Trial* (MRFIT), constataam que os fumadores têm maior probabilidade de falecer, devido a todas as causas, que os não fumadores. Tsai, Cowles e Ross (1990) num estudo realizado no âmbito do *shell's health surveillance*, abrangendo 7863 trabalhadores, que visava, entre outras, a relação entre comportamento tabágico e morbidade, verificaram que os fumadores tinham mais doenças em geral, mais doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório, e que abrangia tanto os

homens como as mulheres; tinham, também, maior probabilidade de ter acidentes motorizados e não motorizados. A abstinência ao trabalho, num período de três anos, era maior para os fumadores.

Numa revisão em que fazem o ponto da situação sobre o impacto do tabagismo na saúde e nas doenças, Eriksen, LeMaistre e Newell (1988) referem que dos cerca de 3800 componentes identificados no fumo do tabaco, a maioria é cancerígena. Chamam a atenção, especialmente para os fumadores passivos: o fumo inalado pelos não fumadores é diferente do inalado pelos fumadores. Embora o fumador passivo esteja exposto a menos fumo de tabaco que o fumador, o fumo inalado pelo fumador passivo é mais perigoso do que o inalado pelo fumador por duas razões: devido à elevada temperatura de combustão no momento da sua formação e porque não é filtrado, quer pelo filtro do cigarro quer pelos pulmões treinados do fumador. Estes autores, numa investigação sobre 38000 não fumadores, verificaram que 63% referiam alguma exposição ao fumo do tabaco, 33% referiam 10 ou mais horas por semana, e 16%, 40 ou mais horas. Salientam que o risco mais devastador se refere às crianças: crianças com pais fumadores têm um risco 50% superior de ter cancro no pulmão quando adultos, do que crianças cujos pais não fumam.

O tamanho das amostras, a constância dos resultados, e a semelhança das conclusões interregionais torna o tabagismo uma das maiores ameaças à saúde. Apesar de tudo há excepções: por exemplo, há situações em que fumar faz bem, como é o caso da doença de Alzheimer (Duijn & Hofman, 1991), ou em que não parece clara a relação entre tabaco e saúde. Camacho e Wiley (1983) numa investigação com a amostra do Estudo Alameda, em que, ao invés de estudar a relação entre tabagismo e doença estudaram a relação entre tabagismo e saúde, verificaram que "para as mulheres, a associação entre fumar e estado de saúde subsequente, está longe de ser estatisticamente significativa" (p.192).

## Exercício físico

Outro dos comportamento que mais tem sido estudado é o exercício e a actividade física, principalmente a relação entre a actividade física e exercício, e as doenças do aparelho cardíovascular. A investigação da relação entre as variáveis, exercício e actividade física, e saúde define estes conceitos de forma precisa. Muitas vezes utilizam-se termos ambíguos (como desporto) que não pertence ao campo da relação entre estas variáveis. Caspersen, Powell e Christenson (1985) apresentam um glossário de termos em que estes conceitos são definidos: assim, exercício define-se como movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados para melhorar ou manter, um ou mais componentes da condição física. Esta -condição física (*physical fitness*)- refere-se a um conjunto de atributos que as pessoas têm ou procuram ter, que se relacionam com a capacidade para realizar actividades físicas. Finalmente, actividade física, refere-se a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio de energia.

Paffenbarger, Laughlin, Gima e Black (1970) num estudo longitudinal de 16 anos sobre 3263 indivíduos concluíram pela associação entre a actividade física e a mortalidade por doenças cardíovasculares. O estudo da relação entre, exercício e actividade física, e doenças do aparelho circulatório ganharam notoriedade depois da Segunda Guerra Mundial. Este tipo de estudos foi um dos que suportou a emergência da Segunda Revolução da Saúde e estes têm sido dos comportamentos mais associados à saúde. Desde o pós-guerra, outros estudos, realizados com grandes amostras, chegaram à mesma conclusão deste último: Cooper, Pollock, Martin, White, Linnerud e Jackson (1976), Ekelund, Haskell, Johnson, Whaley, Criqui, e Sheps, (1988), Gibbons, Blair, Cooper e Smith (1983), Kannel e Sortie (1979), Morris, Chave, Adam, Sirey, Epstein, e



Sheehan (1973), Morris e Crawford (1958), Morris, Heady, Raffle, Roberts, e Parks (1953), Paffenbarger, e Hale (1975), Paffenbarger, Hyde, Wing e Hsieh 1986; Paffenbarger, Hyde, Wing e Steinmetz 1984; Peters, Cady, Bischoff, Bernstein, e Pike (1983) Powell, Thompson, Caspersen e Kendrick (1987).

O passo seguinte do interesse pelo exercício e actividade física foi a generalização do estudo do seu impacto noutras doenças. Vários estudos analisaram o impacto do exercício e da actividade física, junto com outros componentes do estilo de vida, na mortalidade, não apenas nas doenças cardíovasculares, mas de todas as doenças: Vena, Graham, Zielezny, Swanson, Barnes e Nolan (1985) compararam a actividade física dispendida na profissão por 486 indivíduos que tinham cancro do cólon ou cancro do recto, com um grupo de 1431 indivíduos sem doença neoplásica. Constataram que o risco de cancro do cólon aumentava com o aumento do sedentarismo no trabalho. Blair, Kohl, Paffenbarger, Clark, Cooper, e Gibbons, (1989), numa investigação em que seguiram um grupo de 10224 homens e 3120 mulheres concluíram que altos níveis de capacidade física adiavam a mortalidade por todas as causas, mas principalmente, por baixar a frequência de mortes por doenças cardíovasculares e por cancro. McGinnis, (1992) apresenta uma revisão de investigação que salienta à exaustão o grande impacto do exercício físico na saúde/doença, para defender a importância do exercício físico na saúde pública. Lamb, Brodie, Minten e Roberts (1991) constatam que 4441 indivíduos que praticavam desporto de modo sistemático tinham melhor saúde objectiva e melhor percepção de saúde do que a população que não praticava

Plante, e Rodin,(1990) fizeram uma revisão da literatura desde 1981 sobre o exercício e a saúde psicológica, focando a exaltação da saúde psicológica e do bem-estar, em populações saudáveis. Constataram que o exercício físico melhorava o humor e o bem-estar, o auto-conceito e a auto-

estima. Sugerem, ainda, que o exercício influencia o funcionamento cognitivo. Hayes e Ross (1986) numa investigação sobre 401 indivíduos, de ambos os sexos, com idades entre os 18 e os 83 anos, constataram que o exercício físico afectava o bem estar. Para uma revisão da relação entre, exercício e actividade física, e funcionamento psicológico, ver Ribeiro (1988a).

O exercício físico pode, igualmente, ser uma variável comportamental com efeito amortecedor no *stress*. Com efeito, Brown e Siegel (1988), numa investigação com 364 estudantes do sexo feminino, entre os sétimo e décimo segundo anos de escolaridade, concluíram que o impacto negativo das situações geradoras de *stress* sobre a saúde diminuía quando o exercício físico aumentava. À mesma conclusão chegaram Brown e Lawton (1986) e Roth e Holmes (1985). Crews e Landers (1987) numa meta-análise realizada sobre 34 investigações que analisavam se a capacidade aeróbica aumentava a resistência aos agentes psicossociais geradores de *stress*, concluíram que, os sujeitos com maior capacidade aeróbica tinham respostas de *stress* aos agentes mais reduzida. Com base nestas evidências, Harris, Caspersen, DeFries e Estes (1989) recomendam que, em meio clínico de forma rotineira, se deve aconselhar a prática de actividade física a adultos saudáveis.

King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager (1992), numa revisão crítica sobre os determinantes do exercício físico, concluem que há relação entre a má percepção de saúde e a redução da participação em programas de exercício físico. Reconhecem que a actividade física tende a estar associada a outros comportamentos de saúde tais como não fumar, alimentação saudável, perda de peso, entre outros. McAuley, (1992) avaliou os factores que contribuíam para a aderência a programas de exercício físico em 65 adultos sedentários de quatro grupos etários: 45-49, 50-54, 55-59, e 60-64 anos, seguindo-os

durante cinco meses. Constatou que o comportamento anterior de prática de exercício físico, era o melhor preditor da aderência.

O exercício físico tem, ainda, impacto positivo sobre variáveis que estão associadas à saúde, actuando na saúde por via dessas variáveis. Perri (1985) num estudo em que investigava o impacto de um programa de exercício físico sobre variáveis psicológicas, realizado em regime de trabalho aeróbico, com a duração de 14 semanas, numa amostra de 23 indivíduos entre os 60 e os 63 anos, verificou que se manifestaram aumentos significativos no auto-conceito e no locus de controlo interno.

### Alimentação

O comportamento alimentar é o terceiro dos comportamentos que são referenciados especificamente na área da promoção da saúde e é um dos comportamentos que participam mais na vida do dia a dia das pessoas. Durante a maior parte da existência da humanidade, a alimentação tem sido um comportamento mais ou menos rotineiro destinado a satisfazer as necessidades diárias, que seguia os ritmos da natureza: no verão comiam-se mais verduras e frutos que era o que a natureza fornecia, no inverno comiam-se frutos secos e alimentos conservados segundo as diversas técnicas que cada povo desenvolvia, das compotas às frutas secas, dos enchidos a outros alimentos conservados por secagem. Nos países desenvolvidos a alimentação deixou de ser, para a maior parte das pessoas, uma actividade de rotina, para se tornar num comportamento de escolha em que a publicidade e as modas ditam influências. As modas, tanto determinam que as mulheres sejam excessivamente magras, de que foi exemplo exagerado o modelo Twigy na década de 60, como determinam que as pessoas comam *lighth* ou, mais recentemente, *cholesterol free*, influenciando o cidadão, nomeadamente os mais jovens, a realizar comportamentos, frequentemente, pouco razoáveis: nos países

desenvolvidos a frequência de obesidade aumentou enormemente, estimando-se que 30% dos adultos dos Estados Unidos sejam obesos (Reed & Lang, 1987).

Num estudo longitudinal realizado por Hueneman, Shapiro, Hampton e Mitchell (1966), com 900 adolescentes, verificaram que, no nono ano de escolaridade, cerca de 50% dos rapazes e 66% das raparigas já tinham realizado dieta. Mallick, Whipple e Huerta (1987) encontram valores semelhantes. Thornton e DeBlassie (1989) referem que a investigação aponta para que cerca de 18% das raparigas estudantes têm comportamentos bulímicos. Taylor (1990) refere que a modificação dos hábitos alimentares e de exercício que permitam uma redução de peso na ordem dos 10%, em homens com idades entre os 35 e os 55 anos, reduziria a doença coronária em cerca de 20%. Hubert, Feinleib, McNamara e Castelli (1983), num estudo em que 5209 homens foram seguidos durante 26 anos (*Framingham heart study*), verificaram que a obesidade era predictor de doenças cardiovasculares para ambos os sexos e que, acumulada depois da juventude, esse risco aumentava. Hubert (1986) afirma que há evidência de que o excesso de peso e a obesidade estão associados a doenças cardiovasculares, e que estas podiam ser reduzidas através do controlo de peso. O'Sullivan (1982) seguiu um grupo de 615 pessoas de alto risco para a diabetes, e um grupo de controlo, durante 16 anos. Verificou que, para o grupo de risco, a incidência de diabetes era bastante maior para os obesos do que para os de peso normal, e que o excesso de peso predizia, também, a gravidade da diabetes. Kune, Kune e Watson (1990), numa investigação no âmbito do *Melbourne colorectal cancer study*, com 388 homens e 327 mulheres, com idade média de 65 anos encontraram, para os homens, uma relação estatisticamente significativa entre obesidade ou excesso de peso e cancro do recto. Simopoulos (1986) ao fazer o ponto da situação da relação entre

obesidade e doenças, refere três estudos realizados nos Estados Unidos entre 1960 e 1980, com grandes amostras, em que se constata que a obesidade está associada às doenças carviovasculares, à hipertensão, à diabetes e a algumas formas de cancro. Refere ainda que, com base nos estudos longitudinais, se pode concluir que os indivíduos que têm peso inferior à média, que não seja causado por doenças, têm maior longevidade.

### **Programas de modificação do comportamento**

A divulgação da noção de estilo de vida tem tido como consequência o aparecimento de programas de modificação do estilo de vida, quer aplicados, em grupo, na comunidade ou na empresa, a indivíduos isolados, ou sobre outras formas. A investigação, em geral, considera vantajosa a participação nesse tipo de programas.

Na descrição dos resultados da implementação de um programa de intervenção comunitária que visava modificar o estilo de vida de 115 indivíduos, Abbott e Raeburn (1989), constataram que essa modificação teve um impacto real no estado de saúde. Num programa que visava modificar o estilo de vida de indivíduos obesos, com a duração de 12 semanas, Pleas (1988), confirmou que a modificação do estilo de vida, não só era possível, como era mais eficaz no tratamento da obesidade do que as abordagens tradicionais de restrição alimentar. Pender, Walker, Sechrist, Frank-Stromborg (1990), avaliaram o estilo de vida de 589 trabalhadores de uma empresa com idades entre os 20 e 65 anos envolvidos num de seis programas de promoção da saúde subsidiados pela empresa. Verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo sobre a saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida, correspondendo melhores valores de saúde a melhores valores das outras

variáveis. Os que achavam que a saúde estava dependente da sua acção tinham tendência para manter o estilo de vida saudável ao longo do tempo. Wood, Olmstead e Craig (1989), compararam factores de risco para a saúde com índices de absentismo de 1200 trabalhadores, após participarem, durante dois anos, voluntariamente, num programa de promoção da saúde que visava a melhoria do bem-estar, físico, mental e social. A adopção de um estilo de vida saudável, permitiu diminuir em cinco por cento o número de fumadores, aumentar em 37% o número de indivíduos que usava cinto de segurança, e aumentou 23% na percentagem de indivíduos que praticavam exercício físico pelo menos três vezes por semana. O absentismo decresceu significativamente após o início do programa. Maibach, Flora e Nass (1991), avaliaram o impacto de um programa de promoção da saúde comunitário visando, simultaneamente, a auto-eficácia e a adopção de comportamentos de saúde, durante um ano, em 500 membros da comunidade escolhidos aleatoriamente. Os resultados mostraram que a campanha melhorou a auto-eficácia, que esta melhoria contribuiu para a adopção de comportamentos de saúde e que, por sua vez, as mudanças nos comportamentos de saúde contribuíam para melhorar a auto-eficácia. Encontrou-se uma elevada correlação negativa entre a auto-eficácia original e a mudança que se verificou na auto-eficácia. King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager (1992), numa revisão crítica sobre os determinantes do exercício físico, confirmam a relação entre a má percepção de saúde e a redução da participação em programas de exercício físico.

Waller, Crow, Sands e Becker (1988), passaram uma escala de avaliação de variáveis psicológicas, a 155 adultos envolvidos em programas de promoção da saúde e a 71 adultos, saudáveis, que não participavam. A percepção de eficácia pessoal e de bom estado de saúde eram os melhores preditores de participação no programa. Os participantes

achavam que tinham melhor saúde, que tinham mais controlo sobre a sua saúde, e eram mais responsáveis por ela, do que os não participantes. Wagner, Grothaus, Hecht e LaCroix (1991), compararam o estado de saúde e o estilo de vida de 2289 participantes (com 65 e mais anos) que frequentavam um programa de promoção da saúde, com um grupo de 2625 não participantes com características idênticas. A não participação estava associada com estatuto económico mais baixo, com menos instrução e com menor participação nas actividades da comunidade. Os não participantes fumavam mais e avaliavam a sua saúde de maneira menos favorável.

Concluindo, parece possível implementar programas de modificação do estilo de vida, em todos os grupos etários, com relativo sucesso, e esperar repercussões positivas quer no funcionamento dos indivíduos quer no das instituições.

### **Comportamento e necessidades de saúde dos jovens**

Pinch, Heck e Vinal (1986), questionaram as necessidades de saúde e dos serviços utilizados por 159 estudantes universitários. Identificaram como principais preocupações relacionadas com a saúde, o uso de bebidas alcoólicas, segurança rodoviária, excesso de peso, *stress* e sexualidade. Os factores do estilo de vida que consideravam importantes eram a prática regular de exercício físico, não fumar, inspecções periódicas de saúde geral e de saúde oral e desenvolvimento de sistemas que os ajudassem a lidar com *stress*. Rimpela, Rimpela, Rahkonen e Teperi (1988) confirmam este padrão. A Organização Mundial de Saúde, num relatório sobre a saúde dos jovens em que revê um conjunto de estudos sobre os problemas de saúde deste grupo etário, confirma, igualmente, o padrão referido (WHO, 1986).

### **Estabilidade temporal dos comportamentos de saúde**

Mechanic, (1979), Mechanic e Cleary (1980), num estudo que durou 16 anos em que pretendiam avaliar as mudanças do comportamento de saúde entre a primeira fase do estudo, que incluía 350 crianças entre os 9 e os 12 anos, e os mesmos indivíduos 16 anos depois, concluíram que a estabilidade dos comportamentos é modesta e que se alteram bastante ao longo deste período.

### **Relações entre comportamentos de saúde**

Os resultados acerca da relação entre comportamentos de saúde tendem a ser controversos. Num estudo longitudinal sobre comportamentos de saúde, Mechanic, (1979), Mechanic e Cleary (1980), das 28 intercorrelações entre comportamentos, 13 eram estatisticamente significativas, embora modestas. Norman (1985), numa investigação em que se propõe estudar a relação entre comportamentos de saúde, encontra, igualmente, correlações modestas entre eles. Matarazzo (1984), numa discussão sobre os dados apresentados por Mechanic, afirma concordar que as correlações entre os comportamentos são modestas, mas que considera impressionante o número de correlações positivas, e a fidelidade com que estas correlações vão na direcção esperada, dada a relativa ignorância que os investigadores ainda têm em relação aos comportamentos que compõem o estilo de vida. Considera que dados deste tipo contribuem para aumentar o conhecimento dos factores associados a uma boa saúde (ou à falta dela), principalmente quando em conjunto com os resultados de estudos como o de Alameda.

Por outro lado, outros estudos tendem a encontrar constelações de comportamentos associados. Jessor, Chase e Donovan (1980); Jessor (1984), após estudarem a relação entre comportamentos desviantes em 13122 estudantes entre os sétimo e décimo segundos anos de escolaridade, afirmam que os comportamentos tendem a aglomerar-se e



que os que consomem droga tendem a consumir mais álcool, a fumar mais, e a ter outros comportamentos de prejuízo de saúde. Newcomb e Bentler (1988), recolheram dados de 654 adolescentes no início e no final da adolescência, e na idade adulta: estudaram o impacto de comportamentos de prejuízo de saúde tais como consumo de droga, tabaco e álcool, confirmando a associação entre esses comportamentos e entre eles e, problemas familiares, saúde, sintomas psicossomáticos, *stress* emocional e relações interpessoais. King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager (1992), numa revisão crítica sobre os determinantes do exercício físico, concluem que a actividade física tende a estar associada a outros comportamentos de saúde tais como, não fumar, alimentação saudável, perda de peso, entre outros. Miller, Golaszewski, Pfeiffer e Edington (1990), analisaram os dados provenientes de 21325 membros de uma grande empresa, visando detectar os factores de risco provenientes do estilo de vida, verificando que havia interdependência entre os comportamentos de saúde. Budd, Eiser, Morgan e Gammage (1985), numa investigação com 10579 adolescentes ingleses (11-19 anos) verificaram que os que consumiam mais bebidas alcoólicas tinham mais *stress*, tinham menos preocupações com a saúde, avaliavam-se pior na escola, bebiam mais com os pais, referiam mais conflitos com os pais, do que os que bebiam moderadamente ou que não bebiam. Bradstock, Forman, Binkin e Gentry (1988), estudaram a relação entre bebedoras crónicas que alternavam períodos em que bebiam muito com outros que bebiam pouco, e outros comportamentos de saúde, em 12467 mulheres adultas. Verificaram que outros comportamentos de risco tais como fumar, guiar com excesso de álcool e não usar cinto de segurança tendiam a associar-se sinergicamente com o abuso de álcool, enquanto comportamentos de saúde tais como cuidar da alimentação e exercício se associavam negativamente com o abuso de bebidas alcoólicas.

## **Génese dos comportamentos de saúde**

Desde muito cedo as crianças aprendem padrões comportamentais que estão associados à saúde. Flaherty (1986), estudou as concepções de saúde e de comportamentos relacionados com a saúde em 41 crianças entre os quatro e cinco anos: este grupo tinha uma concepção de saúde semelhante à da definição oficial de saúde da OMS e não apenas como ausência de doença, e identificou comportamentos de prejuízo da saúde, também de acordo com o que é aceite na investigação. Dos comportamentos que exaltavam a saúde identificaram por ordem de importância: alimentação, ir ao médico, lavar os dentes, dormir, correr, e lavar as mãos. Parece assim que, desde muito cedo se adquirem concepções, correctas, associadas à saúde. Numa investigação do mesmo tipo realizada em Portugal por Tomé (1990), com 300 alunos de uma escola preparatória e duas secundárias da região de Coimbra, os alunos consideram que os aspectos mais importantes da definição de saúde são os factores pessoais relegando para segundo lugar os factores biológicos. Consideram ainda que a responsabilidade pela saúde cabe ao próprio indivíduo. Questionados sobre os comportamentos prejudiciais à saúde identificam como principais os maus hábitos alimentares e o consumo de tabaco. A investigação não questionou sobre os comportamentos de exaltação da saúde. Mechanic, (1979) num estudo longitudinal que durou 16 anos que avaliava a relação entre comportamentos de saúde e percepção de saúde física, sobre 350 crianças, e os mesmos indivíduos 16 anos depois, conclui que há correlação significativa entre a generalidade dos comportamentos de saúde e a percepção de saúde física.

Parece, assim, que desde muito cedo se aprendem padrões comportamentais que estão, eventualmente, associados à cultura. Numa perspectiva ecológica, como a da presente investigação, facilmente se

aceita que a comunidade tende a ter uma sabedoria que, com a educação e a influência dos *media* se moderniza, se científica e se altera. Aceitando, tanto o ponto de vista de Darwin como o de Lamarck, facilmente se compreende o processo de ligação entre os comportamentos adoptados por uma cultura e a sua possibilidade de sobrevivência.

## **Auto-Conceito**

O auto-conceito é uma variável clássica em psicologia mas, como acontece com toda a investigação da relação entre variáveis psicológicas e saúde/doença, só recentemente se começou a estudar a sua relação com a doença e, mais raramente com a saúde.

### **Auto-conceito e estilo de vida**

Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg (1990), avaliaram o estilo de vida de 589 trabalhadores de uma empresa, com idades entre os 20 e 65 anos, envolvidos num de seis programas de promoção da saúde subsidiados pela empresa. Verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo de saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida, com valores mais positivos do estilo de vida associados a valores mais positivos das restantes variáveis. Duffy (1988), analisou o impacto da auto-estima, do locus de controlo de saúde, e do estado de saúde, na adopção de um estilo de vida saudável, em 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos. Locus de controlo interno, auto-estima positiva, estado de saúde positivo, preocupação com a saúde, e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável. Muhlenkamp e Sayles (1986), estudaram o modo como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam, e o modo como esta relação influenciava o estilo de vida, em 98 indivíduos entre os

18 e os 67 anos. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida, e que o suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima.

### **Desenvolvimento do auto-conceito**

Morganti, Nehrke, Hulicka e Cataldo (1988), num estudo em que comparam o auto-conceito de 450 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos equitativamente por seis grupos de idade (14-16, 25-34, 45-54, 60-69, 70-79 e mais de 80), verificaram que o auto-conceito aumenta significativamente com a idade. Nehrke, Hulicka e Morganti (1980) numa investigação com três grupos etários (50-59 anos, 60-69, e mais de 70 anos), verificaram que o auto-conceito aumentava com a idade.

### **Auto-conceito, doença, mal-estar e comportamento de prejuízo de saúde**

Burton, Sussman, Hansen, Johnson, e Flay (1989), estudaram as intenções de fumar em estudantes do sétimo ano de escolaridade e verificaram que, quando o auto-conceito era baixo, fumar era especialmente desejável como modo de elevar a identidade pessoal. Leviner, Galili, Lowenthal e Sarna (1991), estudaram um grupo de 25 doentes com idades entre os 27 e 68 anos, comparando-o com um grupo de controlo. A auto-imagem era significativamente mais baixa no grupo de doentes. Essex e Klein (1989), analisando um modelo que especificava ligações entre componentes subjectivos, físicos e funcionais do estado de saúde física, e a depressão em 274 mulheres (idades 56-95 anos) em que avaliaram os efeitos do auto-conceito, e do comportamento em vários pontos do modelo, concluíram que o auto-conceito estava significativamente envolvido em cada ponto do modelo. Rutledge (1987), investigou os factores que estavam associados à iniciativa de realizar a auto-avaliação periódica de caroços no

peito, em 93 mulheres de classe média-elevada, com idades entre 25 e 85 anos. Um elevado auto-conceito foi um dos factores que se encontraram associados à iniciativa da auto-avaliação. Mayton (1986), avaliou a correlação entre a percepção de ameaça nuclear, auto-conceito, e locus de controlo de Rotter, de 102 estudantes universitários. Uma baixa percepção de ameaça nuclear estava associada com auto-estima geral positiva e com locus de controlo interno. Anstey e Spence (1986), numa investigação em que se media a relação entre bem-estar, principais fontes de *stress* e variáveis mediadoras de *stress*, em 94 mães de crianças deficientes, com idades entre os 24 e 63 anos, verificaram que a auto-estima era a variável principal na predição de *stress*. Jamison, Lewis e Burish (1986), inspeccionaram os factores que relacionavam a cooperação no tratamento em 27 adolescentes com cancro, com idades entre os 12 e os 18 anos. Encontraram uma correlação positiva entre auto-imagem e participação, e uma correlação negativa entre locus de controlo externo e cooperação. Hazzard e Angert (1986), avaliaram os conhecimentos, atitudes e comportamentos, relacionados com a asma em dois grupos de crianças asmáticas, com idades entre os sete e os 15 anos, em que um grupo participava num programa dedicado à educação de crianças com asma e o outro não; os participantes que possuíam bons conhecimentos acerca da sua condição, tendiam a ter locus de controlo interno e níveis de auto-conceito mais elevados do que os valores padrão da população normal. DeLongis, Folkman e Lazarus (1988), avaliaram o *stress* diário em 75 casais, investigando os efeitos psicológicos e somáticos de acontecimentos geradores de *stress*: realizaram 20 avaliações durante seis meses. Verificaram que havia correlação significativa entre a ocorrência de *stress* diário e, mal estar, ou doenças menores, tais como, gripe, dores de cabeça, dores de garganta, e dores nas costas. No entanto havia fortes variações entre as manifestações: indivíduos com baixo suporte social, com baixa

auto-estima tinham mais problemas somáticos e psicológicos, mostravam maior vulnerabilidade.

### **Auto-Eficácia**

A auto-eficácia é uma variável importante em áreas da promoção da saúde como, deixar de fumar e controlo de peso (O'Leary, 1985; 1992; Schunk e Carbonari, 1984), controlo do comportamento sexual (O'Leary, 1992), da recuperação da doença, como por exemplo, controlo da dor ou doenças do aparelho circulatório (O'Leary, 1985). Numa revisão de investigação com recurso à meta-análise Holden (1991), estudou a relação entre auto-eficácia e saúde, em 56 artigos publicados entre 1981 e 1989, concluindo que aquela variável predizia esta, de forma consistente. Noutra revisão sobre os determinantes do exercício físico, King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager (1992), concluem que, em indivíduos saudáveis, a auto-eficácia se correlaciona com a participação em programas de actividade física, (participação que, por sua vez, está correlacionada com a percepção de melhor saúde), com a participação vigorosa na actividade física e que, em indivíduos doentes, cardíacos e pulmonares, predizia a aderência a programas de actividade física. Verifica-se, ainda, a seguinte relação da auto-eficácia com outros aspectos da saúde e doença.

#### **Auto-eficácia e comportamentos de saúde e de doença**

DiClemente (1981) num estudo experimental, em que investigou a relação entre auto-eficácia e capacidade para indivíduos considerados grandes fumadores e que já tinham tentado pelo menos três vezes deixar de fumar, manterem a abstinência durante cinco meses, verificou que: os que se mantiveram sem fumar (42 indivíduos) se diferenciavam dos que não se mantiveram (21 indivíduos) quanto à auto-eficácia, com os primeiros

a evidenciarem uma auto-eficácia mais elevada. Basen-Engquist e Parcel (1992), num estudo sobre 1720 estudantes, em que 76% tinham 15 ou 16 anos, visando identificar os factores que estavam associados à protecção de doenças sexualmente transmissíveis, verificaram que a auto-eficácia era uma das variáveis que melhor explicava a intenção de utilizar preservativos, e a frequência do seu uso. Kaemingk, e Bootzin (1990), analisaram os factores que influenciavam o uso de preservativos na protecção contra a SIDA. Como factores importantes identificaram: a informação, a percepção de risco, as atitudes para com o uso de preservativos, a auto-eficácia e o suporte social. Seydel, Taal e Wiegman (1990), examinando como é que a avaliação de riscos para a saúde predizia a adopção de comportamentos de prevenção do cancro, em 385 mulheres com idades entre os 25 e 82 anos e em 266 homens entre os 19 e 73 anos, verificaram que a avaliação dos riscos só conduzia à adopção de comportamentos de prevenção contra o cancro se houvesse igualmente auto-eficácia positiva. Tedesco, Keffer e Fleck-Kandath (1991), investigaram a adopção da frequência da lavagem de dentes e do uso de fio dental, em 39 doentes com idades entre 26-64 anos, que frequentavam uma clínica dentária: verificaram que a auto-eficácia era um bom preditor da adopção de comportamentos de higiene bucal. Rassaby, Hirst, Hill e Bennett (1991), num estudo sobre a aprendizagem de comportamentos de auto-exame de caroços no peito por um grupo de mulheres, concluem que a auto-eficácia é um dos bons preditores da adopção daqueles comportamentos. Baker (1988), entrevistou 194 mulheres (60-95 anos) acerca da sua percepção de auto-eficácia, crenças acerca do cancro da mama, e auto-exame da mama. Verificou que a idade, a motivação e a auto-eficácia explicavam 15% da variância no número de técnicas adoptadas no auto-exame. McAuley (1992), examinou o papel da auto-eficácia na aderência a programas de exercício físico durante cinco meses, em 65 indivíduos de quatro grupos etários (45-49, 50-

54, 55-59, 60-64 anos), tendo verificado que a auto-eficácia predizia a adopção desta prática. Slater (1989), analisou os aspectos que influenciavam a adopção de um estilo de vida saudável em 600 indivíduos de duas cidades americanas, numa recolha de dados que durou seis anos. Constatou que a auto-eficácia mediava as influências sociais e o controlo cognitivo, no comportamento alimentar. Wojcik (1988), investigou a importância do locus de controlo e da auto-eficácia na capacidade para deixar de fumar, comparando 75 fumadores que estavam a deixar de fumar e para isso frequentavam um programa adequado, com 75 outros que estavam igualmente a abandonar o tabaco mas não participavam em nenhum programa. A auto-eficácia era o melhor preditor da capacidade para deixar de fumar, principalmente para o grupo que não frequentava o programa; os que atribuíam grande poder à acção dos profissionais eram os que desistiam mais facilmente. McCaul, O'Neill e Glasgow (1988), analisaram a relação entre diferentes variáveis, nomeadamente entre auto-eficácia e a intenção, de 131 estudantes universitários, escovarem os dentes e utilizarem fio dental.; a auto-eficácia predizia essa intenção. Kaplan, Atkins e Reinsch (1984), investigaram as expectativas de eficácia como mediadoras da adopção de comportamento de exercício físico prescrito a 60 doentes, com idade média de 64,79 anos, com obstrução pulmonar crónica; após três meses, verificou-se que os que aumentaram o exercício beneficiavam da mediação cognitiva da Auto-Eficácia. Desharnais, Bouillon e Godin (1986), avaliaram o papel da auto-eficácia na aderência a um programa de exercício físico com a duração de 22 semanas, em 98 jovens: verificaram que a auto-eficácia era o determinante mais importante para a aderência. Woodward e Wallston (1987), investigaram a relação entre idade, necessidade de controlo da saúde, informação e auto-eficácia, num estudo transversal com 116 indivíduos com idades entre os 20 e 99 anos. Verificaram que os indivíduos com mais de 60



anos tinham mais necessidade de controlo que os mais jovens, preferindo que os profissionais tomassem decisões por eles. A auto-eficácia era, igualmente menor para os indivíduos com mais de 60 anos. Dielman, Leeche, Lorenger e Horvath (1984), num estudo com 511 adolescentes, verificaram que a auto-estima era um bom preditor dos comportamentos e atitudes de saúde.

### **Auto-eficácia e vida saudável**

Waller e Bates (1992), numa investigação que visava identificar variáveis associadas a uma vida saudável, numa amostra de 57 indivíduos que tinham entre 66 e 88 anos, escolhidos por não sofrerem de doenças e serem particularmente saudáveis segundo critérios claramente definidos pelos autores, verificaram que cruzando locus de controlo interno versus externo, com auto-eficácia elevada versus baixa, mais de metade desta população excepcionalmente saudável se encontrava na casa que resultava da interacção locus interno com auto-eficácia elevada. Alexy (1991), numa investigação em que pretendia identificar as variáveis que estavam associadas à participação (101 sujeitos) *versus* não participação (100 sujeitos) em programas de saúde, verificou que a auto-eficácia era a variável que melhor discriminava os dois grupos. Kelly, Zyzanski e Alemagno (1991), numa investigação sobre os efeitos de um programa de modificação do estilo de vida, com a duração de seis semanas, de 215 pacientes de um centro de saúde, verificaram que a auto-eficácia era um dos melhores preditores da motivação para modificar o estilo de vida. Kok, de-Vries, Mudde e Strecher (1991), demonstram que a auto-eficácia é um determinante importante na mudança do comportamento visando a adopção de comportamentos de saúde e da previsibilidade da adopção futura de comportamentos de saúde. Maibach, Flora e Nass (1991), avaliaram o impacto de um programa de promoção da saúde comunitário

com a duração de um ano visando, simultaneamente, a auto-eficácia e adopção de comportamentos de saúde, em 500 membros da comunidade escolhidos aleatoriamente. Os resultados mostraram que a campanha melhorou a auto-eficácia, que esta melhoria contribuiu para a adopção de comportamentos de saúde e que, por sua vez, as mudanças nos comportamentos de saúde contribuíam para melhorar a auto-eficácia. Encontrou-se também uma correlação negativa elevada entre a auto-eficácia original e a mudança que se verificou na auto-eficácia. Weitzel (1989), analisou em que medida variáveis como: importância da saúde, percepção de controlo sobre a saúde, estado de saúde, e auto-eficácia, se relacionavam com comportamentos de exaltação da saúde, tais como: exercício físico, nutrição e gestão do *stress*, em 179 operários com idades entre os 20 e 60 anos. Todas as variáveis independentes contribuíam para a explicação dos resultados das variáveis dependentes, mas os principais preditores de comportamentos de promoção da saúde eram a percepção do estado de saúde e a auto-eficácia. De-Vries, Dijkstra e Kuhlman (1988), numa investigação que se propunha prever comportamentos relacionados com a saúde de 85 alunos holandeses do 3º ano de escolaridade, verificaram que a auto-eficácia tinha um efeito significativo nas intenções de fumar e que aquela reflectia a capacidade de controlar os comportamentos de saúde. Waller, Crow, Sands e Becker (1988), passaram uma escala em que avaliavam a auto-actualização, responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição, suporte social e gestão do *stress* a 155 adultos envolvidos em programas de promoção da saúde e a 71 adultos saudáveis que não participavam. A percepção de eficácia pessoal e de bom estado de saúde eram os melhores preditores de participação no programa. Stanley e Maddux (1986), investigaram a utilidade de considerar a auto-eficácia na exaltação da saúde, em 195 estudantes do secundário, constatando que a

auto-eficácia tinha uma relação significativa com a intenção de adoptar comportamentos de exaltação da saúde.

### **Auto-eficácia e acção de profissionais na promoção da saúde**

Mullen, Gottlieb, Biddle, McCuan e McAlister (1988), numa amostra de 209 médicos de família em que se avaliava se, nos seus conselhos visando a prevenção primária incluíam a utilização do cinto de segurança, constataram que a auto-eficácia dos médicos era o melhor preditor da inclusão dessa sugestão a par de conselhos sobre alimentação, tabagismo, excesso de peso, excesso de bebidas alcoólicas, etc. Kingery, Ballard e Pruitt (1990), examinaram o papel da auto-eficácia, entre outras variáveis, em 38 profissionais (idades entre 26 e 59 anos) que desenvolviam programas de promoção da saúde, nas escolas, que implicavam o seu envolvimento em 25 tarefas de promoção da saúde específicas. A auto-eficácia era a variável que explicava melhor a intenção desses profissionais se envolverem nessas tarefas com inquestionáveis benefícios para a saúde dos estudantes, principalmente nas mais difíceis.

### **Locus de Controlo de Saúde**

O locus de controlo de saúde é uma variável de geração recente, embora o locus de controlo, em geral, date da década de 60 e tivesse também sido utilizado para avaliar a saúde, ou mais especificamente, a doença. Em revisões da investigação verificou-se que era uma variável que predizia bem a doença e a saúde, principalmente a adopção de comportamentos conducentes à saúde. Strickland (1978) numa revisão de investigação acerca da relação entre locus de controlo e comportamentos e atitudes de saúde, concluiu que os indivíduos com locus interno: procuravam mais informação acerca de como manter a saúde e, quando

adoeciam, procuravam mais informação acerca dessa doença; reagiam melhor às doenças incapacitantes e empenhavam-se mais na recuperação; tinham mais capacidade para induzir modificações em respostas fisiológicas específicas através do treino de *feedback*, por exemplo, em aumentar a frequência cardíaca, manter respostas alfa do electroencefalograma ou baixar as respostas galvânicas da pele; controlavam melhor dificuldades psicológicas e/ou emocionais, nomeadamente, descreviam-se como mais satisfeitos com a vida; tinham menos ideias suicidárias; respondiam melhor à psicoterapia, facilitando a aquisição de respostas adaptativas. Walltson e Walltson (1978), numa revisão de 55 artigos sobre a relação entre locus de controlo e saúde, concluem que há relação entre locus de controlo interno e a adopção de comportamentos de exaltação da saúde.

Numa análise entre populações de diferentes países, Cockerham, Kunz, Leuschen e Spaeth (1986) utilizaram uma versão modificada da escala original de Waltson, Maides e Waltson (1976) com oito itens, para comparar padrões de saúde e variáveis associadas, entre uma amostra da população americana e outra alemã. Constataram que, para a população americana, os indivíduos que tinham um locus de controlo interno se percepcionavam como tendo melhor saúde; que os indivíduos com mais instrução tinham um locus mais interno do que os indivíduos com nível de instrução mais baixo que os indivíduos com rendimentos económicos mais baixos manifestavam um locus mais externo. Para a amostra alemã não se manifestava a mesma relação entre variáveis. A variável idade era a única que se relacionava com o locus de controlo, tendendo os indivíduos mais velhos a exibir um locus mais externo. Quadrel e Lau (1989) numa revisão de investigação verificaram que havia evidência de que o locus de controlo afectava a procura de informação sobre a saúde, e a capacidade de ser persuadido em temas relativos à saúde.

### **Locus de controlo e comportamentos de saúde**

King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell, e Yeager (1992), numa revisão crítica sobre os determinantes do exercício físico, encontram resultados contraditórios acerca do impacto do locus de controlo de saúde na aderência ao exercício físico: alguns estudos de comparação, transversais, verificaram que havia relação entre locus de controlo interno e aderência ao exercício físico em indivíduos jovens adultos, mas menor para indivíduos idosos, e que não predizia a aderência a programas de actividade física em doentes cardíacos. Ressalvavam que a validade e fidelidade das medidas de locus de controlo de saúde não eram satisfatórias. Carlson e Petti (1989) num estudo que visava determinar se havia relação entre o tipo de participação em programas de actividade física e o locus de controlo de saúde, em 1033 estudantes universitários de ambos os sexos, concluem que a participação em actividades que dispendiam mais energia era mais frequente em sujeitos com locus interno.

### **Locus de controlo e saúde**

Waller e Bates (1992), numa investigação que visava identificar variáveis associadas a uma vida saudável, numa amostra de 57 indivíduos que tinham entre 66 e 88 anos, escolhidos por serem saudáveis segundo critérios claramente definidos pelos autores, e não sofrerem de doenças, verificaram que a maioria dos indivíduos possuía um locus de controlo interno. Quando cruzavam locus de controlo interno versus externo, com auto-eficácia elevada versus baixa verificaram que mais de metade da população caía na casa resultante da interacção locus interno versus auto-eficácia elevada. Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg (1990), avaliaram o estilo de vida de 589 trabalhadores de uma empresa, com idades entre os 20 e 65 anos, envolvidos num de seis programas de

promoção da saúde subsidiados pela empresa. Verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo de saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida. Os que evidenciavam um locus interno tinham tendência para manter o estilo de vida saudável ao longo do tempo. Speake, Cowart e Pellet (1989), estudaram as relações que existiam entre seis aspectos do estilo de vida (nutrição, exercício, gestão do *stress*, auto-actualização, responsabilidade pela saúde, e suporte social), e variáveis demográficas, percepção do estado de saúde e locus de controlo de saúde de 297 indivíduos voluntários saudáveis entre os 55 e 93 anos. Os resultados mostraram que a percepção do estado de saúde e o locus de controlo eram os melhores preditores de um estilo de vida saudável. As variáveis demográficas estavam associadas à percepção de saúde e ao locus de controlo mas não com o estilo de vida. Speake, Cowart e Stephens (1991), examinaram o estilo de vida de 106 idosos (55-93 anos) que viviam em meio rural e 237 que viviam em meio urbano: avaliaram a gestão do *stress*, o exercício físico, nutrição, responsabilidade pela saúde e suporte interpessoal. Os resultados indicaram que a percepção do estado de saúde e o locus de controlo prediziam, independentemente uma da outra, duas ou mais das variáveis referidas acima. A zona de residência não diferenciava os indivíduos. Duffy (1988), analisou o impacto do locus de controlo de saúde, da auto-estima e do estado de saúde, na adopção de um estilo de vida saudável em 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos. Locus interno, auto-estima, estado de saúde, preocupação com a saúde, e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável. Weitzel (1989), analisou em que medida variáveis como: importância que atribuíam à saúde, percepção de controlo sobre a saúde, estado de saúde, e auto-eficácia, se relacionavam com comportamentos de exaltação da saúde, tais como: exercício físico,

nutrição e gestão do *stress*, em 179 operários com idades entre os 20 e 60 anos. Todas as variáveis independentes contribuíam para explicar os resultados das variáveis dependentes. Marshall (1991), avaliou a relação entre locus de controlo e estado de saúde física, em 181 doentes com idade média de 62 anos. Verificou que esta variável é multidimensional e que uma das dimensões estava associada a índices de bem-estar e de saúde física. Noland, Riggs e Hall (1985), investigaram as relações entre conhecimentos sobre a saúde, locus de controlo da saúde e estado de saúde, em 181 indivíduos com dificuldades de aprendizagem e débeis mentais educáveis. Os indivíduos com mais conhecimentos sobre a saúde tendiam a ser mais internos. O estado de saúde relacionava-se significativamente com os conhecimentos de saúde. Ryff (1989), numa investigação com 321 indivíduos de ambos os sexos, divididos por três grupos etários (jovens, meia idade e idosos), utilizando seis medidas diferentes de bem estar, encontrou correlações elevadas entre estas medidas e locus de controlo interno.

### **Diferenças entre idades para o locus de controlo**

Morganti, Nehrke, Hulicka e Cataldo (1988), num estudo em que comparam o locus de controlo de 450 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos equitativamente por seis grupos de idade (14-16, 25-34, 45-54, 60-69, 70-79 e mais de 80), verificaram que tende a aumentar significativamente com a idade, invertendo-se esse padrão, apenas nos dois grupos do extremo mais idoso do espectro. Smith, Woodward, Wallston e Wallston (1988), realizaram dois estudos transversais para explorar as relações entre a idade e expectativas de controlo sobre a saúde. No primeiro estudo, as respostas de 246 indivíduos entre os 19 e 77 anos indicaram que nas idades mais baixas diminuía o controlo interno e aumentava o desejo de controlo por parte de outros. No segundo estudo, em que era avaliado o

desejo de controlo em 350 doentes com idades entre os 18 e os 91 anos, os mais velhos manifestavam, menor desejo por controlo interno, e maior confiança na capacidade de profissionais, do que os mais jovens. Este padrão pode dever-se ao facto de o segundo estudo ser realizado com doentes.

### **Locus de controlo e aderência a programas de saúde**

Waller, Crow, Sands, e Becker (1988), passaram uma escala em que avaliavam a auto-actualização, responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição, suporte social e gestão do *stress* a 155 adultos envolvidos em programas de promoção da saúde e a 71 adultos que não participavam. A percepção de eficácia pessoal e de bom estado de saúde eram os melhores preditores da participação no programa. Os participantes no programa achavam que tinham melhor saúde, mais controlo sobre a sua saúde, e que eram mais responsáveis pela sua saúde, do que os não participantes. Wojcik (1988), investigou a importância do locus de controlo e da auto-eficácia na capacidade para deixar de fumar, comparando 75 fumadores que estavam a deixar de fumar e para isso frequentavam um programa adequado, e 75 outros que estavam igualmente a abandonar o tabaco mas não participavam em nenhum programa. A auto-eficácia era o melhor preditor, principalmente para o grupo que não frequentava o programa, e os que atribuíam grande poder aos profissionais (locus externo) eram os que voltavam mais facilmente a fumar.

### **Locus de controlo e doenças**

Montag e Comrey (1987), investigaram, numa amostra de 400 indivíduos, avaliados no momento do pedido de concessão de carta de condução, quanto à relação entre locus de controlo e envolvimento em acidentes de viação fatais posteriores, tendo verificado que os indivíduos



com locus internos tinham menos probabilidade de se envolverem em acidentes, do que os externos. Hazzard, e Angert (1986), avaliaram o conhecimento, atitudes e comportamentos, relacionados com a asma em dois grupos de crianças asmáticas, com idades entre os sete e os 15 anos, em que um grupo participava num programa dedicado à educação de crianças com asma e o outro não. Os que possuíam bons conhecimentos acerca da sua condição, tendiam a ter um locus de controlo interno e níveis de auto-conceito mais elevados do que os valores padrão da população normal. Jamison, Lewis e Burish (1986), inspeccionaram os factores que relacionavam a cooperação com o tratamento, em 27 adolescentes com cancro, com idades entre os 12 e os 18 anos. Encontraram uma correlação positiva entre auto imagem e participação, e uma correlação negativa entre locus de controlo externo e cooperação. Birkimer, Lucas e Birkimer (1991) estudaram 117 indivíduos na casa dos 60 anos, participantes num programa de reabilitação cardíaca, quanto ao locus de controlo de saúde, comparando-o com 14 outras variáveis indiciadoras de melhorias no seu estado. As várias sub-escalas do locus de controlo de saúde correlacionavam-se com a maioria destes indicadores. Farid, Johnson, Lucas e Williams (1988), verificaram que 57 doentes com cirrose alcoólica eram mais internos quanto ao locus de controlo de saúde que 77 indivíduos não doentes. Taylor, Lichtman e Wood (1984) numa investigação com 78 mulheres com cancro da mama entre 29 e 78 anos, verificaram que havia forte associação entre a crença que era possível controlar a doença e ajustamento à situação. Mayton (1986) avaliou a correlação entre a percepção de ameaça nuclear e, auto-conceito e locus de controlo de Rotter, em 102 estudantes universitários. A percepção de ameaça nuclear estava positivamente associada com auto-estima geral e com locus de controlo interno. Fusilier, Ganster e Mayes (1987) realizaram uma investigação sobre 312 adultos para verificar a capacidade de amortecer o

impacto de situações de *stress*, verificando que essa capacidade era maior nos indivíduos de locus interno. Bolig, Brown e Kuo (1992), num estudo retrospectivo com 115 adolescentes em que comparavam dois grupos, um que já tinha sido hospitalizado e outro não, quanto ao locus de controlo e auto-estima, constataram não haver diferenças estatisticamente significativas.

## **Suporte Social**

Como foi referido, suporte social refere-se a uma grande variedade de situações que variam entre a percepção pessoal e medidas objectivas. Torna-se, por isso, essencial saber como se avaliou o suporte social para se discutirem os resultados. Na revisão de investigação que se apresenta a seguir essa distinção não foi feita, principalmente porque, muitas vezes, a categoria em que se podia incluir a avaliação não é fácil de definir com os dados disponíveis nas investigações. Assim, suporte social será aplicado em sentido lato.

Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin e Gehlbach (1983), concluiu-se que havia uma forte correlação entre as duas variáveis. Schwarzer, e Leppin (1989), realizaram uma meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) acerca da relação entre suporte social e saúde, que incluíam uma amostra total de 32739 indivíduos: identificaram 83 correlações, baseadas em amostras independentes. As correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) variavam entre  $r = -0,60$  e  $r = +0,23$ . A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da

população, e dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

### **Suporte social, mal-estar, doenças e mortalidade**

Rimpela, Rimpela, Rahkonen e Teperi (1988), verificaram, numa amostra de cerca de 4000 adolescentes, que os indivíduos que tinham mais dificuldade em discutir assuntos do seu interesse com os pais, tinham três vezes mais sintomas físicos de mal estar do que os que os podiam discutir. Por outro lado considerando o número de amigos como indicador de suporte social os resultados iam em direcção contrária: os dados indicavam que, os que tinham mais amigos, tinham mais comportamentos de prejuízo de saúde, tais como fumar e beber. Newcomb e Bentler (1988), recolheram dados de 654 adolescentes, no início, no final da adolescência, e já adultos, visando estudar as relações entre comportamentos de prejuízo de saúde tais como consumo de droga, tabaco e álcool e outras variáveis. Confirmaram que havia associação entre esses comportamentos e entre eles e, problemas familiares, saúde, sintomas psicossomáticos, *stress* emocional e relações interpessoais. O suporte social adequado durante a adolescência proporcionava uma melhoria significativa em todas as áreas problemáticas dos jovens adultos. Cogan e Spinnato (1988), estudaram 25 mulheres em trabalho de parto prematuro, (entre 26 e 37 semanas de gestação): distribuíram-nas por dois grupos, um tinha suporte pessoal proveniente de um companheiro apoiante, e o outro, de controlo não tinha suporte pessoal. Verificaram que o suporte social durante o trabalho de parto estava associado a menos deficiências de parto, menos uso de medicação para as dores, e melhores valores de Apgar do recém-nascido. DeLongis, Folkman e Lazarus (1988), avaliaram o *stress* diário em 75 casais, investigando os efeitos psicológicos e somáticos de acontecimentos geradores de *stress*: realizaram 20 avaliações durante seis meses.

Verificaram que havia relação significativa entre a ocorrência de *stress* diário e, mal estar ou doenças menores tais como, gripe, dores de cabeça, dores de garganta, e dores nas costas. No entanto havia fortes variações entre as manifestações: indivíduos com baixo suporte social e com baixa auto-estima tinham mais problemas somáticos e psicológicos, exibindo maior vulnerabilidade. Fusilier, Ganster e Mayes (1987), realizaram uma investigação sobre 312 adultos para verificar o efeito amortecedor do cruzamento do locus de controlo com suporte social. Verificaram que o suporte social tinha efeitos benéficos sobre a depressão e as queixas somáticas e que atenuava o impacto do *stress*. Kvam e Lyons (1991), avaliaram 30 homens e 21 mulheres com idades entre os 17 e os 78 anos, que participavam num programa de educação para diabéticos, verificando que: os que tinham maior percepção de suporte social por parte dos amigos eram mais saudáveis; a percepção de suporte social por parte da família era maior para os indivíduos com diabetes tipo II, do que para os de tipo I (insulino-dependente); os homens tinham maior percepção de suporte da família e eram mais saudáveis do que as mulheres; a percepção de suporte social da família e dos amigos aumentava com a instrução. Wohlgemuth e Betz (1991), estudaram a relação entre várias medidas de suporte social (funcional, estrutural e de satisfação), *stress* e sintomas físicos de mal-estar, em 115 estudantes universitários. Os indivíduos foram testados em duas sessões com cinco semanas de intervalo. Os resultados mostraram que o *stress* e o suporte social explicavam de 18% a 29% da variância dos sintomas físicos de mal estar nas mulheres e não tinham significado estatístico para os homens. Haan, Kaplan e Camacho (1987), num estudo em que se propunham investigar o impacto do estatuto sócio-económico na saúde, constatam que as redes sociais, a falta de amigos e a falta de apoio familiar estavam significativamente associadas aos índices de mortalidade. Berkman e Syme (1979), numa investigação com a população do estudo

Alameda (6928 indivíduos escolhidos aleatoriamente), num estudo longitudinal que durou nove anos, verificaram que as pessoas com menos laços sociais e comunitários tinham mais probabilidade de falecer do que os que possuíam laços sociais mais extensos. Numa replicação desta investigação com a população do estudo *Evans County*, Schoenbach, Kaplan, Fredman e Kleinbaum (1986) confirmaram os resultados anteriormente encontrados. Hanson, Isacson, Janzon e Lindell (1989), investigaram se havia associação entre redes sociais, suporte social e influência social, e mortalidade, em 621 indivíduos nascidos, na Suécia, em 1914 e entrevistados e examinados em 1982-83, e seguidos até 1987. A análise dos dados dos que entretanto faleceram permitiu-lhes concluir que as variáveis sociais influenciavam o risco de mortalidade.

### **Suporte social saúde e bem-estar**

Wallston, Alagna, DeVellis e DeVellis (1983), numa revisão da literatura acerca da relação entre suporte social e saúde física, confirmaram a existência de ligações entre as duas variáveis, embora mais modestas do que as verificadas noutras investigações. Kessler, Price, e Wortman (1985), numa revisão sobre o impacto dos aspectos sociais na saúde mental, concluem que o suporte social protege os indivíduos de subsequentes problemas mentais. Lin e Ensel (1989), estudaram o modo como a saúde física era afectada por dois elementos do ambiente; acontecimentos que provocavam *stress* e recursos, nomeadamente, sociais. Recolheram dados de 639 indivíduos representativos de parte da cidade de Nova York, e examinaram as relações entre as variáveis. Os resultados mostraram que: as condições fisiológicas anteriores contribuíam, directamente, para a manifestação de sintomas físicos; *stress* e meio psicológico afectava directamente os sintomas físicos actuais; os recursos sociais amorteciam os efeitos do *stress* social e psicológico, quanto que os recursos psicológicos

amorteciam, apenas, o *stress* psicológico. Concluía que os recursos sociais amorteciam o *stress* psicológico e social, contribuindo para o bem-estar. Minkler e Langhauser (1988), realizaram uma investigação longitudinal, durante cinco anos, com 280 adultos idosos, tendo encontrado uma relação forte entre suporte social e auto-avaliação da saúde. Wilkes (1985), verifica, numa população de mulheres reformadas, que a percepção de bem-estar estava associada, essencialmente e entre outros, à rede de laços sociais. Chi (1986), avaliou o bem-estar de 218 trabalhadores rurais com idade média de 35 anos. Os resultados indicaram que a variação no bem-estar era função do estilo de vida, do suporte social, das condições de habitação e de três variáveis pessoais (idade, sexo e educação). Kolanowski e Gunter (1985), estudaram a percepção de bem-estar, os comportamentos de exaltação da saúde e suporte social, entre outras, de 26 mulheres reformadas com uma idade média de 71,6. As variáveis que se manifestaram relevantes para a percepção de bem-estar incluíam: suporte social, exercício físico, boa alimentação, actividade mental, flexibilidade e capacidade para enfrentar desafios. Ishii-Kuntz (1990), numa investigação sobre 3692 indivíduos com mais de 18 anos, verificou que o bem-estar era maior nos mais velhos do que nos mais novos, e que as práticas sociais (satisfação com as relações familiares e de amizade, frequência de contactos) se correlacionavam positivamente com medidas de bem-estar. Olsen, Iversen e Sabroe (1991), numa investigação sobre 1500 dinamarqueses (16-74 anos), em que procuravam os aspectos do suporte social que afectavam a saúde, constataram que o suporte social não tem a mesma estrutura em todos os grupos etários. O suporte social da família e amigos era mais importante para os jovens, e tanto tinha efeitos positivos sobre a saúde dos mais novos como dos mais velhos. Connell e D'Augelli (1990), estudaram as relações entre características de personalidade, dimensão das redes sociais, percepção de suporte social, comportamentos

sociais de suporte, e percepção de saúde física, em 182 adultos entre os 30 e 39 anos. Os resultados mostraram que havia relações entre as variáveis sociais e que, quanto mais suporte os sujeitos achavam que tinham, melhor classificavam a sua saúde física. Auslander e Litwin (1991), realizaram uma investigação sobre 200 indivíduos entre os 60 e 95 anos, relacionando a estrutura das redes sociais e o suporte social com auto-avaliação da saúde. A percepção de suporte social era a variável que predizia melhor a saúde. Mor-Barak e Miller (1991), estudaram a relação entre suporte social e saúde em 3559 indivíduos com idade média de 78,4 anos, verificando que aquela variável tinha efeitos positivos sobre a saúde. Mor-Barak, Miller e Syme (1991), na continuação do estudo anterior avaliaram se o suporte social actuava enquanto amortecedor dos acontecimentos negativos da vida diária na saúde, ou se actuava independentemente desses acontecimentos. Os resultados indicaram que ambas as hipóteses eram verdadeiras. Kumari e Sharma (1990), avaliaram a relação entre suporte social e quatro índices de bem-estar: *stress* proveniente da realização de papel social, ansiedade, satisfação com o trabalho e bem-estar geral, em 200 médicos do sexo masculino. Aqueles com maior percepção de suporte social tinham menor percepção de *stress* no papel, eram menos ansiosos, tinham maior satisfação com o trabalho e bem-estar mais elevado do que os que tinham menos percepção de suporte social. Dunst, Trivette, Hamby e Pollock (1990), avaliaram as relações entre suporte social, bem-estar pessoal, bem-estar familiar, e um conjunto de características comportamentais e desenvolvimentais infantis, de 47 mães com filhos com idade média de 28,38 meses que tinham atraso mental, motor ou de desenvolvimento. Os resultados mostraram que o bem-estar e o suporte social das mães se relacionavam significativamente com o comportamento das crianças e que o bem-estar e o comportamento se relacionavam significativamente com o progresso das crianças.

### **Suporte social e vida saudável**

Gottlieb e Green (1984), num estudo sobre 1171 homens e 1854 mulheres entre os 20 e os 64 anos, verificaram que a estrutura social influenciava o estilo de vida relacionado com a saúde, quer influenciando os comportamentos, associados à saúde quer pela positiva quer pela negativa. Muhlenkamp e Sayles (1986) estudaram o modo como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam, e o modo como esta relação influenciava o estilo de vida, de 98 indivíduos entre os 18 e os 67 anos. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida. O suporte social tinha, também, um impacto positivo na auto-estima. Slater (1989), avaliou o impacto das redes sociais e do controlo cognitivo na auto-eficácia, e de todas as variáveis na mudança do estilo de vida, em 600 indivíduos de duas cidades dos Estados Unidos. As respostas foram recolhidas durante seis anos. Os resultados evidenciaram a influência das redes sociais na auto-eficácia e, através desta, na mudança do estilo de vida. Umberson (1987) estudou o impacto do suporte social (nomeadamente casamento e paternidade) sobre o estilo de vida de 2246 indivíduos, verificando que casamento e paternidade estavam associados a melhor estilo de vida.

### **Suporte social e comportamento sexual**

Siegel, Mesagno, Chen e Christ (1989), estudaram os factores que diferenciavam homossexuais masculinos que adoptavam práticas sexuais seguras, dos que as não adoptavam, em 100 indivíduos sem sintomas de doenças. Os dados foram recolhidos durante dois anos e consistiam em entrevistas realizadas por entrevistadores homossexuais com intervalos de seis meses. As medidas incluíam suporte social, estilo de vida, auto-estima, uso de drogas e álcool, conhecimento acerca do SIDA, crenças acerca da



saúde e comportamento sexual. Os aspectos relativos ao suporte social e utilização de drogas eram os que melhor distinguiam os dois grupos. A percepção de dificuldade em modificar o comportamento sexual era outra das variáveis que diferenciava os dois grupos. Abdul-Quader, Tross, Friedman e Kouzi (1990), entrevistaram 568 utilizadores de droga (idade média de 35 anos) de Nova Iorque visando avaliar o seu comportamento de risco e de redução de risco para o SIDA, percepção de susceptibilidade para com essa doença e auto-eficácia para implementar comportamentos de redução de risco. O suporte social era um preditor significativo da adopção de comportamentos de prevenção do SIDA. Kaemingk e Bootzin (1990), analisaram os factores que influenciavam o uso de preservativos como protecção contra o SIDA. Como factores importantes identificaram, a informação, a percepção de risco, as atitudes para com o uso de preservativos, a auto-eficácia e o suporte social. Namir, Alumbaugh, Fawzy e Wolcott (1989), estudaram as redes sociais de 50 homossexuais masculinos, com idades entre os 26 e 57 anos, recentemente diagnosticados com o SIDA, relacionando-a com inúmeras variáveis tanto de resposta pessoal como de registos médicos. As variáveis associadas com boa adaptação física e psicológica incluíam satisfação com o suporte social, instrumental e emocional. Os resultados mostraram que não era o número de pessoas da rede social que era importante.

## **PARTE D**

### **Variáveis Dependentes da Investigação**

Nesta parte da investigação serão apresentadas e discutidas as variáveis de saúde. Nessa discussão inclui-se a justificação do seu aparecimento e do modo de as avaliar.

#### **Avaliar a Saúde**

"A avaliação adequada do estado de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais depende da perspectiva que se tem da saúde e da maneira como se concebe e se define a saúde. Concepções estritas da saúde, comuns na abordagem médica, resultam em baixa validade de conteúdo; uma perspectiva ampla cria dificuldades de definição operacional" (Abanoni, 1986, p.40).

Escolher variáveis de saúde é uma acção arriscada, na medida em que a própria definição de saúde é recente e, embora aceite pela comunidade internacional, muitos autores a acham insuficiente (Evers, 1990), e controverso o modo de a avaliar. Segundo Ware (1987) o primeiro passo de um projecto que se propõe escolher variáveis que avaliem a saúde é decidir o que se entende por "saúde": este passo é essencial porque a validade das medidas (de conteúdo, de critério, de constructo) só pode ser julgada a partir de tal definição. A definição base de saúde, já referida e discutida no primeiro capítulo é, para alguns autores, muito vaga (WHO, 1957; May, 1958; Moriyama, 1968), enquanto para outros ela é perfeitamente adequada (Breslow, 1972; Bonnevie, 1973). Inúmeros outros autores têm passado à prática e produzido interpretações do sentido da definição (Abelin, 1991; Downie, Fyfe & Tannabill, 1990; Green & Raeburn, 1990; Ware, 1987).

Na presente investigação a definição de saúde adoptada é a da OMS e segue a recomendação de Golberg e Dab (1987) que defendem que

para objectivos de avaliação, a saúde tem de ser concebida como um "sistema" constituído por elementos parciais, os quais, tomados em conjunto, produzem um produto característico do sistema, neste caso a entidade "saúde", quer de um indivíduo quer da população. Indicadores que reflitam apenas aspectos parciais e que apenas meçam um fenómeno isolado fornecem uma imagem imperfeita da complexidade do sistema como um todo (p.174).

### **Evolução na Avaliação da Saúde**

Até ao fim do século XIX as medidas do estado de saúde da população baseavam-se, exclusivamente, em estatísticas de mortalidade (Goldberg & Dab, 1987). Segundo Moryama (1968) (citado por Bergner, 1985) até ao início da década de 60, os índices de mortalidade forneciam a única medida relevante, sensível, da saúde das populações. Durante o século XX os indicadores de saúde evoluíram, paralelamente ao desenvolvimento social e político, económico, cultural, etc, para se adaptarem às mudanças que ocorriam na problemática de saúde dos países mais ricos: nestes, aquele indicador -mortalidade- deixara de ser sensível aos progressos que se verificaram nos padrões de doença e de saúde. Lalonde (1974), explicava do seguinte modo estas mudanças: "mais de 50% das mortes (no Canadá), em 1971, ocorreram acima da idade de 70 anos. Dado esta mortalidade ocorrer numa idade em que é normal tal acontecer, sobrecarrega o quadro total de mortes e, obscurece o significado relativo das mortes que ocorrem antes de tempo" (p.14). Ou seja, quando uma percentagem grande da população morre numa idade em que é normal isso acontecer, a mortalidade deixa de ser uma medida sensível na

avaliação de uma entidade que se denomina saúde. Tal não aconteceria se as mortes ocorressem, predominantemente, em idades mais baixas, como sucede, ainda, nos países menos desenvolvidos onde poucos chegam aos 70 anos. A mortalidade infantil é, com certeza, um bom indicador de saúde em países que, como o Burkina Faso, têm uma mortalidade de 121 por 1000 nascimentos vivos, a Gâmbia com 147, ou o Afeganistão com 182 (PRB, 1991). Para os países que atingiram a barreira dos 10 por 1000, como é o caso dos países desenvolvidos, aquele indicador perdeu a validade para indicar "saúde".

Segundo Bergner (1985), no início da década de 60 começou a dar-se mais atenção às medidas de morbilidade na avaliação do estado de saúde. Primeiro na forma de incidência de doenças infecciosas e, mais tarde, de doenças agudas e crónicas em geral. Medidas objectivas deste tipo podiam ser recolhidas pelo cálculo de ocupação de camas dos hospitais, pelo número de entradas nos serviços hospitalares ou pelo número de consultas. Estes indicadores, no entanto, reflectiam, apenas, os estados graves, os que requeriam hospitalização ou consulta, minimizando os que, por morarem longe de centros populacionais, por não possuírem recursos ou apoios para se deslocarem, ou por não saberem como proceder em tais casos, não se deslocavam às consultas.

Este tipo de medidas, clássicas, do estado de saúde da população tinham três características em comum (Goldberg e Dab, 1987,p.175):

- 1- Serem baseadas em conceitos de mortalidade e morbilidade; não mediam a saúde em si mas antes o estado de má saúde, uma visão do eixo negativo da saúde. Por outras palavras, a saúde do grupo era medida com base numa minoria da população que ficava doente, ou morria, durante o ano;
- 2- O fenómeno registado (neste caso morte ou doença) era registado de forma binária: presença ou ausência do fenómeno, tudo ou nada;

3- A pessoa responsável pela medição era o médico.

Como afirmava Belloc, Breslow e Hochstim (1971), "tal com a mortalidade não é suficiente como medida de saúde, tão pouco o é a frequência de certas doenças ou incapacidades" (p.328). Para rectificar os defeitos destes indicadores clássicos, os investigadores propuseram o alargamento do conceito de morbilidade e a revisão do conceito de saúde. Por volta de 1968 discutia-se uma grande variedade de indicadores objectivos do estado de saúde: incluíam-se medidas, tanto individuais como populacionais, do estado de saúde, condições ambientais, acesso e disponibilidade de serviços, estado fisiológico, orgânico, bioquímico, dias sem restrição física por doença, e medidas agregadas de saúde funcionando como funções do produto nacional bruto.

No início da década de 70, desenvolveram-se numerosos indicadores subjectivos de saúde, desde aqueles que incluíam um leque pequeno e limitado de elementos sobre o funcionamento físico, até aos que cobriam uma larga variedade de dados sobre o funcionamento físico, social e mental. Estas medidas requeriam, normalmente, a recolha de dados através de entrevistas ou de questionários, muitos destes tendo sido desenvolvidos com o recurso a técnicas psicométricas e testados para estimar dados sobre a validade e fidelidade (Bergner, 1985). Tais medidas, no entanto, foram concebidas na perspectiva de avaliar a ausência de doença em vez da saúde. Como dizia Dingle (1973), tais medidas eram, na realidade, medidas de avaliação da doença: elas eram úteis para avaliar, para medir, a "saúde" hospitalar ( a presença ou ausência de doença) mas não a saúde pública (a saúde das pessoas que não estão doentes). Como os indicadores "negativos" de saúde estão mais facilmente disponíveis, continuam-se a produzir indicadores com grande carga de doença, mesmo em países em que a avaliação da saúde está avançada (Centers for Disease Control, 1991), embora esta avaliação se refira à "saúde"

hospitalar. Não é de admirar, por isso, que em países que têm de fazer elevados investimentos para alterar a produção de estatísticas de saúde (como é o caso de Portugal), a produção deste tipo de dados esteja atrasada.

Para avaliar a saúde no campo da promoção da saúde é necessário desenvolver uma panóplia de medidas capazes de diferenciar um indivíduo saudável de outro mais saudável: são necessárias medidas sensíveis ao estado de saúde pela positiva. Com efeito, num determinado momento, a maioria da população não padece de qualquer doença. Dingle (1973) citando o *Canadian Sickness Survey* de 1950-51, envolvendo 14 milhões de Canadianos, escrevia: "num dia normal cerca de 85% da população afirmava que não estava doente, nem sequer padecia de um mal estar menor" (p.49). Esta conclusão é geral: Ware, Brook, Davies e Lohr (1981) afirmavam, igualmente que, "basear-se em definições negativas de saúde diz pouco ou nada acerca da saúde dos restantes 70 ou 80 por cento da população geral" (p.621).

### **Medidas de Saúde**

Segundo Goldberg e Dab (1987), na segunda metade do século XX os investigadores começaram a abandonar os indicadores que se baseavam, apenas, na avaliação negativa da saúde e a desenvolver medidas de avaliação da saúde global. A novidade desta perspectiva consistiu em considerar a saúde positiva, isto é, a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da incapacidade, da impotência.

Goldberg e Dab referem que, para avaliar a saúde, se desenvolveram três abordagens principais:

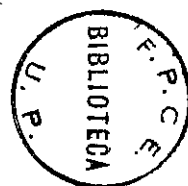
1- Uma abordagem que recorria à percepção do indivíduo, na linha da definição da OMS e de outros;

2- Uma abordagem funcional onde o acento era colocado na capacidade do indivíduo realizar as tarefas sociais e de exercer o seu papel social;

3- Uma abordagem baseada no conceito de adaptação ao meio ambiente.

Ao mesmo tempo Breslow (1989) e Goldberg e Dab (1987) referem que as medidas de saúde individual se podem agrupar em três tipos de índices ou na combinação deles:

- a) índices baseados em medidas fisiológicas objectivas;
- b) índices baseados em medidas de capacidade funcional;
- c) índices baseados no princípio da abordagem perceptiva.



Outros autores propuseram combinações várias destas abordagens, tendo sido a principal dificuldade encontrada, a de definir normas de saúde. Ao conceptualizar a escolha de variáveis e a avaliação da saúde, uma das questões fundamentais que se deve colocar é: "quais são os objectivos da avaliação da saúde? Estes condicionam e orientam a escolha das medidas. Ware, Brook, Davies e Lohr (1981) apresentam cinco grandes categorias de objectivos de avaliação da saúde:

- a) medir a eficácia das intervenções médicas;
- b) avaliar a qualidade dos cuidados de saúde;
- c) estimar as necessidades de uma população;
- d) melhorar as decisões clínicas;
- e) comparar causas e consequências das diferenças de saúde.

Quanto às fontes de informação Lawton (1984) explica que podem ser identificadas as seguintes: o próprio; os outros (por exemplo, médicos, enfermeiros, familiares); e arquivos (notas clínicas, relatórios, análises).

### **Medidas de saúde com base na percepção pessoal**

As medidas de abordagem perceptivas, são cada vez mais aceites, e as investigações têm demonstrado a sua validade: como Breslow (1989) refere, as medidas de avaliação da saúde completamente subjectivas e globais, "são olhadas com grande cepticismo por muita gente da comunidade científica; estas medidas simples de auto-avaliação provaram, no entanto, ser um poderoso preditor da longevidade" (p.S207/8).

Em geral a investigação tem corroborado a validade das medidas perceptuais. Kaplan e Camacho (1983), numa investigação com os 6928 indivíduos do Estudo Alameda, constataram que havia associação significativa entre a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde e a mortalidade: que o risco de morte associado a uma baixa percepção de saúde é consistente, poderoso e persistente: que, embora os níveis de saúde percebida estejam associados a muitas outras variáveis, uma percepção baixa de saúde actua de forma intensa e independentemente dessas variáveis. Rakowski e Cryan (1990), investigando a relação entre a percepção de saúde e índices de estado de saúde funcional, em 13726 indivíduos com mais de 55 anos, constataram que as maiores limitações funcionais estavam associadas a percepções de saúde menos favoráveis. Kaplan (1986) numa investigação com doentes crónicos (73 diabéticos e 105 hipertensos) concluiu que a percepção de saúde se correlacionava com as medidas fisiológicas.

O desenvolvimento de medidas de avaliação da saúde nesta nova perspectiva foi imparável. Este tipo de medidas foi uma consequência lógica dos três documentos publicados na década de 70 -Relatório Lalonde, Saúde para Todos no Ano 2000, Relatório Richmond-, os quais apontaram direcções novas para o campo da saúde. Numa discussão final acerca dos avanços na avaliação do estado de saúde realizada em 1989, Ware referia que os investigadores pareciam ter chegado a alguma concordância na escolha de variáveis de saúde, que referia como: medidas de



funcionamento físico, social e no papel social; saúde mental geral; percepções de saúde em geral. Referia este conjunto de medidas como o mínimo a considerar, em função das definições de saúde aceites, e dos estudos acerca do que as pessoas valorizam no que respeita à sua saúde. A implementação do programa da OMS "Saúde para Todos no Ano 2000" implicou, por exemplo, que os países desenvolvidos (países da região europeia da OMS, mais Canadá, Estados Unidos, Japão, Austrália, Israel e Marrocos) tivessem produzido medidas para avaliar os seus objectivos. Essas medidas estão coligidas num relatório não editado, de Setembro de 1990, da autoria de Silvia Evers. Neste relatório são apresentadas as questões que foram utilizadas nos diversos países para avaliar a percepção de saúde no âmbito do projecto Saúde para Todos no Ano 2000. Como curiosidade, o único país que realizou a avaliação da saúde com base em questões que se referiam, exclusivamente, à doença, foi Portugal.

### **Variáveis de Saúde na Invetigação**

Para o presente estudo a primeira decisão que foi tomada quando se decidiu avaliar a saúde foi que definição adoptar: adoptou-se a definição internacionalmente aceite da OMS. A segunda escolha consistiu no tipo de índices, tendo-se decidido por índices baseados no princípio da abordagem perceptual. A terceira decisão consistiu nos objectivos da avaliação que, globalmente, se podem apresentar como de comparação das causas e consequências nas diferenças de saúde. Partindo da definição base da OMS, identificaram-se três dimensões da saúde, consideradas a dois níveis: dimensões física, mental e social, quer ao nível do bem estar quer da funcionalidade.

Ware (1991) fazendo uma súmula dos últimos 40 anos de investigação, refere que a maioria das medidas de saúde podem ser classificadas em três grandes categorias: estado funcional; bem-estar,

percepção geral de saúde. Recomenda que estas categorias devem ser o mínimo a incluir num projecto de avaliação da saúde.

Na presente investigação a escolha de variáveis de saúde tomou como referência o estudo do grupo da *Rand Health Corporation*. Esta investigação visava, entre outras coisas, avaliar o estado de saúde das pessoas: consistiu numa experiência social em que se escolheram amostras representativas de diferentes comunidades. A selecção das medidas a utilizar na avaliação da saúde começou em 1972. A amostra do estudo incluiu 8000 pessoas de 2750 famílias, de seis locais diferentes, Dayton, Ohio; Seattle, Washington; Fitchburg, Massachusetts; Charleston, South Carolina; e Gerogetown County, South Carolina. Estes locais foram escolhidos para representar as quatro regiões dos *census* do país, e zonas urbana e rural. Entre os dados recolhidos havia dados, demográficos, socioeconómicos, utilização de serviços médicos, dentais, e mentais, tipo de profissionais procurados, estado de saúde, satisfação, e uma variedade de outras variáveis atitudinais. Os primeiros dados globais da investigação foram publicados em 1979 (Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston) . É considerado o mais completo dos estudos sobre a entidade saúde e, resume e aperfeiçoa, muito do que tinha sido publicado anteriormente nesta área. A análise da investigação posterior evidencia a adopção generalizada destas medidas e a sua aceitação em todos os contextos, nomeadamente os clínicos, em que foram utilizadas em versão reduzida para avaliar os resultados de saúde na "saúde hospitalar" (*Medical Outcome Study*) e para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em variadas doenças. Por esta razão decidiu-se adoptar a maior parte das variáveis definidas por estes autores, e os instrumentos criados para as avaliar. As variáveis são as seguintes: saúde física,saúde mental, saúde social, percepção geral de saúde, sintomas físicos de mal-estar.

### **Saúde física**

Definida em termos funcionais, refere-se à realização de, ou à capacidade para realizar, uma variedade de actividades consideradas normais para indivíduos com boa saúde.

### **Saúde mental**

As medidas disponíveis para avaliar a saúde mental baseiam-se, normalmente, em constructos negativos, em doenças, e não na saúde. Alguns dos constructos normalmente utilizadas na avaliação da saúde mental não são adequados para avaliar a saúde (e.g. esquizofrenia), por qualificarem doença, enquanto outros, que são sintomas de perturbação afectiva, que são frequentes em pessoas saudáveis e na medida em que não qualificam doença (e.g. depressão, ansiedade) podem ser usados na avaliação da saúde. A avaliação da saúde mental a utilizar recorre a um conjunto de variáveis que são populares na avaliação do "mental", tais como as já referidas e afecto geral positivo. A avaliação debruça-se sobre estados psicológicos e não sobre estados fisiológicos ou somáticos (i.e. manifestações físicas de problemas mentais).

### **Saúde social**

Na escolha desta variável adoptou-se uma medida diferente da utilizada no estudo da *Rand Health Corporation*. Enquanto nesse estudo os autores, adoptaram medidas objectivas (i.e. número de amigos, frequência de visitas a amigos) ao invés de medidas perceptivas como nas outras variáveis, no presente estudo foi escolhida uma medida de satisfação com as actividades sociais.

### **Percepção geral de saúde**

Esta variável, também utilizada no estudo que serviu de padrão para a definição de medidas, difere das restantes por não se centrar em dimensões específicas de saúde (i.e. física, mental ou social), mas sim na saúde em geral. Segundo os autores, teoricamente estas diferentes medidas - física, mental, social, geral - tornam possível avaliar simultaneamente a informação objectiva que têm da sua saúde e a avaliação subjectiva dessa informação objectiva. A variável foi definida numa perspectiva temporal, propondo-se avaliar as saúdes anterior, actual e posterior.

### **Sintomas físicos de mal-estar**

Optou-se por incluir, ainda, uma variável que recolhe índices de mal-estar. Não é uma medida de avaliação de saúde negativa dado não se debruçar sobre aspectos patológicos, mas sim sobre sinais que são comuns nas pessoas saudáveis.

As medidas de saúde podem ser agrupadas num índice único ou como perfil. As duas hipóteses parecem aceitáveis, visando objectivos diferentes. Medidas de saúde multidimensionais podem fornecer uma nota simples para todas as dimensões ou notas separadas. Bergner e Rothman (1987) afirmam que não é necessário optar por uma ou por outra. Ambas podem ser importantes. No presente estudo as duas hipóteses serão analisadas e discutidas.

## PARTE E

### Variáveis Ambientais

Nesta parte referir-se-ão as variáveis utilizadas como variáveis ambientais.

#### Ambiente

As variáveis escolhidas, são variáveis susceptíveis de avaliar o impacto que o ambiente tem sobre o indivíduo e este impacto define-se pela percepção que este tem do que acontece no ambiente que o envolve. A maneira como o ambiente é avaliado nesta investigação inspira-se na perspectiva de Kurt Lewin(1951) - *life-space* -: nesta perspectiva, o ambiente está construído em termos molares, multidimensionais, não correspondendo, necessariamente, à realidade externa, mas antes ao modo como o indivíduo o percebe.

Como variáveis ambientais foram escolhidas variáveis consideradas clássicas, como as avaliadas pelo *Social Readjustment Rating Scale* de Holmes e Rahe (1967) que representa uma medida do impacto dos acontecimentos geradores de *stress* nos indivíduos, e que, por isso, afectam a saúde. Todas as variáveis adoptadas demonstraram ser geradoras de *stress*, o qual, por sua vez, tem impacto negativo na saúde.

#### Percepção de capacidade económica

A pressão económica é uma das variáveis que têm sido estudadas como geradoras de *stress* (Pearlin, Menaghan, Lieberman & Mullan, 1981). Os estudantes da amostra desta investigação pertencem a um grupo etário de transição: já não são adolescentes mas ainda não são adultos. Um indivíduo é adulto quando se torna capaz de gerir a sua vida de maneira autónoma, o que, na sociedade actual, implica autonomia económica. Os

estudantes, pela idade são adultos, enquanto pela independência económica não o são. Por esta razão, a dimensão económica é susceptível de gerar *stress* e influenciar a saúde.

O satisfação com as condições económicas não tem a ver com o rendimento real: é possível um indivíduo ter um rendimento inferior a outro e maior satisfação com o seu estatuto económico. Por outro lado a avaliação que as pessoas fazem de maneira grosseira parece ser um avaliador adequado do estatuto económico. Num artigo em que o autor questiona a maneira de avaliar as necessidades económicas, com as seguintes questões: Qual é o rendimento suficiente? Suficiente para fazer o quê? Suficiente para quem? e finalmente suficiente de acordo com quem? Dubnoff (1985), coloca a questão de se as respostas a considerar devem ser dadas pelo cidadão comum, de acordo com a sua percepção e as suas necessidades, ou pelos especialistas. Para além de tender a sustentar o ponto de vista subjacente à presente investigação, que considera que o importante é o ponto de vista do cidadão alvo, a investigação conclui que "amostras de pessoas normais podem ser especialistas sobre qual o rendimento necessário" (p.298), quer relativamente a si próprios quer relativamente a outros.

### **Acontecimentos geradores de *stress***

Na base dos estudos que analisam o impacto dos acontecimentos da vida diária na saúde, está a publicação do *Social Readjustment Rating Scale* (Holmes e Rahe, 1967). Na conclusão deste tipo de estudos afirma-se que, quanto maior for a magnitude da mudança ocorrida na vida de um indivíduo (ou da crise de vida), maior é a probabilidade de que a mudança esteja associada com a manifestação de uma doença. A escala de Holmes e Rahe incluía 43 acontecimentos que recebiam uma pontuação conforme a sua importância que, finalmente, contribuía para a magnitude do *stress*

gerado e do impacto na saúde. Este estudo destinava-se à população em geral e não a uma população estudantil. Williams e Uchiyama (1989) revelam que tem havido um aumento substancial de técnicas de recolha de acontecimentos geradores de *stress* destinados a idades mais novas. No presente estudo, esta variável foi medida com base num questionário desenvolvido para estudantes.

### **Temas preocupantes**

Enquanto a percepção de capacidade económica questiona o que o indivíduo pensa da sua situação económica, a segunda avalia o que aconteceu na vida do sujeito, esta avalia os aspectos que podem preocupar os estudantes universitários, independentemente do que acontece realmente. A lista de acontecimentos susceptíveis de preocupar esta população foi adaptada de uma construída para estudantes universitários.

## **PARTE F**

### **Variáveis Demográficas**

Na análise de dados serão consideradas as seguintes variáveis demográficas: número de reprovações na vida total de estudante, expressa em reprovados, para os que já reprovaram alguma vez, e não reprovados; com quem vive durante as aulas com sete categorias de coabitação, só, num lar, com namorado ou cônjuge, com os pais, com outros familiares, com uma família que não a sua, com amigos; aproveitamento escolar, que expressa a percepção individual de que o seu aproveitamento escolar actual é muito acima da média, acima da média, médio, abaixo da média e muito abaixo da média. Foi recolhida informação sobre idade, sexo, ano de escolaridade e escola frequentada.

Algumas variáveis demográficas foram experimentadas no estudo piloto e retiradas por inadequação.



### **CAPÍTULO III**

#### **MODELO DE COMPREENSÃO DA ESCOLHA DAS VARIÁVEIS**

# INTRODUÇÃO

## Parte A- O Modelo Sistémico

Importância de uma Perspectiva Ecológica	173
Psicologia do Desenvolvimento e Saúde	177
Teorias do Desenvolvimento	178
Princípios Sistémicos do Desenvolvimento Humano	185
Abordagem Sistémica	187
Psicologia ecológica, e perspectiva sistémica--	192
Composição dos Sub-Sistemas: um Modelo	193
Contextos de promoção da saúde--	193
Estrutura física dos sistemas vivos--	196

## PARTE B-Factores de Risco e o Modelo Sistémico

História dos Factores de Risco	202
Factores de Risco e Política	204
Limitações da Aplicação à Saúde da Noção de Factor de Risco	205
Factores de Risco, Grupos de Risco e Situações de Risco	207

## PARTE C - Modelos de Explicação e Intervenção na Promoção da Saúde

<i>Health Belief Model</i>	212
Teoria da Aprendizagem Social	213
<i>Fishbein's Theory of Reasoned Action</i>	214
<i>Triandis' Theory of Social Behavior</i>	215
<i>Multiattribute Utility Model</i>	216

## PARTE D- Relação Entre as Variáveis da Investigação

Relação Entre as Variáveis da Investigação	217
--	-----

## INTRODUÇÃO

O presente capítulo divide-se em quatro partes: na primeira apresenta-se e justifica-se, o modelo conceptual de saúde e doença que orienta a investigação; na segunda parte discute a noção de factor de risco para a doença, enquanto representante da Primeira Revolução da Saúde, e como esses aspectos devem ser pensados numa perspectiva sistémica consentânea com a Segunda Revolução da Saúde; na terceira parte, apresenta um conjunto de modelos que foram, ao longo dos anos, concebidos para a intervenção na área da prevenção da doença, da educação e da promoção da saúde; finalmente, na última parte, propõe um modelo de relações entre as variáveis da investigação.

Como se subentende da exposição apresentada no primeiro capítulo, acredita-se que uma perspectiva sistémica ou ecológica, é útil para conceber as relações entre as diversas variáveis passíveis de serem concebidas como variáveis de saúde, e que, por sua vez, a saúde é parte de uma cadeia ecológica mais vasta que abrange a educação, a economia, o emprego, o ordenamento territorial, a produção industrial, o turismo, etc. A proposta do *Health Field Concept*, apresentada por Lalonde (1974) caminha neste sentido. Nesta incluem-se, aspectos biológicos, do meio ambiente, do estilo de vida e a organização dos cuidados de saúde: o autor explica que se trata de um sistema de análise de todos os aspectos relacionados com a saúde e a doença.

No final do século XX as ideias ecológicas estão no centro das preocupações dos habitantes dos países desenvolvidos. No entanto, em período de crise económica, como ocorre periodicamente, as preocupações ecológicas são muitas vezes relegadas para segundo plano: isto é patente, na forma mais simples, quando, por exemplo, uma indústria altamente poluidora é obrigada a encerrar. Quando isto ocorre, os trabalhadores e

suas famílias, a par com os pequenos comerciantes que compõem o pequeno sistema onde a fábrica labora, opõe-se ferozmente às medidas que supostamente os beneficiaria. Acontecimentos deste tipo, alertam para a necessidade de conceber o emprego, enquanto fenómeno económico e social, como parte importante da cadeia ecológica. Alertam ainda, para o facto de que a ecologia é uma preocupação secundária para as populações que têm de lutar pela sobrevivência imediata, e que não se lhes pode pedir para pensarem no mundo de amanhã quando têm de pensar na sobrevivência hoje. Na realidade, a ecologia não é mais importante que os problemas de sobrevivência que se colocam à maior parte da população mundial. Ela só é um problema importante para os que têm a sobrevivência garantida.

Se o homem da rua pode relegar as preocupações ecológicas para segundo plano, os políticos têm obrigação de a colocar no topo das prioridades, na medida em que compromete todo o futuro. As preocupações ecológicas deveriam ter como consequência mais importante, em termos políticos, a consideração que, cada decisão que é tomada, tem repercussões, não só nas decisões que se poderão tomar no futuro, como nas que são tomadas, no mesmo momento, por outros políticos. As preocupações ecológicas não têm só a ver com a sobrevivência das espécies e com a diversidade biológica. Elas têm, sobretudo, que ver com os componentes e as relações dos diversos elementos que compõem a vida do dia a dia de todas as pessoas, e se repercutem nessa dimensão etérea que se convencionou chamar saúde.

Um modelo ecológico na saúde implica conceber: que a promoção da saúde, a protecção da saúde, a prevenção da doença e a remediação, são parte da mesma realidade; que educação e bem estar económico são os principais factores de risco para a saúde da população; que o meio ambiente urbano, quer em termos arquitectónicos ou funcionais, quer em

termos da qualidade do ar que se respira, da água que se bebe ou do ruído que se ouve, quer da densidade populacional e das migrações, entre outros, tem repercussões fortes na saúde da população; que o meio ambiente mais vasto, por exemplo a destruição da camada de ozono ou os acidentes nucleares, não têm fronteiras, e têm repercussões gravíssimas na saúde; que os indivíduos, a comunidade, o governo, têm um papel importante na consecução da saúde da população.

Conceber a saúde deste modo implica um modelo de explicação da realidade que orienta todas as explicações parcelares. É esse modelo que será explicado nas próximas quatro partes.

## **PARTE A**

### **O Modelo Sistémico**

Esta parte propõe-se: justificar a importância de uma perspectiva ecológica; defender as vantagens da adopção de uma perspectiva ecológica da saúde; explicar como uma perspectiva desenvolvimental, à semelhança das teorias desenvolvimentais, clássicas em psicologia, é útil para conceber uma perspectiva sistémica; apresentar os princípios inerentes aos modelos sistémicos; apresentar os componentes passíveis de serem considerados numa perspectiva ecológica da saúde.

### **Importância de Uma Perspectiva Ecológica**

As mudanças ocorridas no planeta Terra nos últimos 15 biliões de anos permitiram ao homem atingir o ponto em que se encontra hoje. Mudanças, muito lentas por vezes, muito rápidas noutras, moldaram a vida na terra tal como é conhecida. Nesta lenta viagem, milhares de espécies desapareceram e milhares de outras surgiram em resposta adaptativa, ecológica, às mudanças ocorridas.

Segundo Katz e Wallace (1974) o equilíbrio ecológico tem sido um elemento fulcral no desenvolvimento da humanidade. Estes autores explicam que:

num sentido evolucionário alargado, o sistema sociocultural humano tem sido capaz de proteger e isolar o homem de certos efeitos prejudiciais do meio ambiente. Por outras palavras, ao longo do tempo, a população humana adapta-se ao seu ambiente nativo, não apenas através de determinadas características fisiológicas, geneticamente determinadas, mas também através da cultura que, por esse meio mantém um equilíbrio dinâmico com os processos de mudança ambientais (p.1050).

Quando este equilíbrio era perturbado surgiam as epidemias que dizimavam populações que não estavam preparadas para se defender de microorganismos desconhecidos. Exemplos deste tipo ocorreram aquando dos descobrimentos: em 1519 a população nativa do México era estimada em cerca de 30 milhões, tendo caído para 3 milhões em 1568. Esta diminuição ocorreu, em grande parte, devido à introdução, pelos conquistadores, de organismos patogénicos desconhecidos naquele meio, neste caso a varíola e o sarampo. Ao mesmo tempo, o contacto com as civilizações do outro lado do Atlântico facilitaram a transformação da bactéria transmissora da sífilis - *Treponema Pallidum* - de modo a que se tornasse eficiente através da transmissão sexual, o que não ocorria antes. Esta doença, praticamente desconhecida antes das descobertas, teve, por sua vez, efeitos devastadores no velho mundo.

A revolução industrial, tal como 200 anos antes as descobertas, provocaram grandes alterações no modo de vida de grande parte da população do planeta, e as mudanças que a acompanharam causaram grandes alterações no meio físico e social e no estilo de vida do homem. A revolução pós-industrial, ao reconhecer, pela primeira vez, a necessidade do equilíbrio ecológico para a sobrevivência da humanidade, propõe-se restabelecer equilíbrios que existiam há centenas de anos. Esta tentativa de restabelecimento, instalada ao nível dos discursos não parece acompanhar a acção. A crise ecológica está instalada: imagens de fome e infecções nos países do sul, poluição química, espacial, sonora e visual, mecanização da vida diária nos países do norte, ocupam diariamente os *media*. Não se trata, já, de defender qualquer espécie em vias de extinção, ou de salvar uma floresta que é pulmão do planeta. Trata-se de uma crise que afecta todo o sistema que constitui o planeta Terra. Neste contexto de crise ecológica, surgiu a necessidade de estudar as repercussões humanas, dando origem ao conceito de "ecologia humana"

A ecologia humana abarca mais do que a relação entre o homem e o meio ambiente. A ecologia ensina-nos que todas as forças sociais, físicas e biológicas, actuando sobre o homem, direccionam o seu desenvolvimento e moldam a sua natureza. O corpo e a mente estão em modificação constante e, conseqüentemente em formação, devido a estímulos que induzem reacções formativas. (Dubos, 1979b, p.388).

Embora actualmente se estudem, fundamentalmente, os efeitos nefastos das alterações ecológicas chegará o dia em que a ecologia humana estará apta a dar mais atenção aos efeitos benéficos e positivos do meio, do que aos efeitos patogénicos. Segundo Dubos, adoptar uma perspectiva ecológica, mais concretamente de ecologia humana, implica a adopção de uma nova atitude intelectual e científica

diferente da que é considerada adequada na biologia em geral e noutras ciências biomédicas, porque ela tem de lidar com os efeitos indirectos e a longo prazo, exercidos (no ser humano) pelo ambiente e pelo estilo de vida, mesmo se esses factores não tiverem, aparentemente, influência imediata. Seria fácil ilustrar a importância desses efeitos indirectos e a longo prazo, discutindo, por exemplo, o papel da abundância ou falta de alimentos, das várias formas de poluição química e microbiana, dos efeitos do ruído ou outros estímulos, da densidade e, especialmente, das rápidas mudanças populacionais; em resumo, de todas as forças ambientais que actuam sobre o homem de todas as classes sociais, em todos os locais. Devemos salientar que os efeitos mais importantes do ambiente e do estilo de vida são, frequentemente, difíceis de reconhecer, dado só se manifestarem, indirectamente, após algum tempo. (Dubos, 1979b, p.394/5)



A saúde é um elemento fundamental na evolução das espécies vivas. Com efeito, não é suficiente estar vivo: é essencial que haja energia e vigor para actuar, que haja relaxamento e calma para reflectir, num estado de vigilância activo, mesmo na ausência de acção, que haja expectativas de futuro, desejo e, finalmente, que haja equilíbrio entre estas diferentes funções, e entre estas e o ambiente onde tudo se passa.

Para que tudo isto ocorra é necessário saúde. Como afirmava Sigerist em anos longínquos (1941), ser saudável é ser bem equilibrado corporal e mentalmente e bem ajustado ao meio físico e social, é estar em controlo total dos recursos mentais e físicos, é adaptar-se às mudanças do meio (desde que não excedam os limites normais), é contribuir para o bem estar da sociedade de acordo com a sua capacidade. A saúde é algo positivo, uma atitude jovial, alegre, perante a vida, é aceitação, bem disposta, das responsabilidades que a vida impõe.

O movimento da promoção da saúde contém, implícito, um conjunto de asserções acerca da natureza humana que devem ser tornadas explícitas. É necessário definir um modelo alternativo ao modelo biomédico influenciado pelo modelo cartesiano, que inclua a compreensão dos processos causais mútuos, entre o funcionamento psicológico, comportamental, biológico, bioquímico, e social. Dito de outra maneira, é necessário adoptar um modelo conceptual que represente o indivíduo como uma unidade estrutural e funcional em desenvolvimento, como uma organização complexa, em transacção contínua com um meio ambiente (tecnológico, biológico, arquitectural, paisagístico, etc.) em mudança. A psicologia do desenvolvimento já se defrontou com este problema e produziu modelos que podem ser úteis para conceptualizar a saúde nesta nova perspectiva.

## **Psicologia do Desenvolvimento e Saúde**

Um dos domínios mais caros à Psicologia é a psicologia do desenvolvimento. Esta tem implícita, em algumas das suas teorias mais ricas, o paradigma ecológico e sistémico. Na perspectiva da psicologia do desenvolvimento, a ecologia do desenvolvimento humano "envolve o estudo científico da acomodação progressiva e mútua, que existe entre um ser humano activo, em crescimento, e as propriedades em mudança do contexto imediato no qual o ser em desenvolvimento vive. Este processo é afectado pelas relações entre esses contextos, e por outros mais vastos, onde os primeiros estão inseridos" (Bronfenbrenner, 1979, p.21). Esta perspectiva, para além de assumir que o indivíduo em desenvolvimento é activo, e que é uma entidade dinâmica actuante e reestruturante do meio onde habita, assume que, por sua vez, o meio também exerce influência sobre ele, requerendo um processo de acomodação mútua: a interacção entre pessoa e meio é vista como bi-direccional, ou seja, caracteriza-se pela reciprocidade.

Uma perspectiva desenvolvimental está subjacente ao modo como a saúde é concebida na presente investigação: a saúde é uma entidade que se pode desenvolver. A saúde (como o Homem) pode ser concebida numa transição contínua entre estados, do menos adequado para o mais adequado, do menos complexo para o mais complexo. Tal como na psicologia do desenvolvimento, a passagem de estados menos adequados para estados mais adequados pode ser intencionalizada através da intervenção. A intervenção poderá ser realizada através da acção de profissionais diferenciados que foquem, em simultâneo diferentes níveis e funções do sistema.

## Teorias do Desenvolvimento

Dado esta investigação ocorrer no seio da psicologia, e se considerar a saúde um conceito desenvolvimental, discutir-se-à a noção de desenvolvimento adoptada pela psicologia, de modo a facilitar a compreensão da noção da promoção da saúde.

Como acontecimento não normativo (Baltes, Reese, e Lipsit, 1980), a saúde é um factor decisivo no desenvolvimento humano, um domínio fundamental na vida das pessoas, ao longo de todo o ciclo de vida. A saúde, acompanha o desenvolvimento humano, do nascimento à morte. Para Bronfenbrenner e Crouter (1983), "o desenvolvimento humano envolve a mudança, durante o ciclo de vida, dos padrões de comportamento ou de percepção, resultantes da interacção, entre as características biológicas do indivíduo em desenvolvimento, e as do meio ambiente onde vive" (p.359). Uma mudança ocasional no modo de se comportar ou pensar, não pode ser considerada desenvolvimento. Ao considerar a saúde do ponto de vista do desenvolvimento humano, dois processos assumem uma posição importante: os processos de desequilíbrio e os processos homeoréticos ou heterostáticos. Os primeiros referem-se à estimulação que o organismo deve receber, os segundos às reacções adaptativas.

A psicologia do desenvolvimento tem conceptualizado o modo como a mudança ocorre no ser humano e, simultaneamente, o modo como se pode influenciar essa mudança. Por exemplo, Piaget, é um dos autores que assume uma perspectiva sistémica do desenvolvimento humano. Ao referir-se ao desenvolvimento mental considera que ele depende dos seguintes factores: maturação, experiência física, experiência lógico-matemática, experiência e transmissão social, e equilibração. Este último factor é o que dá uma perspectiva sistémica à teoria. Com efeito, a equilibração, é o mecanismo que regula a interacção dos restantes factores, e que garante

que eles se desenvolvam (de forma equilibrada). Uma nova aquisição, por exemplo, a maturação do sistema nervoso, facilita, ou precede, a aquisição de experiência física que, por sua vez, se repercute em experiência lógico matemática mais complexa, e assim sucessivamente, ocorrendo, então, desenvolvimento através do estabelecimento de equilíbrios em patamares cada vez mais complexos. O desenvolvimento não ocorre porque um dos factores se desenvolve isoladamente, mas sim porque todos os factores se desenvolvem equilibradamente.

Do desenvolvimento que se manifesta como equilíbrio temporário, em patamares cada vez mais complexos, diz-se que ocorre numa perspectiva homeorética (ao invés de homeostática). Homeoresis é uma palavra de origem latina, composta por *homéo* que significa constante, ou o mesmo, e *rhéo*, que significa fluxo, ou corrente contínua. Assim, ao invés da homeostasia que defende a ideia de um estado constante, a ideia de homeoresis defende a de uma mudança constante, de um fluxo constante.

Num ponto de vista dinâmico implícito na ideia de desenvolvimento, deve-se considerar que o organismo humano está em entropia ou em desordem, e que, através das propriedades que são próprias dos sistemas vivos, tende a organizar-se e a reconstruir-se, para novamente entrar em desordem. Este processo é inerente à vida e tem-se mantido ao longo dos últimos biliões de anos. A evolução humana, como a dos organismos em geral, resulta de interacção do indivíduo com o meio ambiente e, devido às propriedades de sistema aberto dos organismos vivos - auto-organização e auto-construção - há um processo constante de estabelecimento de equilíbrio entre os diversos componentes do sistema.

Como já foi referido, o processo de estabelecimento de equilíbrio não é um processo homeostático. A manutenção de um estado estável - a homeostasia - é evidente, e essencial, em determinados sistemas biológicos mais simples, tais como o nível do ph ou da temperatura

corporais. Vários autores têm, no entanto, achado o conceito de homeostasia insuficiente para explicar o equilíbrio dinâmico inerente ao comportamento e desenvolvimento de sistemas mais complexos. Em vez do conceito de homeostasia proposto por Cannon (1936), Waddington (1969) propõe o conceito de homeoresia e Selye (1974) o de heterostasia<sup>1</sup>. Estes dois conceitos significam, também, a restauração de equilíbrio, já não num mesmo nível, ou num nível absoluto, mas sim em níveis cada vez mais complexos, ou mais adequados, à nova situação: são conceitos desenvolvimentais por excelência, e ecológicos, ao invés de estáticos. A diferença entre estes conceitos, consiste em que o primeiro- homeoresia - implica aumento de complexidade enquanto o segundo não.

O conceito de homeoresia foi apresentado por Waddington para designar sequências de desenvolvimento. Uma reacção homeorética tenderia a puxar para a via apropriada de desenvolvimento, qualquer organismo que, devido a uma qualquer influência externa, se tivesse desviado dela; o desenvolvimento processava-se através de uma sequência de creodos que funcionavam como marcadores do caminho a percorrer (Waddington, 1968). Nesta perspectiva embriológica o desenvolvimento percorreria uma sequência pré-determinada, num calendário preciso. A noção de creodo salienta a importância da trajectória do desenvolvimento, em vez do estado final, e a homeoresia salienta a constância de uma trajectória, um fluxo, em vez de um estado (Waddington, 1968).

O desenvolvimento pode ser conceptualizado de modo quantitativo ou qualitativo. Numa perspectiva quantitativa considera-se que, até certa

---

<sup>1</sup> Entre os autores que defendem a perspectiva sistémica não há concordância quanto ao significado dos conceitos que utilizam. Por exemplo, enquanto Nicholas e Gobble (1990) utilizam o termo heterostesia para se referirem a desregulação conducente a doença, como sinónimo de declínio, Selye (1974) define-o como o estabelecimento de um novo estado de equilíbrio, alcançado por força de acções que estimulam e aumentam as capacidades, de maneira a elevar o nível de resistência do organismo.

altura, as mudanças tendem a ser incrementais, resultando em aumento da capacidade funcional, para, a partir de certo momento, esta tender a diminuir. Numa perspectiva qualitativa reconhece-se que há mudança na qualidade da produção mas não na quantidade: o sistema, ou o indivíduo, tende a produzir de maneira diferente, e não mais ou menos.

A sociedade em geral, foi dominada por modelos quantitativos até há bem pouco tempo. Subjacente a esses modelos estava a ideia que o crescimento era infundável, quer se referisse ao crescimento económico das sociedades, ao populacional, à produção industrial, quer se referisse à prática desportiva: seria sempre possível correr cada vez mais rápido, saltar cada vez mais alto, ou lançar cada vez mais longe. A emergência da consciência ecológica tende a fazer substituir os modelos quantitativos por modelos qualitativos.

Referindo-se ao ser humano, era suposto que o decrescimento era o estado natural desde muito cedo, normalmente após a década dos 20-30 anos. Por exemplo, quando se estudava a inteligência humana, considerava-se que esta crescia até cerca dos 25 anos e depois diminuía de forma constante. No entanto, investigações recentes desmistificaram esta perspectiva. Por exemplo, Schaie (1990) numa investigação longitudinal que durou sete anos, no âmbito do *Seattle Longitudinal Study*, no qual foi avaliado o nível de funcionamento intelectual de indivíduos que no final desse período tinham entre 60 e 81 anos, concluiu que "dependente do grupo etário, entre 60 e 85% de todos os participantes permaneceram estáveis ou aumentaram as suas capacidades específicas" (p.296). Este tipo de resultados alerta para que o desenvolvimento não termina no primeiro quarto da vida, podendo prolongar-se até ao fim da existência.

O senso comum tende a aceitar que, se tal é possível para a dimensão psicológica, não o é para a dimensão física. Ou seja, se alguns processos psicológicos podem aumentar em complexidade durante toda a

vida, há tendência para aceitar que a nível físico o que predomina são os processos decrementais: o idosismo (conceito perjurativo) tende a aceitar o processo de envelhecimento como um processo fatal. No entanto, a investigação não vai no mesmo sentido, e o padrão verificado para o funcionamento intelectual aplica-se a dimensões não intelectivas. Por exemplo, Spirduso e MacRae (1990) referem que, num estudo do *National Center for Health Statistics* dos Estados Unidos, em que 38,3 milhões de indivíduos foram avaliados quanto à sua capacidade de trabalho em diferentes situações, verificou-se que, entre os 55 e 74 anos, aumenta a percentagem de indivíduos que têm dificuldades nas diferentes situações, mas que 58% deles não tinha dificuldade em nenhuma delas. Numa perspectiva da primeira revolução da saúde há tendência para salientar a primeira afirmação enquanto numa perspectiva da segunda revolução da saúde a segunda afirmação é mais importante. De uma maneira geral, e referindo-se à dimensão física, a investigação constata que os idosos (grupos entre os 50 e os 79 anos) respondem positivamente à quantidade de estimulação (Cononie, Graves, Pollock, Phillips, Summers, & Hagberg, 1991; Cress, Thomas, Johnson, Kasch, Cassens, Smith, & Agre, 1991; Perri, & Templer, 1985; Peterson, Peterson, Raymond, Gilligan, Checovich, & Smith, 1991). Segundo Nicholas e Gobble (1990), o que parece ocorrer é uma dificuldade de restabelecimento de equilíbrios, e um aumento de processos desregulatórios, devido à senescência.

Como conclusão deste tipo de investigação, parece que a estimulação, a prática, mantém os sistemas em níveis óptimos de funcionamento: no caso das investigações referidas, a diferença era notória entre os indivíduos que se mantinham inactivos e os activos. A estimulação, a carga, provoca um desequilíbrio a que um processo de adaptação responde, restaurando o equilíbrio, num nível mais adequado para responder à solicitação desses estímulos.

O conceito de promoção da saúde tem implícita a ideia que esta pode desenvolver-se ao longo do ciclo de vida, e que esta evolução é qualitativa. No ciclo de vida humano (e nos sistemas vivos em geral), há mudanças constantes nas possibilidades e no funcionamento dos diversos componentes dos sistemas de vida: finalmente, estas mudanças manifestam-se de modo muito diferente nos vários sub-sistemas que suportam a vida, de tal modo que nuns casos são incrementais, noutros se mantêm e noutros são decrementais. A promoção da saúde pressupõe a ideia que a saúde é um processo em vez de um estado, processo dependente do jogo de estimulação-reacção, constante, do organismo.

Quererá isto dizer que, se devidamente estimulado, o indivíduo nunca morre? admitir tal hipótese seria contrariar os princípios ecológicos e sistémicos assumidos na presente investigação. Mesmo supondo que Matusalém existiu e viveu mais de 900 anos, ele acabou por morrer. Os seres humanos colocam questões acerca da imortalidade do espírito que remetem para o fóro da fé, da religião, mas não questionam a imortalidade do corpo. Aceitar a morte como inerente ao processo de desenvolvimento é essencial para o próprio bem-estar do indivíduo: tal perspectiva é parte integrante, por exemplo, da teoria de desenvolvimento humano de Erik Erikson (1968), outro dos autores a utilizar o termo de estilo de vida. A promoção da saúde, conceptualizada como desenvolvimento, não se propõe imortalizar o corpo, não se propõe, sequer, dar mais anos à vida: embora a investigação demonstre, claramente, que um estilo de vida saudável junta mais anos à vida, o elemento essencial consiste, sim, em dar mais vida aos anos.

As mudanças que se podem considerar desenvolvimentais tendem, portanto, a ser mais qualitativas do que quantitativas: elas variam, quer quanto ao momento em que ocorrem, quer quanto à sua natureza. Embora haja tendência para considerar como sinónimos desenvolvimento e



incremento, o desenvolvimento, ao invés de ser considerado como mero incremento, deve ser visto como uma situação de equilíbrio, em patamares cada vez mais complexos: desenvolvimento é, essencialmente, aumento de complexidade. O equilíbrio consiste na forma mais económica de interacção entre os diversos sub-sistemas em presença (biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, etc.). O desenvolvimento deve ser concebido como a restauração do fluxo de desenvolvimento, da homeoesia entre todos os componentes do sistema de vida, quer os pessoais, quer os ambientais e sociais, ao longo do ciclo de vida.

A interacção com o meio ambiente proporciona aos organismos uma quantidade de estimulação que, se adequada, desencadeia processos de adaptação, e promove o desenvolvimento. Diversos autores têm salientado esta necessidade de estimulação adequada para que exista desenvolvimento, quer seja psicológico ou físico. Na área do desenvolvimento cognitivo, por exemplo, a noção de Zona de Desenvolvimento Próximo (ZDP), de Vigotsky (1978) e da sua escola sócio-histórica ou cultural, defende e demonstra que a estimulação intelectual adequada (dentro de uma zona que denomina ZDP) permite ao indivíduo aumentar a sua capacidade cognitiva. No domínio corporal, Harre (1982) define um processo semelhante: referindo-se à utilização de estímulos (ou cargas) com vista a promover o desenvolvimento, a capacidade física, processo a que chama "sobrecompensação", define adaptação como "ajustamento funcional, dos sistemas psicológicos e físicos, a um padrão de realização mais elevado e a condições externas específicas, através da influência de cargas externas" (p.54). Selye (1974), ao explicar a teoria do *stress*, apresenta o Síndrome Geral de Adaptação (SGA) como um processo essencial à vida, numa perspectiva muito semelhante à do autor anterior, embora aplicada a contextos diferentes. O SGA é uma resposta não específica (enquanto a referida pelo autor anterior é específica) a um

estímulo, que inclui três fases: reacção de alarme, fase de resistência e fase de esgotamento. A heterostasia - restabelecimento do equilíbrio num novo estado de equilíbrio- depende do jogo entre estas três fases, da escolha da intensidade dos estímulos ou cargas, e é, como o próprio Selye refere, um processo activo do organismo. A ausência de estimulação, tal como a estimulação exagerada provocam destruição e conduzem à morte.

Às perspectivas interessadas no desenvolvimento humano em todas as dimensões significativas da vida do indivíduo, que ocorre durante toda a vida, desde a concepção até à morte, chama-se, frequentemente "desenvolvimento no ciclo de vida". Esta caracteriza-se como uma perspectiva ou uma abordagem ao estudo do desenvolvimento e não como uma teoria ou modelo específico de desenvolvimento. Não está ligada a uma área específica do desenvolvimento (tal como a cognição), ou a um período etário (tal como a idade adulta), nem alinha com uma orientação teórica particular (desenvolvimental, cognitiva ou comportamental). Antes, procura compreender o indivíduo em desenvolvimento, ao longo da vida, no seio de um contexto sociocultural e ecológico em mudança. Salienta e reconhece que, a plasticidade do comportamento se prolonga durante toda a vida e, por isso, ao longo desta existe potencial para alterar as características pessoais (Schaie & Willis, 1982). Enquanto as perspectivas tradicionais de desenvolvimento salientavam as mudanças individuais num mundo estático, a perspectiva do ciclo de vida salienta a relação dinâmica e interactiva entre o indivíduo e o mundo (Lerner & Spanier, 1978): é uma perspectiva ecológica.

### **Princípios Sistémicos do Desenvolvimento Humano**

A concepção sistémica, em psicologia, tem estado, desde há muito, presente nos modelos explicativos do desenvolvimento humano. As perspectivas de desenvolvimento humano podem assumir formas

radicalmente diferentes para o explicar. Reese e Overton (1970) discutem detalhadamente os modelos mecânico e organísmico considerados paradigmas de perspectivas radicais de conceber o desenvolvimento: o primeiro configura as perspectivas de inspiração cartesiana e newtoniana, em que se insere, por exemplo, o modelo biomédico: o segundo as perspectivas sistémicas. Segundo estes autores, os dois modelos diferem em vários aspectos:

a) O primeiro aspecto refere-se à metáfora básica, máquina *versus* organismo. O universo encarado como uma máquina, consiste num conjunto de peças discretas. Estas e as suas relações constituem a realidade, à qual se podem reduzir todos os restantes fenómenos complexos. Nesta perspectiva a realidade pode ser quantificada de maneira a descrever as relações entre as peças. Este modelo deriva da versão newtoniana do cosmos: a mesma lei aplica-se aos elementos simples e suas interacções, do mesmo modo que às interacções mais complexas. Em contraste, quando o universo é visto como um organismo, os componentes obtêm parte do seu significado do todo onde se inserem. Nesta perspectiva, a investigação toma por objecto, os princípios organizacionais ou a explicação da relação entre as partes e o todo, ao invés de derivar do todo um conjunto de processos elementares;

b) o segundo aspecto, em que as duas perspectivas se diferenciam, refere-se à fonte de motivação. A perspectiva mecanicista é descrita por Reese e Overton como meramente reactiva, passiva, onde o sujeito é considerado um organismo vazio. Na perspectiva mecânica o indivíduo é visto em repouso, sendo este o estado inerente, apenas se tornando reactivo sob a influência de forças externas. Esta máquina newtoniana tem de possuir uma fonte de motivação externa. Em contraste, na perspectiva organísmica a essência do indivíduo não consiste nas suas partes mas sim na sua actividade. O indivíduo, o organismo, está numa situação de

transição contínua de um estado para outro: não é necessária uma fonte de motivação externa dado que a actividade faz parte da definição da própria vida;

c) O terceiro aspecto em que os modelos se diferenciam consiste na sua posição epistemológica. Na perspectiva mecânica o indivíduo conhecedor tem um papel passivo, na tradição da tábua rasa (i.e. nada é conhecido na mente que não tenha primeiro entrado pelos sentidos). O cérebro humano copia a realidade sem lhe adicionar nada. Na perspectiva organísmica, o conhecimento é uma construção em que o indivíduo participa, como consequência da actividade e da organização que lhe são inerentes. O conhecimento é produto da interacção entre um conhecedor activo e a realidade externa.

Concluindo pode-se dizer que na perspectiva sistémica, próxima do modelo organicista, o indivíduo é uma unidade mais complexa do que a soma das partes, é activo, é capaz de tomar a iniciativa (e não meramente reactivo), e constrói da realidade (deseja, aprecia, julga, tem expectativas, etc.).

O esforço mais articulado para transformar o modelo organísmico numa teoria rigorosa e útil, quer na investigação quer na intervenção, é a Teoria Geral dos Sistemas (Sameroff, 1983). A escolha da Teoria Geral dos Sistemas como suporte conceptual desta investigação, pretende salientar a adopção da perspectiva de desenvolvimento inerente ao modelo organísmico, e dos princípios acima descritos.

### **Abordagem Sistémica**

A saúde, concebida na perspectiva da segunda revolução da saúde, já não consiste na soma de saúdes parciais (mental, física, social), mas numa saúde global, sistémica. Ela não só é considerada como uma entidade única, holística, como é concebida em estreita dependência do

ambiente. Conceber a saúde deste modo pressupõe a adopção de um paradigma sistémico.

Diversos autores têm defendido uma perspectiva sistémica da saúde (Miller, 1975) e feito propostas específicas de modelos sistémicos para a área (Cassis & Birchmore, 1985; Ford, 1987; 1990; Nicholas & Gobble, 1990; Ramos, 1988; Seeman, 1989; Stokols, 1992). Dada a complexidade do paradigma sistémico, os diversos modelos, não só são susceptíveis de críticas como, e principalmente, são inacabados. Com efeito, por inerência da adopção da própria perspectiva sistémica, os modelos sistémicos devem ser concebidos como estando em constante evolução. Então a melhor estratégia será, provavelmente, adoptar um conjunto básico de princípios inerentes a esta perspectiva, ao invés de propor um modelo acabado.

Um sistema é um conjunto organizado de componentes, concebido como um todo, constituído por partes interdependentes e em interacção. Num sistema, se uma parte é substituída por outra parte, diferente mas semelhante, o sistema funcionará como antes. No entanto, se a organização das partes mudar, o funcionamento altera-se, mesmo que as partes se mantenham as mesmas. Portanto, uma das principais características de um sistema é a sua organização. Qualquer sistema (o fígado, por exemplo) pode ser visto, quer como um todo composto por partes (por exemplo, células), quer como uma parte de outro sistema mais vasto, consoante o foco e o que é mais apropriado para a investigação.

Os sistemas podem ser abertos ou fechados. É preferível admitir que todos os sistemas vivos partilham as características dos sistemas abertos, e que é melhor deixar os sistemas fechados para a física. Na definição de um sistema vivo devem existir quatro critérios:

- a) entrada e saída de matéria e energia;
- b) manutenção de um estado estável (homeostasia) de tal modo que a intrusão de energia não perturba seriamente a forma e a ordem interna ;

c) aumento de ordem com o passar do tempo, devido ao incremento da complexidade e de diferenciação das partes;

d) finalmente, pelo menos ao nível humano, há mais do que mera entrada e saída de matéria e energia; há trocas transaccionais, extensivas, com o meio.

Os segundo e terceiro critérios, que agrupam homeostasia e aumento de complexidade e diferenciação, são explicados mais claramente pela noção de homeoesia.

Um sistema aberto é uma estrutura que mantém a sua organização apesar de as suas partes mudarem (i.e. há um atravessar de materiais constituintes mas o todo mantém a sua identidade) (Sameroff, 1983). Um sistema vivo é um tipo especial de sistema aberto que combina as características de um sistema de controlo adaptativo (i.e., uma estrutura apropriada; uma fonte de energia variável; funções directivas, regulatórias e de controlo; acção selectiva e capacidade de recolher informação; processos de retroacção e de antecipação; um meio relevante), com capacidade de auto-organização e de auto-construção. Isto é: um sistema vivo está apto a recolher energia, material e informação do meio que o rodeia, e a transformá-los, com vista a manter padrões de organização, e a aumentar o tamanho e a complexidade da sua estrutura e do seu funcionamento. Estes pressupostos salientam, mais uma vez, que há uma forte interdependência, simultaneamente dentro do sistema vivo, e entre este e o seu contexto. Por outras palavras, o funcionamento efectivo do sistema requer um bom ajustamento entre as capacidades da pessoa e as características do meio (D.Ford, 1987; M.Ford, 1986).

Uma abordagem sistémica pretende explicar as relações existentes entre as partes de um todo, todo este, composto por partes interrelacionadas e interdependentes. As partes de um sistema existem num equilíbrio tal que, qualquer mudança numa delas afecta as restantes.

Um funcionamento saudável e eficaz de qualquer sistema requer um fluxo constante de informação e energia entre o organismo e o meio. Conceptualizar os indivíduos e o seu meio numa perspectiva sistémica, permite vê-los como organismos multidimensionais e observar os factores que promovem ou ameaçam o seu crescimento e desenvolvimento.

Adoptar um modelo sistémico coloca problemas. Na realidade nalgum momento, terá de se escolher componentes do sistema sobre os quais se vai actuar, quer na intervenção quer na investigação, por ser difícil, nos processos de análise, focar todo o sistema. É, no entanto, diferente conceptualizar que tal intervenção terá repercussões em todo o sistema, numa perspectiva de sistema aberto, de considerar que o componente em que se intervém é toda a realidade, como se de uma peça se tratasse: a tal peça de máquina, que uma vez arranjada permitiria ao indivíduo - máquina - funcionar adequadamente. Sameroff (1983), explica que uma perspectiva sistémica é uma metáfora e, como tal, não fornece técnicas de intervenção: fornece, sim, um suporte conceptual integrador das diversas técnicas de conceber e intervir na saúde. Variadas técnicas de intervenção podem ser concebidas e integradas numa perspectiva sistémica.

Uma perspectiva sistémica tem de definir limites para o sistema que está a estudar: em última análise tanto o cosmos como a célula são sistemas. O modelo sistémico permite representar e conceptualizar o homem quer como um sistema quer como parte de um sistema mais complexo. Pode-se explorar a interdependência dos componentes do sistema interno, ou reflectir sobre o Homem, enquanto parte de sistemas alargados tais como a família, as redes sociais e os restantes sistemas de vida que constituem o ambiente, quer animal quer vegetal. Quando os sistemas são ordenados em função de complexidade crescente tem-se uma hierarquia, ou seja, os átomos são subcomponentes de moléculas, as quais são subcomponentes de células, as quais são subcomponentes de tecidos,

os quais são subcomponentes de órgãos, e assim sucessivamente até ao indivíduo que por sua vez é subcomponente de famílias, comunidades e nações (Brody & Sobel, 1979).

Na presente investigação, a unidade de análise, é a pessoa em contexto. O indivíduo é concebido como uma complexidade organizada, que realiza trocas contínuas com contextos variáveis: considera-se em simultâneo, os aspectos estruturais e funcionais. A adopção de tal modelo implica considerar, compreender, e actuar conjuntamente, sobre os processos dependentes do conjunto constituído por pensamento, corpo, comportamento, e meio, fundamentais para desenvolver e manter a saúde.

Estes modelos mais complexos de interpretação do funcionamento humano na saúde, tendem a substituir, principalmente na saúde pública, o modelo biomédico tradicional inspirado na perspectiva cartesiana. As implicações da adopção deste modelo para a promoção da saúde são importantes, nomeadamente porque conduzem à conclusão de que o resultado de qualquer intervenção que foque a saúde - seja ela dieta, exercício, medicamentos, educação- é a facilitação/ estimulação dos processos de organização e construção pessoais. Não se pode mudar ou curar as pessoas fazendo coisas por ela. Um elemento central desta perspectiva é considerar o indivíduo como um elemento activo em todo o processo.

Considerar o indivíduo como um sistema é, no entanto, e ainda, uma visão parcial da realidade. Se há a preocupação de intervir, o indivíduo tem de ser conceptualizado, como um sistema integrado num contexto, que é outro sistema, formando os dois, por sua vez, um sistema mais complexo. Ou seja, o sistema-indivíduo está estreitamente ligado, influencia e é influenciado, pelo sistema-contexto em que está inserido. Esta ideia reflecte uma preocupação ecológica que, quando considera o indivíduo em contexto, desenvolvimento em contexto, considera igualmente que o



contexto é um elemento fundamental a considerar na acção, e no desenvolvimento do indivíduo.

### **Psicologia ecológica e perspectiva sistémica**

Ao longo da investigação tem sido referido, frequentemente, o termo "sistémico" e "ecológico". O termo "ecologia" refere-se, grosso modo, às interrelações entre os organismos e o seu meio ambiente. Embora este último seja um termo da moda, em psicologia existe uma área designada por "psicologia ecológica". A psicologia ecológica, é uma sub-área da psicologia ambiental, que foca, particularmente, a actividade humana que ocorre num período de tempo e num espaço determinados (Stokols, 1978). Os princípios que lhe estão subjacentes são os dos modelos sistémicos.

Com raízes na biologia, o paradigma ecológico estendeu-se a todas as disciplinas, fornecendo um quadro de referência que facilita a compreensão da natureza das relações das pessoas com o seu meio físico e sociocultural (Stokols, 1992). Segundo este autor, uma perspectiva ecológica da saúde e da promoção da saúde implica alguns princípios, a saber:

a) uma situação conducente à saúde e bem-estar é influenciada por inúmeros factores, físicos (p.ex. geografia, arquitectura, e tecnologia), sociais (p.ex. cultura, economia, e política), pessoais (p.ex. biologia, psicologia);

b) a análise da saúde e da promoção da saúde deverá reflectir a complexidade multidimensional dos ambientes humanos, descritos em termos dos seus componentes físicos e sociais, tanto quanto às suas qualidades objectivas como às suas qualidades percebidas, imediatas ou a longo prazo, cada uma por si e em interacção umas com as outras;

c) tal como os ambientes podem ser descritos em vários níveis, também os indivíduos devem ser vistos em vários níveis de agrupamentos,

do indivíduo, família, pequeno grupo, organizações, até aos grandes aglomerados populacionais, recorrendo a várias metodologias (e.g. exame médico, questionários, observações comportamentais, registos do ambiente, análises epidemiológicas);

d) a perspectiva ecológica incorpora os conceitos derivados da teoria dos sistemas.

Uma orientação ecológica implica considerar, simultaneamente: nível de suporte social (ou seja, ligações pessoais próximas), estratégias para lidar com a vida do dia a dia (ou seja, grau de racionalidade, flexibilidade, expectativas, planificação, etc), nível de empenhamento (nível de continuidade, coesão, controlo) e nível de identidade pessoal, na interacção com o contexto cultural, ambiental, histórico e social (Stokols,1992).

### **Composição dos Sub-Sistemas: um Modelo**

Uma perspectiva ecológica, aplicada à promoção da saúde deve considerar o sistema que engloba Homem e meio. Meio e Homem serão, então, componentes do sistema. Para efeitos de intervenção podem-se identificar diversos sub-sistemas em cada um desses componentes. Com base no que tem sido conceptualizado em psicologia, descrevem-se e justificam-se a seguir, sub-sistemas de cada um dos componentes meio e homem.

### **Contextos de promoção da saúde**

A acção humana ocorre, sempre, em interacção, em determinado contexto. As consequências dessa interacção repercutem-se no desenvolvimento e na saúde. A ideia de desenvolvimento em contexto assume que

em primeiro lugar o desenvolvimento envolve uma mudança nas características da pessoa, que não é efémera nem específica da

situação, implicando uma reorganização contínua no tempo e no espaço; em segundo lugar, as mudanças têm lugar, normalmente, em dois domínios: da percepção e da acção; em terceiro lugar, de um ponto de vista teórico, cada um destes domínios possui uma estrutura que é isomórfica, com os quatro níveis do meio ecológico -microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema-. Na esfera perceptiva, implica que a visão do indivíduo acerca do mundo ultrapassa a situação imediata para incluir a imagem de outros contextos em que participou activamente, as relações entre esses contextos, a natureza e influência dos contextos externos com os quais ela não tem contacto directo e, finalmente, os padrões de organização social, sistemas de crenças e estilo de vida, específicos da cultura e da sub-cultura onde vive. Do mesmo modo, ao nível da acção, esta perspectiva consubstancia-se na capacidade da pessoa utilizar estratégias que sejam eficazes, quer no fornecimento de retroacção sobre a natureza dos sistemas existentes em níveis sucessivamente mais remotos, quer tornando esses sistemas aptos a continuar a sua função, quer ainda, reconhecendo que existem outros sistemas, ou criando novos, de ordem idêntica ou mais elevada que estejam mais de acordo com os seus desejos (Bronfenbrenner, 1979, p.28).

Conceptualizar a promoção da saúde segundo este modelo permite identificar quatro níveis de meios relevantes para a saúde: microssistema; mesossistema; exossistema; macrossistema. Estes diversos níveis interligam-se como estruturas concêntricas, cada uma delas contendo dentro de si a anterior (Bronfenbrenner, 1979).

O microssistema define-se pelo padrão de actividades, papéis e relações interpessoais e físicas do indivíduo, num determinado contexto com características físicas e materiais particulares: o contexto é o lugar

onde as pessoas realizam a sua acção. Os elementos do microssistema são constituídos pelos factores de, actividade, papéis e relações interpessoais. A noção fundamental da definição de microssistema é "experiência". Esta é utilizada para salientar que as características relevantes de qualquer meio (habitação e os meios envolventes, as condições de salubridade e higiene, os níveis de ruído, quer da habitação quer dos locais de trabalho, condições de trabalho, exigências do papel de pai, marido, cidadão, trabalhador, as relações que se estabelecem com amigos, colegas, vizinhos, concidadãos, as actividades de lazer, desportivas, culturais, etc.) incluem não apenas as suas propriedades objectivas mas também a maneira como essas propriedades são percebidas pelas pessoas.

O mesossistema compreende a interrelação entre dois ou mais contextos nos quais o indivíduo se envolve activamente. É um sistema de microssistemas e implica, basicamente, as transacções que se estabelecem entre os contextos referidos no parágrafo anterior.

O exossistema refere-se a um ou mais contextos nos quais o indivíduo não participa activamente mas que influenciam a sua vida. Por exemplo, a planificação de uma estrada que empurre a circulação automóvel para a sua rua, a construção de uma fábrica que vai poluir o local de habitação, a plantação exaustiva de eucaliptos que altera as condições paisagísticas, a disponibilidade de águas para rega, a actividade económica, a instalação de uma lixeira, a planificação económica que se reflecte nas estruturas de uma região, nomeadamente no emprego, que influencia o exercício dos papéis e as relações, etc.

O macrossistema representa as matrizes da acção humana. Reflectem as concepções partilhadas pelos indivíduos sobre o modo como as coisas devem ser feitas, assim como as instituições que as representam. Refere-se às consistências, que existem, ou que podem existir, ao nível da subcultura ou da cultura como um todo, na forma de conteúdos dos

sistemas de ordem mais baixa (micro, meso, exo), e nos quais a ideologia ou os sistemas de crenças se manifestam de maneira consistente. Reflecte-se na organização da sociedade, nomeadamente nas relações entre as pessoas, na organização da economia, na educação, publicidade, organizações de consumidores, legislação, etc.

Saliente-se que estes quatro níveis do meio ecológico podem ser considerados, tanto a nível objectivo como perceptivo e, devem ser igualmente considerados, o padrão de actividades, os papéis e as relações interpessoais e físicas. Estes princípios serão considerados na avaliação da saúde.

### **Estrutura física dos sistemas vivos**

O segundo grande componente do sistema é o homem cuja composição e organização se passa a explicar de seguida. Ford (1987; 1990) propõe um modelo sistémico, aplicado à compreensão do homem e das suas relações com o meio, que tem subjacente duas proposições básicas:

- a) o ser humano é um sistema auto-organizado;
- b) o ser humano é um sistema auto-construído.

A estrutura física e a organização dos sistemas vivos torna possível quatro conjuntos de funções:

a) funções biológicas- crescimento; manutenção; operação e reparação da estrutura biológica; produção de energia.

b) funções transaccionais- troca de materiais essenciais para o funcionamento biológico; movimento do corpo e outros processos de troca de energia; recolha e transmissão de informação.

c) funções excitatórias- que adaptam a quantidade, frequência, ou intensidade da actividade do sistema para ir ao encontro das exigências do meio.

d) funções de governo- organização e coordenação do sistema, (directão controlo e regulação do comportamento; processamento e armazenamento de informação).

Estas funções, que são garantidas por vários sub-sistemas - biológico, transaccional, excitatório e de governo - aplicam-se, também, ao sistema humano e, são todos importantes para a acção individual. Todos estão em interacção contínua uns com os outros, e com o meio, de uma forma dinâmica.

No sub-sistema biológico, que garante as funções biológicas, identificam-se todas as estruturas constituintes do organismo humano (sistema circulatório, sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, sistema digestivo, sistema endócrino, sistema respiratório, entre outros) concebidas, tanto isoladamente como em interacção. Deficiente funcionamento destas estruturas, originam fadiga e baixa no ritmo de acção: determinados contextos são exigentes relativamente à capacidade de movimentação. No mundo moderno, a consciência ecológica emergente, exige uma nova forma de relacionamento do homem com a natureza, apelando para uma maior disponibilidade e mobilidade do sistema biológico. O *stress* afecta estas estruturas provocando danos que podem conduzir à morte.

No sub-sistema de governo, que garante as funções de governo, identificam-se três processos (Ford,1987):

a) processos directivos- organizam e elaboram cognições que, representam as consequências desejadas, e emitem sinais para o resto do sistema, de modo a coordenar e organizar a actividade que conduza o indivíduo para essas consequências;

b) processos regulatórios- avaliam em que grau a pessoa atingiu, está em vias de atingir, ou caminha para a consecução de resultados desejados, assim como o grau em que os recursos disponíveis foram, são,

ou deverão ser utilizados para atingir certos fins socialmente apropriados, adequados consoante a situação, e com eficiência. Este processo pode levar à modificação dos objectivos ou a definir novos objectivos.

c) processos de controlo- são responsáveis pela avaliação das representações cognitivas, pela construção das consequências desejadas, e pelo estabelecimento de planos adequados para atingir os fins perseguidos e activados pelos processos directivos, tendo em conta as limitações impostas pelos processos regulatórios.

No sub-sistema transaccional identificam-se três conjuntos responsáveis pela acção, correspondentes aos três tipos de recursos de que os sistemas vivos necessitam para manter o funcionamento corrente, e para conseguir novas capacidades funcionais:

a) material- que lida com a troca de materiais (i.e. comer, beber, respirar, excretar);

b) energia- que lida com o movimento do corpo, com a manipulação do meio e outros processos de troca de energia (i.e. andar, correr, segurar, bater, lançar; levantar, carregar, usar ferramentas);

c) informação- que lida com a troca de informação com o meio (i.e. ver, ouvir, tocar, experimentar, cheirar, falar, escrever, gesticular, sorrir).

No sub-sistema excitatório, que garante as funções excitatórias identificam-se três processos:

a) processos de activação energética- lidam com a variação do nível de vigor e esforço necessários para a acção, em função das circunstâncias exigidas pelo meio, e das mudanças decididas nos sistemas directivos. A actividade do dia a dia exige variações sensíveis no nível de activação;

b) processos atencionais- são responsáveis pela variação nos níveis de consciência e de concentração. Actuam variando as sensações, as percepções e as cognições, fornecendo mais ou menos energia para a realização das tarefas, filtrando o "ruído" e amplificando o "sinal" na

direcção adequada. Os processos atencionais estão intimamente ligados ao sub-sistema de governo e por isso têm um papel particularmente importante;

c) processos emocionais- são processos especializados que ajudam a regular o comportamento em diferentes condições do meio. Por exemplo, a raiva fornece energia à acção, de tal modo que, se pode lidar mais eficientemente com os obstáculos para atingir os objectivos. A tristeza e a depressão, por outro lado, inibem a actividade de tal modo que pode-se deixar de perseguir os objectivos propostos. A culpa pode servir as mesmas funções para os fins considerados inaceitáveis. Emoções positivas, tais como interesse, satisfação e esperança, promovem comportamentos eficazes, na medida em que, fornecem energia para a procura de novos objectivos ou para manter os actuais. As emoções são, em geral, adaptativas.

Concluindo, podem-se conceber quatro sub-sistemas que caracterizam o ser humano: biológico, excitatório, de governo e transaccional. Estes sub-sistemas, interdependentes, garantem um conjunto de funções que resultam em acção, em contextos que podem ser concebidos em diversos níveis: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.



## PARTE B

### Factores de Risco e o Modelo Sistémico

A noção de factor de risco é uma das heranças da primeira revolução da saúde mais antagónica com uma perspectiva sistémica. Factor de risco é um termo que estabelece uma ligação linear, causal, entre determinado elemento e uma doença. Não é apropriado falar em factores de risco para a saúde e não é possível estabelecer uma relação linear entre um factor e saúde, visto esta, ser produto de relações, sistémicas, entre aspectos inerentes ao indivíduo, quer estruturais, quer dependentes da sua acção (das suas intenções, expectativas, emoções), e aspectos inerentes ao meio ambiente. O termo factor de risco continua a inserir-se, pelo menos implicitamente, num modelo cartesiano próprio da Primeira Revolução da Saúde, e que é essencial para a prevenção das doenças.

Os estudos epidemiológicos que se têm debruçado sobre as grandes epidemias da segunda metade do século têm identificado como factor de risco o comportamento humano. O comportamento tem sido conceptualizado numa perspectiva cartesiana e a acção contra os maus comportamentos seguem as metodologias aplicadas para a teoria do germe (neste caso o germe é o comportamento). Ao contrário dos microorganismos que actuavam mais ou menos rapidamente sobre o organismo humano, o comportamento só faz efeitos mais ou menos a longo prazo. Os comportamentos que são adoptados do estilo de vida vão-se instalando ao longo do desenvolvimento do indivíduo que, a partir de determinada idade, sucumbe a doenças que estão associadas a esse estilo de vida.

A questão da instalação insidiosa de factores de risco é particularmente gravosa para os jovens e é importante numa perspectiva de prevenção das doenças. Tomando em consideração que, por exemplo,

determinados comportamentos de risco, têm uma relação estatística significativa com determinadas doenças, o grupo dos jovens tem riscos dobrados. Com efeito, analisando a associação entre comportamentos de risco apresentada por Mechanic (1979) pode-se afirmar que os jovens que correm mais riscos relativamente às principais causas de mortalidade e morbilidade do seu grupo etário (acidentes motorizados que, segundo a WHO, 1986, são responsáveis por mais de 50% da mortalidade deste grupo, nos países da Comunidade Europeia e dos países desenvolvidos) adoptam, igualmente, comportamentos de risco que se manifestarão, principalmente, na casa dos 40 anos (fumar, falta de exercício físico, ausência de cuidados preventivos). Tal permite concluir que programas de prevenção que foquem determinados factores de risco são muito úteis para os jovens.

Seria adequado implementar programas de promoção da saúde que, conduzindo os jovens à implementação de determinado estilo de vida incompatível com os comportamentos referidos, reduziria o risco de morbilidade e mortalidade, a curto prazo por redução de acidentes e, a longo prazo, por doenças cardíovasculares.

Se, por um lado, há evidência substancial a suportar a ideia de que, por exemplo, a implementação de um programa que focasse os 10 principais factores de risco poderia prevenir entre 40 e 70% de todas as mortes prematuras (Rosenstock, 1987), por outro lado, a própria quantidade de factores de risco que têm sido identificados limita a sua implementação. Ao mesmo tempo uma intervenção baseada em factores de risco implica a selecção de grupos populacionais que é difícil de realizar (veja-se o exemplo dos grupos de risco ao sida) verificando-se uma baixa aderência dos potenciais beneficiários. Estes programas parecem ser mais eficazes se dirigidos a toda a população, pela positiva, em vez de pela negativa. Dito de outra maneira, para o que está dependente do comportamento, parece mais

adequado implementar programas de promoção da saúde visando o desenvolvimento de um estilo de vida saudável ao invés de prevenir as doenças.

### **História dos Factores de Risco**

O conceito de factor de risco, que integra hoje a linguagem comum, surge pela primeira vez, segundo referem, Kannel e Schatzkin (1983), num relatório do estudo Framingham em 1961: o termo pode assumir várias conotações:

- a) de correlação estatística com mortalidade ou morbilidade: emerge, normalmente, da análise multivariada em estudos epidemiológicos;
- b) de factor que foi identificado como causa de mortalidade e morbilidade;
- c) de uma característica que predispõe um indivíduo para a mortalidade e morbilidade.

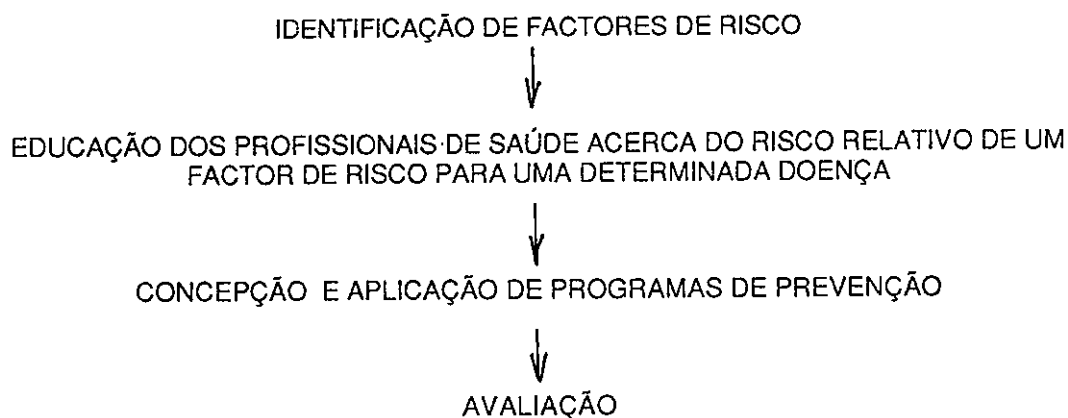
Segundo Kannel e Schatzkin, há sobreposição destes três significados e, por isso, propõem uma definição abrangente da noção de factor de risco, a saber: característica de uma pessoa (demográfica, anatómica, psicológica, fisiológica) que aumenta a probabilidade (risco) de que essa pessoa desenvolva alguma manifestação da doença em consideração.

A noção de factor de risco empregue segundo o modelo cartesiano toma o aspecto linear, ao jeito de um fluxograma, da figura 4. Presume-se que, uma vez identificado, divulgado e controlado o factor de risco, a doença deixa de se manifestar. Este modelo, que funcionou adequadamente na Primeira Revolução da Saúde para dominar os microorganismos patogénicos, não parece tão adequado para lidar com o comportamento, dado este constituir uma dimensão mais complexa do que o germe: mudar o comportamento coloca problemas diferentes dos da destruição de microorganismos. Neste caso, tornam-se necessários

modelos mais complexos de análise da saúde e da doença, nomeadamente, modelos que sendo ecológicos incluam processos de pensamento e processos sociais, a par dos processos biológicos.

FIGURA 4

Modelo de aplicação da noção de factor de risco na prevenção  
da saúde segundo a perspectiva da medicina científica



Os *media* tendem a valorizar algumas doenças enquanto desprezam outras, e alguns factores de risco, desprezando outros, deixando a imagem falsa, de que se alguém não praticar determinado comportamento fica imune à doença. Os próprios cientistas acabam por ser influenciados por esta crença mágica. Por exemplo, no auge da investigação que demonstrava que a prática do exercício físico reduzia a probabilidade de ter doenças do aparelho cardiovascular, Bassler e Scaff Jr. afirmavam no *The New England Journal of Medicine* (1975), que:

Correr 42 km está, provavelmente, bem acima do limiar protector (da doença coronária) dado que não encontrámos um único caso de morte por doença isquémica do coração entre corredores da maratona de qualquer idade (...) e até ao registo da primeira morte

por doença isquémica do coração entre corredores da maratona, consideraremos este nível de actividade vigorosa, protector(p.1302) .

A resposta publicada no mesmo periódico moderava este entusiasmo e, posteriormente, a morte do guru do jogging, o americano Jim Fix, enquanto corria, teve o efeito contrário na opinião pública: afinal ambas as "opiniões públicas" eram exageradas. Não se pode confundir um resultado estatístico (que só se aplica a populações e nunca a indivíduos) com a realidade.

Como os factores de risco se referem a relações lineares entre causas simples e doenças únicas, sucede que, frequentemente, o que é prevenção para uma doença pode ser factor de risco para outra. Por exemplo, a actividade referida nos dois últimos parágrafos, o exercício físico, é factor de prevenção importante para as doenças do aparelho circulatório mas é factor de risco para as doenças ósteo-articulares.

### **Factores de Risco e Política**

Os factores de risco são susceptíveis de ser influenciados pela economia, pela política, pela opinião pública. É frequente os media referirem-se a investigações científicas que encontram valores de correlação significativos entre determinados aspectos, comportamentais ou outros e determinadas doenças. Nesta divulgação mediática ficam de fora a maioria das doenças, por um lado, e de factores de risco, por outro. Esta divulgação acaba por influenciar a investigação, na medida em que alguns aspectos são mais conhecidos e acabam por ser mais apoiados do que outros. Isto pode observar-se se se analisarem três conhecidas causas de mortalidade por desorganização comportamental: acidentes motorizados que são a principal causa de morte entre os jovens (WHO, 1986), doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte em geral, e SIDA. Esta última é, das três, a que, objectivamente causa menor mortalidade mas



é a que impressiona mais a opinião pública e a que, actualmente, mais facilmente é subsidiada em investigação.

Uma questão que se coloca é se, por vezes, a investigação sobre os factores de risco não se limita a demonstrar o que a indústria pretende que se demonstre. Quando, como acontece em alguns países, a investigação universitária está dependente dos *grants* dados pelas indústrias, ou por fundações associadas a indústrias, a determinados projectos, ou mesmo, que esses projectos sejam definidos pelos pagadores, corre-se o risco que aquela, sem ser falsificada, se oriente para uns aspectos em detrimento de outros.

### **Limitações da Aplicação à Saúde da Noção de Factor de Risco**

A maior parte da investigação acerca de factores de risco resulta de estudos epidemiológicos. Por definição, a epidemiologia é o ramo da ciência médica que lida com as epidemias (Lilienfeld, 1978). Coexistem inúmeras definições de epidemiologia mas em todas elas é clara a relação entre as doenças e suas causas. A epidemiologia, tradicionalmente, não estuda a relação entre a saúde e suas causas: a invulnerabilidade não parece ser importante para a ciência médica. Nada nos informa sobre o que é que as pessoas fazem para não ficar doentes. Porque é que algumas pessoas, sujeitas a constelações pesadas de agentes agressivos para a saúde não adoecem? Um dos primeiros críticos deste tema foi Terris (1975), afirmando explicitamente que a definição corrente de epidemiologia não contempla a epidemiologia da saúde. Nesta sequência de críticas têm surgido novos conceitos como por exemplo: epidemiologia comportamental (Kaplan, 1985; Mason & Powell, 1985) e epidemiologia social (Syme, 1974). Uma das primeiras e mais conhecidos investigações que começou a mudar a orientação tradicional dos estudos epidemiológicos foi o Estudo Alameda

(Berkman & Breslow, 1983), que se interessou e passou a estudar, também, aspectos associados à saúde.

Há duas limitações principais na aplicação da noção de factor de risco. Primeiro, os factores de risco não causam doenças: estas resultam de processos multicausais. Mesmo a pessoa mais robusta, enérgica, sem sintomas, com um funcionamento exuberante, tem a marca da mortalidade (Antonovsky, 1984), ou seja, qualquer pessoa pode adoecer em determinadas circunstâncias. O risco é um factor específico relacionado com patologias particulares que se manifestam em determinados indivíduos, grupos populacionais, ou situações.

A segunda limitação da investigação sobre factores de risco resulta da própria relação linear entre factor de risco e doença. Pode, por exemplo, afirmar-se que fumar explica 85% de todas as mortes por cancro no pulmão (Rodin & Ickovics, 1990), mas não se pode afirmar que 85% das pessoas que fumam, terão cancro no pulmão. Acerca deste assunto, Kaplan (1984) cita um exemplo: no âmbito do estudo *Pooling Project*, da *inter-Society Commission for Heart Disease Resources*, verificou-se que, num período de 10 anos, apenas 10% dos homens com dois ou mais factores de risco para a doença coronária desenvolveram essa doença: entretanto, cerca de 58% dos que desenvolveram a doença possuíam apenas um factor de risco. Os factores de risco considerados neste estudo foram seleccionados dos seis estudos que melhor identificaram predictores da doença coronária.

Na realidade os factores de risco são, geralmente, um resultado matemático de relações entre variáveis consideradas num, ou em vários estudos, que fornece alguma informação da probabilidade de se adquirir uma determinada doença. A noção de factor de risco não contribui para explicar a saúde, devido a que os indivíduos estudados são os doentes, não os saudáveis. Se tal como Antonovsky (1984) sugere, fosse utilizada uma perspectiva salutogénica (ao invés da patogénica), e em vez de se

responder à questão "o que é que os indivíduos fazem para adoecer?", se respondesse à questão "o que é que os indivíduos fazem para não adoecer?", as conclusões seriam, provavelmente, diferentes.

A investigação estatística que identifica factores de risco tem aumentado de forma esmagadora: são tantos os factores de risco que, o melhor, é não ligar à noção de risco. Por exemplo, apenas relativamente aos factores de risco para a doença coronária, em 1981, Hopkins e Williams publicaram um artigo de revisão de investigação sobre factores de risco cujo título era: *A survey of 246 suggested coronary risk factors*. Passados 12 anos poderão ser acrescentados, com certeza, mais alguns factores a esses 246. São tantos que, e apenas para uma doença, poucos aspectos ficam de fora, quase se podendo dizer que, um dos principais factores de risco é, afinal, estar vivo.

### **Factores de Risco, Grupos de Risco e Situações de Risco**

O conceito factor de risco não é, portanto, um conceito sistémico e ecológico: continua, predominantemente, subordinado à teoria do germe, e tende a deixar de fora aspectos essenciais que não sejam elementos patogénicos objectivos (microorganismos, substâncias ou comportamentos). A literatura médica tende a ignorar riscos que são muito importantes para a doença: os factores sociais e a educação. Os *media* raramente se lhes referem, embora a literatura especializada seja clara a esse respeito. Provavelmente o receio de os referir deve-se, por um lado aos interesses económicos que tendem a estar associados aos *media* e, por outro, ao "esquerdismo" associado à argumentação.

Ivan Illich, na década de 70, alertava para os malefícios da pobreza para a saúde, enquanto consequência da exploração capitalista. Provavelmente quem os divulgasse arriscava-se a ser considerado "esquerdista" e, paradoxalmente, a denuncia de Illich teve, talvez, como



efeito, dificultar a discussão sobre o tema. Curiosamente, exactamente na mesma época muitos outros autores mostravam dados e concluíam o mesmo. Por exemplo, Syme e Berkman (1976) numa revisão crítica acerca da relação entre classe social e doença concluíam que "pessoas pertencentes aos grupos de classe social mais baixos têm maiores índices de morbilidade e de mortalidade em quase todas as doenças, e estas diferenças não diminuíram com o passar do tempo" (p.2), explicando que este fenómeno se verifica desde a primeira vez que tal foi constatado, no século XII.

Na década de 80 ficou famosa a denuncia que constituiu o *Black Report*, (Black(1980), apresentado em Inglaterra em plena euforia Thatcheriana. Publicado por um organismo governamental, confirmava o padrão referido por Syme e Berkman, de associação entre origem social e educação, e morbilidade e mortalidade. As mudanças políticas que se verificaram no final de década de 80, criaram facilidades para que se voltasse a falar no tema. Noutra revisão, já no final da década de 80, Dutton e Levine (1989) confirmam os dados de Syme e Berkman.

Para além desta constância no tempo, relação entre classe social, mortalidade e morbilidade é evidente em todos os países onde tem sido estudada. Por exemplo, Clarck (1990) evidencia-o para o Canadá tanto para o nível sócio-económico, como para o nível educacional, como, ainda, para a zona de habitação. Dornbos e Kromhout (1990), num estudo de 78505 homens, que durou 32 ano encontraram, para a população da Holanda, uma "associação muito consistente, e universal entre nível educacional e mortalidade" (p.376). Vagero (1991) confirma as diferenças quanto à mortalidade e morbilidade entre grupos pertencentes a extractos sociais diferentes, referindo que essas diferenças são menores na Suécia e Noruega do que nos restantes países nórdicos- Dinamarca e Finlândia- e, menores nestes todos, do que nos restantes países europeus. Blaxter

(1987) confirma, para Inglaterra, Escócia e Gales, as diferenças de saúde em função da classe social. Cockerham, Kunz, Leuschen e Spaeth (1986) e Ott (1990) encontraram o mesmo padrão para a população alemã. Lemkow(1986) sugere que o mesmo padrão poderá, provavelmente, ser encontrado em Espanha embora não haja estatísticas sobre este assunto. Guralnik e Kaplan (1989) num estudo que visava identificar os predictores de envelhecimento saudável, sobre 841 indivíduos da população do estudo Alameda que, em 1984, tinham mais de 65 anos de idade, identificaram que o nível sócio económico era um dos factores que mais afectava a saúde. A investigação referida parece confirmar que a influência do nível sócio económico na saúde e na doença é um fenómeno planetário, que não está irradicado dos países desenvolvidos.

Haan, Kaplan & Camacho (1987) com os dados do estudo *Alameda County*, apontam na mesma direcção que todos os estudos anteriores, mas salientam que a análise baseada exclusivamente na origem social é pouco discriminativa, dado que muitos outros dados são diluídos neste grande caldeirão que é a classe social. Estes autores sugerem que outros aspectos, tais como, idade, processos migratórios, sexo, economia subterrânea, política de saúde, mobilidade social, entre outros, podem alterar os dados. Por exemplo, Olafsson e Svensson (1986) evidenciam que o desemprego se repercute, de modo significativo, na saúde dos membros da família, para além da do desempregado.

Relativamente às idades mais novas, os dados não são tão evidentes. McIntyre e West (1991) estudaram diferentes variáveis susceptíveis de serem usados para definir o nível sócio económico dos indivíduos mais novos, e verificaram que, quando este era definido a partir da profissão do pai se revelava melhor indicador dos índices de saúde. Ostberg e Vagero (1991) confirmam a maior incidência de mortalidade e morbilidade entre crianças de extractos sócio económicos mais baixos, na

Suécia, e que essas diferenças persistem na idade adulta. Power (1991) confirma-o, também, para a população jovem do Reino Unido.

A escolaridade, ou literacia, tem sido associada a melhor saúde (Clark, 1990; Doornbos, Kromhout, 1990; Grosse & Auffrey, 1989; Millar & Wigle, 1986; Perrin, 1989; Syme & Berkman, 1976). Por exemplo, Leigh (1985) ao analisar a influência na saúde de 20 factores, incluindo a escolaridade, verificou que, o número de anos de escolaridade é o melhor predictor de boa saúde, sejam quais forem as variáveis que entrem na equação, ou a maneira de medir a saúde. Um relatório do Banco Mundial afirma, igualmente, que a escolaridade é a variável associada à mortalidade mais importante, mesmo mais, do que rendimento económico ou a alimentação (Cochrane, O'Hara, & Leslie, 1980).

Este tipo de dados tende a estabelecer um corte entre três conceitos que convém distinguir: comportamentos de risco; grupos de risco; e situações de risco. Zwi e Cabral, (1992) estudando o SIDA distinguem os dois primeiros conceitos. Como tem sido referido, comportamento de risco refere-se ao que os indivíduos fazem por sua iniciativa. Grupo de risco refere-se a um grupo com determinadas características. Parece um conceito adequado para qualificar os portadores de determinada anomalia genética, acerca da qual os indivíduos pouco podem fazer. Situação de risco é um conceito adequado para exprimir uma situação transitória, influenciada por múltiplos factores: é um termo mais adequado a uma perspectiva sistémica.

A pobreza e a falta de instrução devem ser consideradas situações de risco passíveis de ser irradicadas. Será inadequado referir estes aspectos como factores de risco ou os grupos de analfabetos e pobres como grupos de risco. A pobreza e a falta de instrução não são genéticos: são situações sociais. Embora se possa dizer que os indivíduos pobres, ou analfabetos, são um grupo, melhor seria dizer que são situações de risco transitórias. Estaria assim a par de outras, como a habitação em zonas

poluídas, em zonas de acidentes nucleares, etc., de onde os indivíduos podem ser retirados se houver esforços nesse sentido. No contexto da presente investigação, parece, portanto, mais adequado falar de situação de risco e abandonar o termo factor de risco.

## PARTE C

### Modelos de Explicação e de Intervenção na Promoção da Saúde

Esta parte propõe-se apresentar alguns modelos que têm sido conceptualizados para a intervenção na área específica da saúde, visando a compreensão, a modificação e o controlo dos comportamentos com ela relacionados. Salienta-se que nenhum deles tem preocupações sistémicas como as que se têm vindo a defender.

Apresentar-se-ão cinco modelos que se propõem explicar as relações entre o pensamento e comportamento individuais e a saúde e doença: *Health Belief Model*; Teoria da Aprendizagem Social; *Fishbein's Theory of Reasoned Action*; *Triandis' Theory of Social Behavior*; *Multiattribute utility model*.

#### ***Health Belief Model***

Este modelo é o mais antigo de todos. Defende uma teoria que foi desenvolvida por um grupo de psicólogos sociais ligados à saúde pública, na tentativa de explicar a incapacidade das pessoas para participarem em programas que visavam prevenir ou evitar as doenças. Foi a única teoria desenvolvida com o objectivo de explicar o comportamento de saúde e doença, e tem sido a mais utilizada na preparação de programas nesta área.

Afirma que a disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de ter uma doença particular, e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer. Perante determinada ameaça o indivíduo avalia a sua acção em termos dos benefícios potenciais que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos, e seus custos. É necessário existir um sinal, um estímulo desencadeador,

que leve o indivíduo a actuar, que elicite o comportamento apropriado. O sinal pode ser interno, tal como um sintoma, ou externo tal como uma campanha nos *media*.

Os componentes principais deste modelo são:

- a) percepção subjectiva da susceptibilidade individual à doença;
- b) percepção subjectiva da gravidade das consequências de adoecer;
- c) percepção dos benefícios derivados da implementação de determinada acção;
- d) percepção dos aspectos negativos que são consequência da acção, ou dos obstáculos à sua implementação.

Para além destes componentes há diversas outras variáveis, demográficas, sociais, psicológicas, susceptíveis de influenciar a acção individual, embora não façam parte, formalmente, do modelo. Rosenstock (1990) recomenda que, na planificação de programas que visem influenciar o comportamento de grandes grupos populacionais a longo prazo, se use este modelo.

### **Teoria da Aprendizagem Social**

Este modelo considera, simultaneamente, a dinâmica psico-social subjacente aos comportamentos relacionados com a saúde e doença, e os métodos para promover a mudança comportamental. Tem origem em teorias comportamentais e remonta ao princípio da década de 40 (Perry, Baranowski & Parcel, 1990). Os constituintes desta teoria são:

- a) comportamento potencial (CP);
- b) expectativa (E);
- c) valor de reforço (VR);
- d) situação psicológica (S).

A equação básica na teoria da aprendizagem social afirma que o potencial para a implementação de um comportamento específico (CP), numa

determinada situação (S), é função da expectativa (E) que o comportamento, naquela situação, conduza a um determinado reforço, e no valor que esse reforço tem para o indivíduo (VR). É uma teoria importante para a modificação do comportamento, que pode ser aplicada tanto na educação para a saúde como na promoção da saúde, em situações tão diversas como consulta individual, intervenções comunitárias, ou na difusão de programas.

### ***Fishbein's Theory of Reasoned Action***

Este modelo também é conhecido por *Theory of Reasoned Action*. Foi o segundo programa concebido especificamente para a área da prevenção da saúde (após o *Health Belief Model*). Ao contrário deste, foi concebido para prevenir a intenção do indivíduo implementar determinado comportamento e não o comportamento propriamente dito. Os componentes deste modelo são:

- a) comportamento (C);
- b) intenção (IC)
- c) atitude (Aaç)
- d) crenças (CN)
- e) motivação (MC)

A teoria afirma que o comportamento específico de um indivíduo (C) é função da sua intenção para realizar esse comportamento (IC). A intenção para realizar o comportamento, por sua vez, pode ser prevista por uma combinação linear da atitude para com essa acção (Aaç) mais as crenças normativas (CN) multiplicadas pela motivação para concordar com essas crenças (MC) (Page & Cole, 1985).

### ***Triandis' Theory of Social Behavior***

Tal como o modelo anterior, considera a intenção o maior predictor do comportamento nos casos em que os comportamentos são novos, não se aplicando aos hábitos. Quando se trata de comportamentos habituais, no caso de sequências de comportamentos- situação em que se tornaram automáticos, de tal modo que ocorrem sem auto-instrução-, o hábito (H) tem mais peso do que a intenção (I) na predição da probabilidade de actuar (Pa). Triandis introduz dois novos termos- a excitação fisiológica do indivíduo (EF) e as condições facilitativas (CF)- ambas potenciam o peso da soma dos hábitos e intenções. As condições facilitativas (CF) são factores do meio, de tal modo objectivos, que vários juizes ou observadores poderiam estar de acordo que tornam uma acção mais fácil. As intenções comportamentais (I) são função de três constructos: factores sociais (S); afecto (A); e valor das consequências percebidas (C). Os factores sociais (S) incluem: a percepção de que, para um membro do seu grupo, é apropriado realizar o comportamento, chamadas crenças normativas (CN); a percepção de que esse comportamento é apropriado para a pessoa que desempenha determinado papel, chamada crença no papel (CP); o grau em que a pessoa sente a obrigação moral de realizar o comportamento em questão, chamado crença pessoal normativa (CPN); o auto-conceito (AC), que é a extensão em que o indivíduo vê que a realização do comportamento é consistente com o seu eu (*self*); e concordância interpessoal com a acção (CIA). O afecto para com o comportamento (A) reflecte a resposta emocional directa ao pensamento acerca do comportamento- é agradável ou desagradável? O valor das consequências percebidas (C) refere-se à probabilidade de um comportamento conduzir a um resultado particular.



### ***Multiattribute Utility Model***

Este modelo foi desenvolvido como um instrumento destinado a indivíduos que têm de tomar decisões. O pressuposto subjacente é que a decisão é função do *ratio* entre as vantagens e as desvantagens percebidas para uma alternativa. Dividir os problemas em segmentos manejáveis que possam ser cuidadosamente avaliados e recombinaados, facilita o processo de tomada de decisões (Salazar, 1991).

Todas estas teorias são compostas por múltiplos elementos, mas nenhuma foi concebida segundo uma perspectiva sistémica, ou visando ser utilizada segundo tal perspectiva. São modelos que, cada um por si, se propõe explicar a totalidade da intervenção. Uma perspectiva sistémica pode recorrer a um ou vários modelos sem comprometer a perspectiva. A perspectiva sistémica afinal, tal como é entendida nesta investigação, é um modelo conceptual que orienta a acção e a compreensão dos fenómenos que ocorrem.

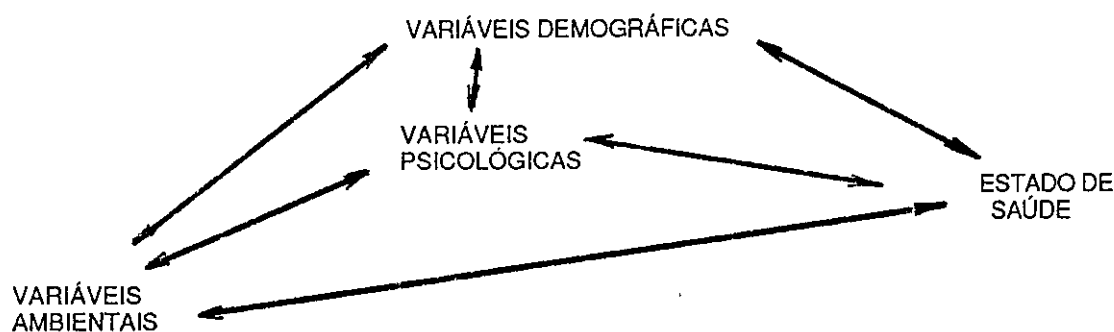
## PARTE D

### Relação Entre as Variáveis da Investigação

Apresenta-se na figura 5, o modelo conceptual de relação entre as variáveis adoptadas na presente investigação.

O estado de saúde está dependente - é variável dependente - da percepção de dois grupos de variáveis: as variáveis psicológicas e as variáveis ambientais. As variáveis ambientais são susceptíveis de gerar tensão e provocar doenças. As variáveis psicológicas são susceptíveis de amortecer o impacto das variáveis ambientais e, assim, proteger a saúde. Uma boa saúde está associada a variáveis psicológicas mais positivas, admitindo-se que há influências, recíprocas, entre elas.

FIGURA 5  
Relação entre as variáveis utilizadas na investigação



A direcção das setas pretende indicar que a relação entre variáveis é sistémica. Ou seja: qualquer uma das variáveis pode ser conceptualizada como variável dependente das restantes. As variáveis ambientais influenciam o estado de saúde e o funcionamento psicológico; o estado de saúde influencia, igualmente, o funcionamento psicológico; o funcionamento psicológico influencia a percepção do ambiente, etc. Se, na investigação, a saúde é conceptualizada como variável dependente, trata-se de um critério assumido *à priori*.

## **CAPÍTULO IV**

### **MATERIAL E MÉTODOS**

# INTRODUÇÃO

## PARTE A-Material e Instrumentos

Composição do Questionário	223
Avaliação da Saúde	224
Saúde física--225	
Saúde mental --227	
Saúde social --228	
Percepção geral de saúde --228	
Manifestações físicas de mal-estar --229	
Avaliação do Funcionamento Psicológico	230
Atitudes/ comportamentos de saúde--231	
Expectativas --232	
Auto-conceito --232	
Auto-eficácia--235	
Locus de controlo de saúde --237	
Suporte social--238	
Dissonância cognitiva --239	
Avaliação do Ambiente	239
Inventário de percepção da capacidade económica --240	
Inventário de acontecimentos geradores de <i>stress</i> --240	
Inventário de intensidade de <i>stress</i> --241	
Temas preocupantes--241	

## PARTE B-Construção do Questionário e Procedimento

A Construção de um Questionário	242
Discussão Sobre o Tamanho da Amostra	245
Discussão Sobre a Construção e Tamanho do Questionário	246
A Face do Questionário	248
Procedimento	249
Passos a seguir na apresentação e recolha dos questionários--250	
Datas das diversas fases--251	
Tarefas a realizar em cada visita--252	
Conversão de Dados	252

## PARTE C- Amostragem

Discussão Sobre a Definição da Amostra	253
Mapa de Participação	254

## PARTE D- Estatística

A Estatística para os Principais Objectivos	257
---	-----

## PARTE E-Adaptação e Reconstrução dos Instrumentos

O Estudo Piloto	261
Amostra do estudo piloto--262	
Características da amostra--262	
Variáveis do estudo piloto--264	
Questões a que o estudo piloto se propõe responder--264	
Resposta às questões--266	
O Estudo Definitivo	273
A Necessidade de Precisão das Medidas	274
A Natureza dos Instrumentos de Recolha de Dados	276
Tratamento e Análise dos Instrumentos de Avaliação	281
Tratamento dos questionários--281	
Tratamento dos inventários--282	
Critérios para a análise estatística--282	
Análise dos questionários--286	
Percepção de saúde física--286	
Saúde mental--287	
Percepção de apoio social--289	
Percepção geral de saúde--291	
Manifestações físicas de mal-estar--293	
Auto-conceito--295	
Auto-eficácia--299	
Locus de controlo de saúde--304	
Suporte social--311	
Percepção da capacidade económica--312	
Temas preocupantes--313	
Análise dos inventários--314	
Comportamentos/ atitudes de saúde--315	
Situações de <i>stress</i> e impacto das situações de <i>stress</i> --318	
Expectativas e dissonância cognitiva--319	
Conclusão	319

## Introdução

O presente capítulo é, provavelmente, o mais sensível de toda a investigação. É nele que se descrevem os instrumentos que foram escolhidos para produzir informação, os sujeitos da amostra, os procedimentos adoptados e, o mais importante, os tratamentos que tornaram os instrumentos adequados para produzir informação. É o capítulo que se propõe transformar a teoria definida nos capítulos anteriores, em prática.

O capítulo divide-se em cinco partes: na primeira parte descrevem-se a origem e a constituição dos instrumentos de recolha de dados e de produção de informação; na segunda descrevem-se a constituição da amostra e o procedimento adoptado na recolha de dados; na terceira descreve-se a composição da amostra; na quarta parte descreve-se a estatística adoptada para atingir os quatro objectivos principais explicitados no final do primeiro capítulo; finalmente, na quinta parte, descrevem-se os passos adoptados no processo de adaptação dos questionários à população portuguesa.

## PARTE A

### Material e Instrumentos

Nesta parte serão apresentados e descritos os instrumentos que serão utilizados na produção de dados. A recolha de dados será realizada com o recurso a escalas preenchidas pelo próprio, também conhecidas na literatura por medidas de auto-resposta (*self-reports*). Este tipo de avaliação vem sendo crescentemente utilizada por duas razões: por um lado, porque é mais fácil de utilizar e é mais económica relativamente a tempo dispendido; por outro lado, e mais importante, porque muitas das questões se referem a estados pessoais, do foro íntimo, de observação impossível, acerca das quais só o próprio pode responder.

A validade deste tipo de auto-resposta tem sido verificada em temas sobre os quais é possível realizar observações. Nestes casos, em que se investigou a concordância entre as respostas dos indivíduos e os seus comportamentos, constatou-se que as respostas constituíam uma amostra fidedigna do comportamento (Baker & Brando, 1990; Maisto, McKay & Connors, 1990; Kozlowski & Heatherton, 1990; Sobell & Sobell, 1990; Washburn & Montoye, 1986).

O recurso a este tipo de instrumentos surgiu, na psicologia, no seio da perspectiva comportamentalista, com o intuito de descrever comportamentos, quer manifestos, quer cobertos: nesta perspectiva, o rigor estatístico, normalmente associado à avaliação psicológica tradicional, é inapropriado. A generalização deste tipo de avaliação às restantes perspectivas psicológicas levou à exigência dos mesmos critérios de rigor psicométrico normalmente adoptados na avaliação psicológica tradicional. A psicologia, enquanto ciência e disciplina, tendia a lidar com dimensões subjectivas da esfera pessoal; para lidar com essa subjectividade produzia

"constructos"<sup>1</sup> que suportassem o tratamento, científico, dessas dimensões subjectivas. A credibilidade da psicologia ficou em grande parte a dever-se, na primeira metade do século, a esse rigor na avaliação dos constructos. No seio da psicologia, desenvolveram-se inúmeros procedimentos estatísticos adequados para definir o rigor psicométrico dos instrumentos de avaliação que utilizava. Outras ciências e disciplinas que entretanto começaram a utilizar medidas do mesmo tipo, recorreram às técnicas desenvolvidas pela psicologia: é o caso das ciências médicas mais ligadas à avaliação da saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde (Bergner & Rothman, 1987; Kirshner & Guyatt, 1985). Por esta razão, as escalas utilizadas nesta investigação, na avaliação das três áreas -saúde, psicológica e ambiental- serão adaptadas com recurso às técnicas normalmente utilizadas em psicologia.

### Composição do Questionário

O questionário (em anexo) é constituído por escalas que avaliam as variáveis escolhidas para o estudo e inclui quatro grandes grupos de itens:

- I- itens que avaliam a **SAÚDE**;
- II- itens que avaliam os aspectos **PSICOLÓGICOS**
- III- itens que avaliam a percepção do **AMBIENTE**
- IV- itens que identificam as características **DEMOGRÁFICAS**.

Cada um desses grupos é, por sua vez, constituído por escalas -questionários ou inventários- que têm sido utilizadas em investigações na área coberta por este estudo. Elas foram escolhidas por possuírem, consoante foram descritas na origem, propriedades métricas compatíveis com as exigências da psicologia.

Foi necessário assumir princípios para indexar alguns dos instrumentos a uns dos grupos em vez de a outros. Por exemplo, quando se

---

<sup>1</sup> Como refere Loevinger(1957), em psicologia, constructo "conota construção e artifício"; constructo é algo que "existe na cabeça e nos livros de psicólogos"(p.642).



avalia a percepção do ambiente, em que medida é que se está a avaliar, realmente, o ambiente? Não será que a percepção é também influenciada pelas características psicológicas do indivíduo? ou antes, não será que a percepção do ambiente é influenciada, essencialmente, pelas características psicológicas dos indivíduos? Porque então colocá-las no grupo "ambiente"? O critério que presidiu à colocação de uma medida de percepção numa categoria em vez de noutra tem a ver com o objecto percebido. Assim, se o objecto percebido é um estado pessoal interno, o corpo próprio, ou está relacionado com o corpo próprio, será incluído na saúde. As medidas de auto-percepção têm sido utilizadas como medidas de avaliação da saúde. Se a percepção é sobre o ambiente ou aspectos não relacionados com aspectos pessoais, será incluído no ambiente.

As medidas do funcionamento psicológico são as variáveis independentes do estudo, e são também, medidas de percepção. Trata-se de medidas de percepção pessoal, quer do comportamento, quer de atitudes, quer de outros aspectos centrados na pessoa e são medidas clássicas em psicologia.

## **I-Avaliação da Saúde**

A avaliação da saúde inclui os seguintes sub-grupos:

- A- Saúde física
- B- Saúde mental
- C- Saúde social
- D- Percepção geral de saúde
- E- Manifestações físicas de mal estar

Estas variáveis são apresentadas a seguir.

### **A-Saúde física (4 items )**

A saúde física foi operacionalmente definida em termos funcionais. O estado funcional refere-se à capacidade para realizar, ou à realização, de uma variedade de actividades que são normais para um indivíduo de boa saúde. A saúde física é avaliada com quatro items que cobrem quatro áreas:

- 1) as limitações físicas;
- 2) as capacidades físicas;
- 3) o funcionamento físico no seu papel;
- 4) o bem-estar físico.

#### **1-Limitações físicas (1 item )**

As limitações físicas são incluídas aqui apesar de se reconhecer que esta população é um grupo particularmente saudável, não só pelo grupo etário a que pertence - jovens - como por serem estudantes de um nível de escolaridade elevado.

Recorreu-se aos items produzidos pelo grupo da *The Rand Corporation* (Stewart, Ware & Brook, 1981). Neste, as limitações físicas são avaliadas com o recurso a uma escala de Guttman. Um Escalograma Analítico de Gutman é uma escala cumulativa que se baseia num conjunto de asserções (Smith, 1975), a saber:

a) um conjunto de items pode ser ordenado ao longo de um contínuo de dificuldade ou de magnitude e;

b) tal conjunto de items mede uma variável unidimensional.

Chegar ao escalograma de items implica um tratamento estatístico anterior. O utilizado na presente investigação, baseia-se no tratamento realizado por Stewart, Ware e Brook (1981). Como desvantagem para a utilização de um escalograma inclui-se a perda de informação resultante da agregação de items: como vantagem resulta a diminuição de items. Dado que a

população é particularmente saudável e, supostamente, apresentará baixos níveis de limitação física, assumiu-se que tal procedimento é adequado, permitindo a redução do questionário sem deixar de cobrir a área.

O item questiona se o respondente tem, ou não, alguma limitação física. É um item dicotómico, classificado como sim ou não. No caso da resposta ser "sim" o respondente deve passar ao escalograma. No caso de ser "não" salta para o item seguinte. O escalograma, por sua vez, inclui cinco itens ordenados, do que representa maior limitação física para o que representa menor limitação. À maior limitação será atribuído o valor um, à menor, cinco.

#### 2-Capacidade física (1 item)

Baseia-se no mesmo estudo referido no ponto anterior, e é utilizado o mesmo procedimento para a avaliação.

#### 3-Funcionamento no papel (1 item)

O estudo de Stewart, Ware e Brook referido acima demonstra que os itens de avaliação do funcionamento no papel não podem ser incluídos num escalograma como o referido nos dois pontos anteriores. Por essa razão recorreu-se a outro tipo de escala para avaliar a capacidade de funcionamento no papel dos indivíduos do estudo. Para os indivíduos que respondem "não", a avaliação do funcionamento no papel faz-se através de quatro itens que fornecem uma nota qualitativa, que será utilizada para descrever a população e despistar os indivíduos incapacitados. Na análise e comparação entre grupos, os indivíduos que apresentarem limitações poderão retirados do estudo, dependendo a decisão final de outras análises.

#### 4-Bem estar físico (1 item)

O bem estar físico será medido com recurso a um item, em que é pedido ao indivíduo que classifique a sua condição ou forma física numa escala tipo *Lickert* de sete posições, variando entre excelente e péssima.

### **B-Saúde mental (38 items)**

O questionário que foi adaptado -*Mental Health Inventory*- foi produzido para o estudo da *Rand Corporation* (Brook, Ware, Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston, 1979). O instrumento original foi construído a partir da revisão dos melhores instrumentos existentes até então, e foi estudado com um amostra de mais de 20000 pessoas de diversas cidades dos Estados Unidos da América. Inclui 38 items que cobrem as seguintes categorias e definições que se descrevem a seguir: Ansiedade (10 items)- sentir-se ansioso, preocupado, tenso durante o mês anterior; Depressão (5 items)- sentir-se deprimido, em baixo, triste, durante o último mês; Perda de controlo emocional/ comportamental (12 items)- controlo firme do comportamento, pensamento, e sentimentos durante o último mês; Afecto geral positivo (11 items)- sentir-se feliz.

A adaptação do Questionário de Saúde Mental, que será apresentada à frente, neste capítulo, conservou 26 dos items originais distribuídos por quatro escalas; ansiedade (12 items), afecto geral positivo (cinco items), depressão (seis items), laços e estabilidade (três items). Esta distribuição difere da original. Da adaptação da escala emergiu uma sub-escala com três items que foi denominada "laços e estabilidade", e reflecte o sentir-se amado e querido. A resposta aos items é dada numa escala de *Lickert* com cinco ou seis posições. Uma nota total é obtida pela soma das notas de cada item. A nota total pode variar entre 26 e 154, correspondendo a nota mais baixa a menor bem-estar. É obtida, ainda uma nota parcial por cada sub-escala, que permite a constituição de um perfil.

### **C-Saúde social**

A saúde social caracteriza-se pela percepção de adequação de, e pela sensação de bem estar com, as relações sociais existentes. Ao contrário dos itens incluídos no grupo das variáveis psicológicas chamadas "suporte social", os deste grupo questionam, não o que o indivíduo realmente faz, mas os sentimentos relativamente ao que faz na área do social. Admite-se que o indivíduo pode ter uma vida social rica e intensa, e sentir-se mal ou bem relativamente a ela, como pode ter uma vida social predominantemente solitária e sentir-se igualmente bem ou mal. Não se avalia a vida social como ela é, mas o que sente relativamente a ela.

Foi construído um questionário com os itens de escalas existentes em versão inglesa. A versão antes do tratamento métrico incluía 20 itens originários de escalas dos seguintes autores: Dean (1961); Hanson, Isacsson, Janzon e Lindell (1989); Ishii-Kuntz (1990); Linn, Sculthorpe, Evje, Slater, e Goodman, (1969); Veit e Ware (1983); Weissman e Bothwell (1976). A resposta aos itens é dada numa escala de *Lickert* de cinco posições. Após o tratamento foram conservados 11 itens distribuídos por dois factores intitulados, Amizade e Actividades Sociais, com oito itens, e Família, com três itens. A nota pode ser apresentada globalmente, variando entre 11 e 55, ou como um perfil. A nota mais baixa corresponde a percepção social menos positiva.

### **D-Percepção geral de saúde (32 items)**

O questionário utilizado resultou da adaptação do *General Health Perception Battery* do *Rand's Health Perceptions Study* (Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams e Johnston, 1979). A escala original inclui 32 itens que pretendem medir oito sub-escalas integradas na percepção de saúde, a saber: saúde anterior (3 itens); saúde actual (9 itens); expectativas de saúde (4 itens); preocupações com a

saúde (4 items); resistência/ susceptibilidade (4 items); inclinação para a doença (2 items); rejeição do papel de doente (4 items); atitude para com a ida ao médico (2 items).

A resposta ao questionário é dada numa escala de *Lickert* de cinco pontos. Cada item constitui uma afirmação à qual cada indivíduo deve responder assinalando num extremo da escala de *Lickert* se, para si, ela é totalmente verdadeira, e no outro extremo se é totalmente falsa, ou em qualquer das posições intermédias.

A versão definitiva, após tratamento de adaptação, inclui 18 items distribuídos por quatro sub-escalas assim definidas: percepção da saúde actual que inclui items em que o respondente classifica a sua percepção sobre a saúde que tem no momento como, por exemplo: "sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida"; percepção da saúde passada em que o respondente se pronuncia sobre a saúde que teve como, por exemplo, "nunca estive seriamente doente"; preocupação com a saúde que inclui items do tipo "preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua"; atitude para com a ida ao médico que inclui items do tipo "não gosto de ir ao médico".

### **E-Manifestações físicas de mal-estar (24 items)**

O Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar baseia-se no *Psychosomatic Symptom Checklist* (SUNYA) (Attanasio, Andrasik, Blanchard, & Arena, 1984). Esta, é uma escala de auto-registo que contém 17 items, cada um descrevendo queixas psicossomáticas usuais. Os indivíduos devem responder a cada item de duas maneiras distintas: quanto à frequência com que experimentam a ocorrência e quanto à intensidade. Produz uma nota composta que resulta da soma do produto da frequência pela intensidade. O Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar é também conhecido por SUNYA, devido ao facto de a população que serviu

de base ao estabelecimento das propriedades métricas do questionário ser estudante de SUNY em Albany.

A versão, adoptada, baseia-se na produzida por Cox, Freundlich e Meyer (1975): foi escolhida por ter sido construída com base numa amostra de uma população estudantil que, numa avaliação de depistagem preliminar, não apresentava desordens psicossomáticas. Este estudo foi o primeiro a estabelecer as propriedades psicométricas do questionário. O mesmo questionário, passado a populações sofrendo de doenças crónicas não manifestava as mesmas propriedades métricas (Chibnall & Tait, 1989).

A esta versão foram acrescentados itens provenientes da escala de *Physical Symptoms* de Mechanic e Hansell (1987). Esta contém 12 itens dos quais cinco são partilhados pelo SUNYA. Os sete itens não comuns foram acrescentadas ao questionário. A escala ficou, então, com 24 itens que, após análise do estudo piloto, ficou reduzida a 19. Os indivíduos respondem numa escala de seis pontos para a frequência e numa de cinco para a intensidade. Os resultados podem ser considerados em termos de frequência de sintomas e em termos de frequência multiplicada pela intensidade. A análise factorial utilizada para explorar e definir o constructo aponta para quatro grandes tipos de manifestações psicossomáticas, que pareçam expressar-se através de diferentes sistemas orgânicos, denominados de, sistema nervoso, que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas físicos como "dor de cabeça"; sistema respiratório que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas como "dores de garganta" ou "tosse"; sistema muscular que inclui itens como "dores nas costas" e; sistema digestivo que inclui itens como "dores de estômago".

## **II-Avaliação do Funcionamento Psicológico**

O funcionamento psicológico é avaliado por questionários que incluem itens que são indícios de características psicológicas, e por

inventários que são amostras de comportamento. São as seguintes as variáveis avaliadas:

- A- Comportamento/ atitudes de saúde
- B- Expectativas
- C- Auto-conceito
- D- Auto-eficácia
- E- Locus de controlo de saúde
- F- Suporte social
- G- Dissonância cognitiva

#### **A-Comportamentos/ atitudes de saúde (28 items)**

Este inventário propõe-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos, em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde. É um instrumento com 15 items que questionam a frequência com que o indivíduo implementa determinadas acções, e 13 que questionam as atitudes para com determinadas acções. Enquanto o primeiro grupo questiona se o indivíduo costuma, ou não, praticar determinados comportamentos (ex. "não bebo mais de 2 bebidas alcoólicas por dia"), o segundo grupo de questões é colocado em termos de "evito" (ex. evito fumar). Neste último tipo de questões o indivíduo pode fumar, mas ter reduzido drasticamente o tabaco, e responder da mesma maneira que outro que não fuma.

Uma atitude, por definição, é uma reacção adquirida, mais ou menos emocional, para com um estímulo qualquer (Pieron, 1968) que tem como consequência uma predisposição geral para actuar de determinada maneira (Mucchielli, & Mucchielli, 1969). O inventário inclui, predominantemente, items referentes a comportamentos e atitudes das áreas da promoção e protecção da saúde. Em investigações mais especializadas, a avaliação destes aspectos costuma ser feita de modo



muito mais dispendioso: por exemplo, a área da avaliação do exercício e actividade física, costuma ser avaliada, quer com recurso a inventários complexos (Blair, 1984), em que a avaliação desta área é quase tão complexa como a avaliação que nesta investigação é feita para a totalidade das variáveis. Como o presente estudo aborda um grande número de variáveis, não se pode recorrer a tal detalhe. Pode colocar-se a questão se o recurso a modos simples de avaliação fornece informação fidedigna. Schechtman, Barzilai, Rost e Fisher, (1991), por exemplo, utilizaram um único item para obter uma medida de exercício e actividade física, tendo constatado que uma avaliação deste tipo, é uma medida válida para distinguir entre os que participam e os que não participam, em exercício e actividade física regular. O que se afirma para estes é válido para os outros grupos de comportamentos. O que distingue a decisão de recorrer a um instrumento mais ou menos complexo são os objectivos da investigação, a aplicabilidade e a economia. Em estudos mais detalhados sobre, por exemplo, o exercício e a actividade física, uma medida com um só item forneceria pouca informação, enquanto para a presente investigação, três items são considerados suficientes.

O inventário adoptou 25 items do *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler (1982). O LAQ é um instrumento de avaliação, componente de um programa de intervenção na promoção da saúde, em vigor na universidade de Wisconsin-Stevens Point: divide-se em quatro secções com 286 items, pertencendo 173 à primeira secção, 31 à segunda, 43 à terceira e 39 à quarta, com tipo de respostas variável. Os items adoptados foram retirados da primeira secção e mantêm o formato original. Esta secção inclui seis áreas, a saber: bem-estar físico e nutrição; valores éticos, espirituais e emocionais; social, familiar, comunitária e ambiental; intelectual; ocupacional-vocacional. Os items utilizados foram escolhidos de entre os 78 pertencentes à primeira e terceira áreas. Foram

acrescentados 3 itens sobre atitudes sexuais que o inventário original não incluía, dado na época em que foi concebido, no início da década de 80, o comportamento sexual ainda não ter adquirido a importância social, com o impacto na saúde, que adquiriu depois.

O inventário inclui áreas de promoção e protecção da saúde, e de prevenção de doenças, incluindo itens que abrangem as seguintes categorias: exercício físico (três itens); alimentação (cinco itens); protecção rodoviária (dois itens); poluição (três itens); drogas (dois itens); repouso (um item); sexo (três itens); comportamento de risco (dois itens); álcool (dois itens); prevenção (três itens). As respostas são dadas numa escala de *Lickert* de cinco pontos. A nota final consiste num somatório, fornecendo uma nota global, embora possa ser utilizada como um perfil.

### **B-Expectativas (19 itens)**

Estes 19 itens abrangem as mesmas categorias que o inventário anterior. Inspira-se nos itens construídos com o mesmo objectivo para o *Canada's Health Promotion Survey* (1990) e propõe-se avaliar as crenças dos indivíduos sobre o modo como comportamento e saúde se relacionam. A resposta é dada numa escala de *Lickert* de 5 posições à qual foi acrescentada uma sexta alternativa "não sei". Esta escala não evidenciou propriedades métricas que permitissem a sua utilização, pelo que foi abandonada e, enquanto variável, retirada do estudo.

### **C-Auto-conceito**

Utilizou-se um questionário que resultou da adaptação para a população portuguesa do *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986). A versão original contém 54 itens distribuídos por 13 sub-escalas, cada uma delas incluindo quatro itens, excepto uma que tem seis. O questionário fornece um perfil constituído com as notas das

sub-escalas, constituindo cada uma, um domínio relevante para a vida do estudante universitário, mais uma sub-escala que constitui uma apreciação global independente de domínios. As sub-escalas são as seguintes: criatividade; capacidade intelectual; competência académica; competência profissional; competência atlética; aparência; relações amorosas; aceitação social; amizades íntimas; relações com os pais; humor; moralidade; apreciação global. Os primeiros cinco domínios referem-se a competências ou capacidades, os restantes sete a relações sociais. Em termos teóricos, o modelo assumido pelos autores é um modelo cognitivo e desenvolvimental.

A adaptação portuguesa apresentou uma estrutura muito semelhante à original (ver à frente, neste capítulo), tendo, após a análise de componentes principais, sem definição de número de factores a extrair, sido encontrados 12 factores, sendo um dos factores resultante da fusão de dois da escala original: dois itens foram retirados, tendo permanecido 52. Um dos itens foi retirado por possuir um valor de comunidade muito baixo e o outro por saturar, isolado, um décimo terceiro factor, sem consistência teórica. Na análise de componentes principais incluiu-se, ao contrário dos autores originais, a sub-escala de apreciação global: esta saturou o primeiro factor e é a que explica melhor o resultado total da escala.

A definição das sub-escalas é a seguinte: apreciação global- refere-se ao sentimento geral que o indivíduo tem acerca de si-próprio (*self*); criatividade- percepção do estudante sobre a sua capacidade para ser inventivo ou criativo; competência académica- junta dois factores da escala original e refere-se à percepção do estudante da sua competência para lidar com as tarefas escolares; competência intelectual- refere-se à percepção de competência intelectual geral; competência atlética- avalia percepção de capacidade para realizar actividades físicas e desportivas; aparência- refere-se a quanto o indivíduo acha que é fisicamente atraente e

quanto feliz está com a sua aparência; amizades íntimas- refere-se à capacidade para estabelecer relações de amizade íntimas e, a se tem amigos com quem partilha as coisas mais pessoais; aceitação social- refere-se à satisfação com a sua habilidade para fazer amigos; relações com os pais- refere-se às relações com os pais; relações amorosas- refere-se à capacidade para estabelecer relações amorosas e, a quanto se sente atraente para as pessoas em quem possa estar interessado; humor- refere-se à capacidade para se rir de si próprio e para ser brincalhão com os amigos; moralidade- refere-se a quanto o indivíduo sente que o seu comportamento é moralmente adequado.

A resposta é dada numa de quatro alternativas: primeiro, pela escolha de uma de duas afirmações antagónicas ("alguns estudantes gostam de ser como são" *versus* "outros estudantes gostariam de ser diferentes"), sendo a escolhida aquela com a qual o sujeito se identifica. Depois, o sujeito deve centrar-se nessa afirmação escolhendo uma de duas situações: identificação exacta com a afirmação ou apenas aproximação ("sou mesmo assim" ou "sou mais ou menos assim"). Cada item é cotado de 1 a 4, indicando a nota mais baixa, baixa percepção de competência e a mais elevada, elevada competência. Para cada sub-escala metade dos itens são formulados pela positiva e a outra metade pela negativa. Embora o resultado seja mais adequadamente apresentado como um perfil, ele pode ser apresentado como uma nota só, resultante do somatório das sub-escalas. Na análise de dados consideram-se as duas alternativas. As notas podem variar entre 52 e 208 para a nota global.

#### **D-Auto-eficácia(15 items)**

O questionário escolhido, baseou-se no *Self-Efficacy Scale* de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), que constitui uma medida de auto-eficácia geral. Os autores desta escala

defendem que, apesar de a auto-eficácia ter sido conceptualizada como uma crença específica de situação, há evidência que as experiências de mestria ou de domínio pessoal, ao contribuírem para criar expectativas de sucesso em situações específicas, se podem generalizar a outras situações. Assim, os indivíduos com histórias numerosas e variadas de sucesso, possuiriam mais expectativas de eficácia pessoal ou de auto-eficácia gerais do que indivíduos com poucas experiências de sucesso. Bandura (1977), também admite que a generalização é uma característica das expectativas de eficácia e afirma que "algumas experiências (...) desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem para além da situação específica" (p.194).

A escala de auto-eficácia destes autores inclui 23 items, conservados após tratamento estatístico de um grupo original de 36 items, escolhidos com base na validade de conteúdo. Os autores escolheram uma solução factorial de dois factores, a que chamaram, ao primeiro "auto-eficácia-geral" (com 17 items) e, ao segundo "auto-eficácia-social" (com 6 items). Afirmam que o primeiro factor poderia ser subdividido em dois componentes que reflectem duas dimensões; a) iniciação e persistência e, b) eficácia perante a adversidade.

Após análise e tratamento no estudo piloto, e após a análise factorial, a adaptação do questionário utilizada neste estudo, conservou 15 items distribuídos por três sub-escalas correspondendo a três factores, a saber: iniciação e persistência (6 items); eficácia perante a adversidade (5 items); eficácia social (4 items). A primeira sub-escala qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para completar uma acção; a segunda a vontade para persistir numa actividade perante situações que são adversas; a terceira qualifica as suas expectativas perante situações sociais.

As respostas ao questionário de 15 items, são dadas numa escala tipo Lickert de sete pontos, a que correspondem as letras de A a G. À marcação da posição da escala "A" corresponde a atribuição de 7 ou 1 ponto, e à do outro extremo, "G", 1 ou 7 pontos. As notas podem ser utilizadas como um perfil das diferentes sub-escalas ou como uma nota global. A nota total do Questionário de Auto-Eficácia pode variar entre extremos de 15 e 105 pontos. Quanto mais baixa a nota, menor a percepção de eficácia.

### **E-Locus de controlo de saúde (14 items)**

A origem dos items da Escala de Locus de Controlo de Saúde provém dos items das seguintes escalas: *Health Locus of Control Scale* (Waltson, Waltson, Kaplan & Maides, 1976); *Multidimensional Health Locus of Control Scales* (Waltson, Waltson & DeVellis, 1978); *Health-Specific Locus-of-Control* (Lau & Ware, 1981). Foram escolhidos e traduzidos 39 items que mediam todas as sub-escalas propostas para os instrumentos referidos. A redacção dos items nas diferentes escalas, na língua original, por vezes aparece na primeira pessoa, outras vezes de forma impessoal. Na tradução foi escolhida a forma impessoal para todos os items.

O locus de controlo foi definido como uma característica psicológica que define o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia a dia é consequência das suas acções, e por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno), ou como não tendo relação com o seu comportamento, e por isso, estando fora do seu controlo (controlo externo). É, portanto, uma perspectiva que reflecte o viés do julgamento pessoal relativamente às causas (do ponto de vista de controlo pessoal) daquilo que lhe acontece. Rotter (1966) defende que o locus de controlo é uma característica que se representa como um contínuo onde num extremo se encontram a internalidade - locus de controlo interno - e no outro a

externalidade - locus de controlo externo -. A escala proposta por Rotter para avaliação desta dimensão, apresenta um conjunto de 23 items com uma resposta forçada: o respondente tem de escolher uma de duas alternativas, a que melhor se lhe aplica, e em que uma das alternativas reflecte uma orientação interna e a outra a externa. Embora o locus de controlo seja uma característica geral que se aplica a todas as situações da vida, inúmeros instrumentos têm sido construídos para o avaliar em áreas específicas, como a saúde.

Adaptada a partir dos dados do estudo piloto, o questionário apresentado corresponde aos items conservados após a análise factorial. Inclui 14 items distribuídos por duas sub-escalas correspondendo a dois factores, a saber: locus de controlo (8 items) e outros poderosos (6 items). A resposta é dada numa escala de *Lickert* de sete posições. As notas da escala, obtidas pelo somatório da pontuação de cada item, podem variar entre 14 e 98. O valor mais baixo corresponde ao locus externo e o mais elevado ao locus interno.

#### **F-Suporte social (11 items)**

A cultura portuguesa não lida bem com a tradução das palavras inglesas *competence* e *skill*. Enquanto as línguas francesa e espanhola, assim como os autores de origem brasileira, traduzem os termos por "competência" e "habilidade", os autores de língua portuguesa traduzem, ambos, por competência. Se na linguagem do homem comum tal não é problema, na linguagem psicológica é inaceitável. Em psicologia os dois conceitos são substancialmente diferentes. Com efeito, competência qualifica uma estrutura, enquanto habilidade qualifica um comportamento (para discussão ver Ribeiro, 1989b, pp.21-44). A escala utilizada na presente investigação é uma escala de avaliação de comportamentos sociais: é um instrumento de avaliação de *skills* e não de *competences*. Em

escalas deste tipo os items tendem a ser, essencialmente, "amostras" de comportamento, ao invés de "indícios".

A versão adoptada nesta investigação corresponde à tradução da *Social Health Battery* do *Rand's Health Insurance Study* (Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston, 1979). Os items da escala original agrupam-se nas seguintes categorias: comunidade (3 items), família/social (4 items), social (3 items), subjectivo (1 item). A adaptação da escala não reflecte a escala original por falta de propriedades métricas adequadas e, por essa razão a escala utilizada será diferente. Dos items da escala construíram-se dois inventários: um inventário de convívio social, com quatro items, e outro do número de amigos com dois items. As respostas são dadas de duas formas: nuns items os valores apresentados são os valores reais (ex. "quantos amigos chegados tem?"). Noutros são respondidas numa escala de classificação com seis posições.

### **Dissonância cognitiva**

Esta variável, tal como foi concebida, não incluía items no questionário. Os resultados resultariam da associação dos items das partes comportamentos/ atitudes e expectativas. A hipótese era, que haveria mais *stress* quando os comportamentos/atitudes estivessem em dissonância com as expectativas do que quando havia consonância. Como a escala de avaliação das expectativas foi retirada por inadequação métrica, esta variável, que dependia dela, também foi.

### **III-Ambiente**

Este grupo de variáveis propõe-se avaliar em que medida as condições ambientais afectam o indivíduo. Ao contrário das outras partes do questionário que avaliam a percepção que o indivíduo tem sobre si próprio, esta parte avalia a percepção do indivíduo sobre aspectos exteriores a si,



sobre o meio ambiente. Na percepção do ambiente foram consideradas as seguintes variáveis:

- A- Percepção de capacidade económica;
- B- Acontecimentos geradores de *stress*;
- C- Intensidade do *stress*;
- D- Temas preocupantes;

### **A-Inventário de percepção da capacidade económica**

Corresponde a uma tradução adaptada de questionários utilizados por Pearlin, Menaghan, Lieberman e Mullan (1981) com o mesmo nome com que foi utilizado na presente investigação, e propõe-se avaliar aspectos económicos. Inclui 3 partes: pressão económica- com 6 items em que a resposta é dada numa escala de classificação de 4 posições; comparação económica - com 4 items em que a resposta é dada numa escala de 3 posições (sim ou não e uma intermédia); importância do dinheiro- com 3 items em que a resposta é dada numa escala de *Lickert* de 5 posições. A adaptação da escala evidenciou dois factores, o primeiro intitulado necessidades económicas, com seis items, e o segundo, comparação económica, com quatro items.

### **B-Inventário de acontecimentos geradores de *stress* (24 items)**

Este inventário baseia-se no questionário de Greene, Walker, Hickson e Thompson (1989), o *Life Events Checklist*, que segue a tradição da escala clássica de Holmes e Rahe (1967). Aqueles autores encontraram um conjunto de 20 acontecimentos que estavam associadas a queixas de mal-estar sem causa orgânica, numa população adolescente. A resposta é dada a uma lista com esses 20 acontecimentos, assinalando se tal acontecimento ocorreu recentemente, ou não. Um último item pede para o

indivíduo descrever um acontecimento, que eventualmente tenha ocorrido, que não tenha sido referido na lista apresentada. O resultado é dado pelo número de acontecimentos que o indivíduo vivenciou

### **C-Inventário de intensidade de *stress* (um item)**

Inspirado no procedimento utilizado no *Saskatchewan Heart Health Survey* apresenta-se um item em que o respondente afirma a magnitude do impacto que os acontecimentos descritos na parte anterior tiveram para si. Neste item o indivíduo classifica numa escala de *Lickert* de 9 posições quanto, o acontecimento (que identifica através do número do item) o afectou.

### **D-Temas preocupantes (13 itens)**

Inspira-se no questionário utilizado por Jouguin e Davies (1980) na avaliação do *Students Distress*, com estudantes universitários. Em complementação da parte anterior (IIIB), esta parte questiona, não o que aconteceu, mas o que, independentemente do que aconteceu, é fonte de preocupação para o indivíduo. A escala original inclui 13 itens cuja resposta é dada numa escala de *Lickert* de 5 posições. A adaptação portuguesa conservou nove itens distribuídos por dois factores: o primeiro factor agrupa itens que exprimem preocupação com os afectos e o segundo preocupação com o tempo disponível.

## PARTE B

### Construção do Questionário e Procedimento

Esta parte descreve os cuidados e os processos utilizados na construção do questionário global, o modo como a amostra foi escolhida e os critérios utilizados, e os passos que foram dados para recolher os dados.

#### A Construção de um Questionário

Uma sondagem (*survey*) não é um *census*. Enquanto nestes toda a população é entrevistada, num *survey*, apenas uma amostra representativa dessa população o é. Segundo Smith (1975), paradoxalmente, algumas amostras fornecem melhores estimativas do resultado, do que se recolhessem dados de todos os casos possíveis. Decidir o tamanho da amostra é uma das primeiras tarefas do investigador. Neste estudo dois critérios presidem à decisão sobre o tamanho da amostra: a) a representatividade da amostra e, b) a significância estatística exigida pelo tratamento estatístico.

Segundo Finsterbusch, Liewellyn e Wolf (1983), a menos que uma população alvo tenha menos de 2000 pessoas deverá, sempre, ser decidido fazer um estudo por amostragem, e tal princípio pode aplicar-se a muitas populações com menos de 2000 indivíduos. Estes autores defendem, que a selecção do tamanho da amostra é uma questão de julgamento, e que o número de sujeitos que constituirá a amostra não é importante: referem que, até amostras de 40 ou 80 indivíduos podem fornecer características sensíveis da população, e que uma amostra de 100 é suficiente para ser tomada a sério. Apresentam uma lista de amostras, variando entre 50 e 1000 indivíduos, sendo a moda os 200, consideradas em vários estudos representativos de populações regionais,

O principal objectivo de qualquer método de amostragem é definir uma amostra representativa de uma população. A vantagem de uma amostra representativa é a de permitir generalizar, com confiança, os resultados da amostra à população que ela representa, sem se ter o trabalho de avaliar, ou investigar, toda a população. A amostragem (*sampling*) é um procedimento a partir do qual se infere as características de um grupo de objectos (uma população) sem ter de recorrer a todos os elementos possíveis desse grupo de objectos (Smith, 1975). Dado que, na investigação, não vão estar presentes todos os indivíduos possíveis, o investigador deve preocupar-se com o **número** e o **tipo** de objectos da amostra, de modo a que ela seja representativa da totalidade da população.

As amostras podem ser probabilísticas ou não-probabilísticas. As primeiras baseiam-se nas leis do acaso para seleccionar os elementos que as constituem. Por exemplo, na presente investigação, uma amostra probabilística poderia ser definida através da introdução, em computador, de todos os números de bilhete de identidade dos alunos que constituem o universo em estudo: através de uma selecção aleatória seriam seleccionados os números dos que iriam constituir a amostra. Numa amostra não-probabilística, ao invés do método anterior, a *chance* de dado indivíduo ser escolhido não pode ser estimada empiricamente. Uma amostra não-probabilística pode ser constituída, por exemplo, pedindo ao presidente do conselho directivo de uma escola que escolha, com base na sua opinião pessoal os alunos mais adequados para integrar a amostra.

A amostra do presente estudo é uma amostra **não-probabilística**. Estas podem ser escolhidas por vários processos: intencional, de quotas, e acidental. Numa amostra **intencional** os indivíduos são seleccionados devido a determinadas características que possuem (por exemplo serem filhos de mães solteiras, terem uma doença crónica, terem mais de 1,90 metros). Os alunos do presente estudo que

pertencem ao ensino secundário foram escolhidos deste modo. Pediu-se aos professores que escolhessem turmas "com alta probabilidade de aceder à universidade". Como o estudo foca alunos universitários, e não universitários que, provavelmente, irão para a universidade, os participantes não-universitários devem ser indivíduos com alta probabilidade de a ela aceder. Eles poderiam ter sido escolhidos com base nas notas ou na opinião impressionista dos professores. Escolheu-se esta última alternativa. As escolas a que pertencem também foram escolhidas intencionalmente. Foram escolhidas escolas que se distribuíssem por zonas geográficas diferentes da cidade do Porto, e que cobrissem grande variedade de cursos, de tal modo que, no final, o número de indivíduos da amostra estivesse equilibrado quanto ao sexo.

Uma amostra não-probabilística pode recorrer, ainda, ao método de **quotas**. Este método garante que na amostra estão representados determinado tipo de respondentes: por exemplo, poderia interessar que, numa amostra, houvesse determinado número de indivíduos entre os 15 e os 20 anos que assistem a jogos de futebol. Uma amostragem aleatória não garante que eles sejam seleccionados. O grupo de estudantes universitários que constituiu a amostra foi definida segundo este método. Para identificar as quotas começou-se por procurar estatísticas sobre a população que frequentava a Universidade do Porto, tal como, por exemplo, número de alunos matriculados, por sexo, por ano, por curso, por idade. Estes dados não estavam disponíveis. Recorreu-se, então, a um artigo publicado no Boletim da Universidade do Porto (nº 1, 1990, p.13) que refere o número total de alunos por escola, no ano lectivo de 1989/90. Esse número era de 16 959 distribuído pelas diferentes escolas, conforme o quadro 1. Entre parentesis, apresentam-se as percentagens de alunos segundo os dados publicados, em 1993, pelo Gabinete de Relações

Públicas da Universidade do Porto, de modo a poder-se observar que há pequenas variações na magnitude da composição das escolas.

QUADRO 1

Percentagem de alunos nas das diversas escolas da Universidade do Porto

Escola	% 89/90	% 1993
Engenharia	21,6	(19,99)
Letras	21,6	(22,25)
Economia	14,3	(16,23)
Ciências	13,2	(13,6)
Medicina	5,2	(3,84)
Desporto	4,5	(4,39)
Biomédicas	4,4	(3,79)
Farmácia	4,3	(4,09)
Psicologia	3,5	(3,91)
Arquitetura	3,2	(4,51)
Medicina Dentária	2,2	(1,83)
Ciências da Nutrição	1,8	(1,15)
Est. Empresariais	0,2	(0,22)
I.de Design	–	(0,1)

### Discussão Sobre o Tamanho da Amostra

Embora se possa aceitar que quantos mais casos incluir uma amostra mais perto está de representar a população, tal não é correcto do ponto de vista científico. Não há um número, definitivo, ou mágico, que possa ser considerado óptimo para uma amostra. Do mesmo modo não se pode dizer que uma determinada percentagem é adequada. O número ideal de sujeitos da amostra depende das características da investigação e do contexto em que ocorrerá. Em geral, o número óptimo de sujeitos de uma amostra é o que for mais adequado para fazer inferências correctas da amostra para a população (Polgar & Thomas, 1988).

A natureza das inferências é afectado pelo erro de amostragem. Este reflecte a discrepância entre o parâmetro verdadeiro e o da amostra. Por exemplo, se se souber, pelos resultados de um *census*, que a idade média da população é 23 anos, e a média da amostra é 26, o erro da amostragem será de 3 anos. O erro de amostragem está relacionado com o tamanho da amostra da seguinte forma:

$$\text{erro de amostragem} = \frac{1}{\sqrt{n}}$$

Da equação deduz-se que, quanto mais elevado o tamanho da amostra ( $n$ ), menor o erro de amostragem. De facto, este é inversamente proporcional à raiz quadrada do tamanho da amostra. Se se dobrar o tamanho da amostra, a redução do erro é de 1,4 (ou seja a raiz quadrada de 2). Se se aumentar nove vezes o tamanho da amostra só se reduz o valor do erro três vezes. Ou seja, razões de ordem prática desaconselham o uso de amostras muito grandes, dado que, os ganhos que se alcançam, são prejudicados pelas desvantagens. Ou seja pouco se ganha em aumentar a amostra acima de 250: o que se ganha na redução do erro pela duplicação da amostra não compensa os custos de diversos tipos como, por exemplo, a gestão da enorme quantidade de sujeitos, de recursos, de dados, de investigadores, para não falar de verbas.

Mais do que o tamanho, é importante que a amostra seja, a) representativa da população a que pertence e, b) os respondentes atinjam o valor crítico de 80%. Para a presente investigação, em função do número de variáveis, dos sub-grupos representados, e das análises a fazer, considerou-se que o número de indivíduos deveria ser de cerca de 600, divididos equitativamente por sexo e ano de escolaridade (a constituição do grupo é apresentada na parte seguinte).

### **Discussão Sobre a Construção e Tamanho do Questionário**

A construção de um questionário tem de considerar vários aspectos, nomeadamente, o modo como os dados vão ser recolhidos. A investigação em curso é uma sondagem, e estas podem ser realizadas com recurso a várias técnicas. Aday (1989) discute os várias técnicas de recolha de dados passíveis de ser utilizados em investigações deste tipo -por telefone, *mail type* e entrevista-. Uma das maneiras que parece estar de momento na

moda, em Portugal, é a entrevista por telefone. Com efeito os periódicos inserem, com frequência, sondagens que recorrem a esta metodologia copiada do que se faz nos países desenvolvidos. O problema é que Portugal não é um país desenvolvido. O último relatório do Banco Mundial inclui Portugal no grupo dos países "do meio". Esta posição intitula-se anteriormente "em vias de desenvolvimento". Em países desenvolvidos como o Canadá ou a Suécia, por exemplo, respectivamente 97 e 95% das pessoas têm telefone (Aday, 1989). Em Portugal (como noutros países menos desenvolvidos) aquela percentagem, segundo estatísticas comparativas dos países da CE divulgadas recentemente nos órgãos de informação, é de 18% (embora já tenham aparecido referidos valores de 67%). Logo qualquer sondagem feita por telefone não pode, a não ser por acidente, fornecer resultados fidedignos.

O método mais eficaz para recolher dados é a abordagem directa. Aday refere que através deste método de recolha de dados, a percentagem de respostas em sondagens sobre a saúde varia entre 85 e 95%. As metodologias *mail type* têm, segundo esta autora, percentagens de devolução entre 60 e 70%. Estes valores são também os verificados em sondagens que serviram de modelo a esta investigação, como o Estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983) e o *Heart Health Survey* (Saskatchewan Health, 1990). Uma revisão de Dillman (1978) sobre 48 sondagens oficiais realizadas segundo a técnica de *mail type*, apresenta um valor médio de devolução de respostas de 74%. Noutra revisão de Weathers, Furlong e Solórzano (1993) com recurso a esta técnica, em 34 investigações realizadas no âmbito da psicologia, a frequência de respostas variou entre 27 e 91,7% com um valor médio de 63,7%. Como se decidira, na presente investigação utilizar esta técnica, e como se pretendia ter uma percentagem de respostas acima de 80%, foi dedicado particular



cuidado a este procedimento. Na simulação realizada no estudo piloto, no âmbito desta investigação, a percentagem de devoluções foi de 78%.

Outro aspecto a considerar é o tamanho do questionário. Sudman e Bradburn (1984) afirmam que não há uma resposta definitiva sobre qual o tamanho adequado de um questionário que vai ser utilizado segundo uma metodologia *mail type*. Referem que seis páginas A4 deve ser o tamanho máximo: para populações especiais, ou sobre tópicos importantes podem ir, segundo os mesmos autores, até 16 páginas. Dillman (1978) afirma que ultrapassar as 12 páginas afecta, de certeza, a percentagem de devoluções, embora cite sondagens até 16 páginas com elevada percentagem de devoluções. Estas afirmações inserem-se numa discussão sobre sondagens típicas de estudo de mercado.

Baumgartner e Heberlei (1984) afirmam que questionários longos exigem mais esforço mas, ao mesmo tempo, indiciam a quem responde que o estudo é importante. Referem que o tamanho do questionário, medido pelo número de páginas, número de itens ou pelo tempo de preenchimento, parece ter pouco impacto na frequência de retorno dos questionários. O questionário preenchido pela amostra do presente estudo (em anexo) tinha 28 páginas.

## **A Face do Questionário**

Para além dos itens que constituem o questionário, a carta que o apresenta tem, também, uma função importante em todo o processo. Nesta carta explica-se para que serve o questionário, o que o indivíduo vai fazer e solicita-se a sua participação. Segundo Dillman (1978), a carta que constitui a face do questionário e o apresenta, é um elemento fundamental que vai influenciar a motivação do respondente para responder, e a percentagem de devoluções. Na construção da carta respeitaram-se as sugestões de Dillman. Este autor explica que a carta de apresentação deve caber numa

página e incluir as diversas partes que simultaneamente informem e motivem. A carta que foi utilizada na presente investigação é composta das seguintes partes:

O primeiro parágrafo, a) apresenta o tema da investigação, b) explica o que se propõe estudar e, c) defende a utilidade do estudo;

O segundo parágrafo a) procura convencer o respondente que a sua resposta, a sua participação, é fundamental e não pode ser substituída;

O terceiro parágrafo a) coloca ênfase na motivação, salientando a importância social e académica da investigação, b) explica como o respondente poderá ter acesso aos resultados da investigação, c) informa quem são os responsáveis pela supervisão do projecto.

Foram construídas réplicas (mantendo uma estrutura semelhante) da carta que acompanha o questionário, para entregar aos conselhos directivos das escolas visitadas que os solicitassem: como havia dois tipos de escola com características diferentes -universitárias e secundárias-, foram produzidas duas cartas, uma para as escolas secundárias e outra para as faculdades.

## **Procedimento**

A recolha de dados teve uma fase preliminar que incluiu o recrutamento e treino de colaboradores. Estes, no total de seis, alunos entre os segundo e quarto anos do curso de psicologia, foram instruídos sobre os conceitos subjacentes à investigação, à metodologia e, principalmente, ao seu papel na recolha de dados. A sua participação fez-se em duas fases: a primeira relativa à recolha de dados, e a segunda à conversão dos dados brutos em linguagem computador.

De seguida são apresentados: a) os passos a seguir na apresentação e recolha dos questionários; a) datas das diversas fases; c) as tarefas a realizar em cada visita

## **Passos a seguir na apresentação e recolha dos questionários**

1- O primeiro passo consistiu num contacto com professores, previamente seleccionados, de escolas previamente definidas. Nesta fase definiram-se as turmas a contactar e os horários em que tal ocorreria (o procedimento foi idêntico para as escolas secundárias e universitárias):

2- O segundo passo consistiu na deslocação à escola na data e hora combinada. Tal foi realizado pelo investigador principal e por um colaborador: o colaborador era apresentado ao professor em cuja aula seriam entregues os questionários:

3- Chegava-se à aula da turma seleccionada e o professor apresentava os visitantes: o investigador principal;

a) explicava sumariamente o que se pretendia com a investigação;

b) refiria que a turma era uma turma seleccionada de entre as restantes;

c) pedia a colaboração dos alunos;

d) explicava que o preenchimento dos questionários era anónimo e que quem o não quisesse preencher não tinha de o fazer, mas que deveria decidir antes de o receber: que era esperado que quem recebesse o questionário o devolvesse;

e) informava que, apesar de ser anónimo as perguntas não eram de molde a violar a intimidade das pessoas;

f) informava que o questionário demorava cerca de uma hora a preencher, e;

g) informava que na semana seguinte, naquela aula, àquela hora, o colaborador ou o próprio, regressaria para receber o questionário.

4) O colaborador, ou o investigador principal, regressava na semana seguinte à hora combinada, para recolher os questionários. Aos que não o entregassem:

a) pedia a colaboração;

b) salientava que a devolução dos questionários era essencial para a investigação;

c) informava que regressaria na semana seguinte na mesma aula para recolher os restantes questionários.

5) igual ao anterior.

6) O colaborador, ou o investigador principal, regressa na semana seguinte à hora combinada, para recolher os questionários. Aos que não o entregam:

a) pedia a colaboração;

b) salientava que a devolução dos questionários era essencial para a investigação;

c) aos que se mostrarem interessados a terminar o preenchimento e a devolver os questionários restantes, entregava envelopes selados, com a morada da Faculdade de Psicologia

d) pedia o número de telefone aos alunos que recebem o envelope, e pedia autorização para telefonar a lembrar que devolvesse o questionário.

7) Àqueles que recebessem o envelope, e se este não era devolvido no prazo de duas semanas, faziam-se três telefonemas, com uma semana de intervalo até o questionário ser, ou não, devolvido.

### **Datas das diversas fases**

A entrega dos questionários foi feita na semana de 9 a 14 de Março; a primeira recolha foi realizada na semana de 16 a 21 de Março; a segunda recolha na semana de 23 a 28 de Março; a terceira recolha na semana de 30 de Março a 4 de Abril.

### **Tarefas a realizar em cada visita**

A pessoa que visitava a escola possuía uma folha para a turma que visitava a qual incluía: o nome do professor, a turma, local, horas e datas de visita; espaço para apôr os números, por sexo, dos questionários que entregues, o total de questionários que foram entregues, os números de questionários devolvidos em cada visita, e espaço para registar nome, número de telefone e hora mais adequada para telefonar (aos que recebessem envelope na terceira visita).

### **Conversão de Dados**

As respostas dos sujeitos tiveram de ser convertidas em valores numéricos de acordo com regras que estavam definidas num manual de cotação. Esta conversão foi realizada em várias fases:

a) conversão para uma folha de registo- cada questionário deu origem a uma folha de registo, após a conversão que foi realizada pelo investigador principal e colaboradores de tal modo que o número final de questionários convertidos fosse semelhante para todos;

b) revisão de dados I- aproximadamente 10% dos questionários foram seleccionados, aleatoriamente, e distribuídos pelas pessoas que os não cotaram, de modo a detectar erros na conversão de dados;

c) revisão de dados II- o investigador principal reviu 5% de todos os questionários;

d) os dados foram introduzidos em computador a partir das folhas de registo;

e) os dados introduzidos foram revistos usando o mesmo procedimento descrito em c)

## PARTE C

### Amostragem

Esta parte descreve a composição e origem da amostra, e o número e percentagem de questionários, parciais e globais, por escolas e sexo.

#### Discussão Sobre a Definição da Amostra

O método de definição da amostra do presente estudo foi o método de quotas. Para definir quotas da população universitária da academia do Porto construiu-se um sistema de eixos que cruzava a velha e clássica divisão "letras" *versus* "ciências", com "escolas antigas" *versus* "escolas novas". A primeira divisão representou, durante muitos anos a distinção formal entre cursos e, parece ter ainda, um peso cultural importante: depois de discutidas outras possibilidades de agrupamento (por exemplo tecnológicas *versus* humanísticas) pareceu ser a mais clara. A segunda divisão, separa as escolas entre as que existiam antes de 25 de Abril de 1974 e as que foram constituídas posteriormente. As quotas foram definidas tomando em consideração, não só que todas as quadrículas estivessem representadas como, que as escolas com características diferentes também o estivessem.

Apresenta-se, no quadro 2, o resultado do cruzamento de eixos, com as diferentes escolas, a percentagem global de alunos que cabe a cada uma tomando por base o artigo referido na parte B, e a percentagem da amostra universitária constituinte da amostra após a devolução dos questionários (entre parentesis).

QUADRO 2

Composição da população, em percentagem, das diversas escolas da Universidade do Porto e percentagem da amostra participante no estudo (entre parentesis)

	LETRAS		CIÊNCIAS	
	letras-	21,6% (9,6%)	engenh.	21,6% (17,6%)
ANTIGAS			economia	14,3% (16,8%)
			ciências	13,2% (10,4%)
			medicina	5,2%
			farmácia	4,3%
	TOTAL-	21,6% (9,6%)	TOTAL	58,6% (44,8%)
NOVAS	psicolog.	3,5% (10,7%)	desporto	4,5% (7,9%)
			biomédic.	4,4% (8,5%)
			arquitet.	3,2% (10,7%)
			med.dent	2,2%
			nutrição	1,8% (7,4%)
			e.empres.	0,2%
	TOTAL	3,5% (10,7%)	TOTAL	16,3% (34,5%)
TOTAL		25,1% (20,3%)		74,9% (79,3%)

Considerou-se que o número final de alunos por sexo deveria ser equivalente devido ao facto de não haver estatísticas disponíveis sobre a percentagem de estudantes por sexo. De seguida apresentam-se os mapas de participação por ano, escola e sexo.

### Mapa de Participação

Nos quadros 3 e 4 são apresentados os números de questionários entregues, de questionários devolvidos, e respectivas percentagens de devolução por escola, por ano e por sexos.

QUADRO 3

Composição da amostra por escola ano sexo, incluindo os questionários entregues e devolvidos

ESCOLA	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PRCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
FACULDADE DE ARQUITETURA									
2º ANO	14	13	27	11	10	21	79	77	78
4º ANO	14	11	25	9	9	18	64	82	72
TOTAL	28	24	52	20	19	39	71	79	75%

ESCOLA	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS									
2º ANO	5	15	20	4	15	19	80	100	95
5º ANO	5	10	15	5	7	12	100	70	80
TOTAL	10	25	35	9	22	31	90	88	89%
FACULDADE DE CIÊNCIAS									
2º ANO	6	11	17	6	9	15	100	82	88
4º ANO	9	18	27	6	17	23	67	94	85
TOTAL	15	29	44	12	26	38	80	90	86%
FACULDADE DE ECONOMIA									
2º ANO	19	30	49	15	29	44	79	97	90
5º ANO	18	8	26	12	5	17	67	63	65
TOTAL	37	38	75	27	34	61	73	90	81%
FACULDADE DE ENGENHARIA									
2º ANO	36	5	41	35	5	40	97	100	98
5º ANO	26	1	27	24	1	25	92	100	93
TOTAL	62	6	68	59	6	64	95	100	96%
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E EF									
2º ANO	11	11	22	7	8	15	64	73	68
4º ANO	16	9	25	8	6	14	50	67	56
TOTAL	27	20	47	15	14	29	56	70	62%
FACULDADE DE LETRAS									
2º ANO	8	15	23	6	14	20	75	93	87
4º ANO	6	10	16	5	10	15	83	100	94
TOTAL	14	25	39	11	24	35	79	96	90%
CURSO DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO									
2º ANO	2	7	9	2	5	7	100	71	78
4º ANO	3	20	23	3	17	20	100	85	87
TOTAL	5	27	32	5	22	27	100	88	90%
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CE									
2º ANO	3	17	20	3	13	16	100	76	80
4º ANO	4	26	30	2	21	23	50	81	77
TOTAL	7	43	50	5	34	39	71	79	78%
ESCOLA SECUNDÁRIA AURÉLIA DE SOUZA									
11º A/J	12	15	27	12	11	20	100	73	85
11º B	9	13	22	7	13	20	78	100	91
11º C	7	11	18	7	11	18	100	100	100
11º F	3	5	8	3	5	8	100	100	100
11º H	5	5	10	4	2	6	80	40	60
11º I	5	17	22	4	17	21	80	100	95
TOTAL	41	66	107	37	59	96	90	89	90%
ESCOLA SECUNDÁRIA DO CERCO									
11º A	8	11	19	8	10	18	100	91	95
11º Ca	7	2	9	7	2	9	100	100	100
11º Cb	2	9	11	2	9	11	100	100	100
11º H	1	18	19	1	18	19	100	100	100
11º I	1	19	20	1	18	19	100	95	95
TOTAL	19	59	78	19	57	76	100	97	97%



ESCOLA	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
ESCOLA SECUNDÁRIA FONTES PEREIRA DE MELO									
11ª A	19	4	23	15	4	19	79	100	83
11ª B	18	3	21	18	3	21	100	100	100
11ª C	18	0	18	18	0	18	100	-	100
11ª E	16	2	18	14	1	15	88	50	83
TOTAL	71	9	80	65	8	73	92	89	91%

QUADRO 4

Questionários entregues e questionários devolvidos, em número, em percentagem, por ano, por tipo de escola e totais globais.

## TOTAIS DE RETORNOS NA UNIVERSIDADE POR ANO

ANO	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
2º ANO	104	124	228	89	108	197	86	87	86%
4/5º ANO	101	113	214	74	93	167	73	82	78%

## TOTAIS DE RETORNOS NA UNIVERSIDADE

	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
	205	237	442	163	201	364	80	85	82%

## TOTAIS DE RETORNO NO ENSINO SECUNDÁRIO

	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
	131	134	265	121	124	245	92	93	93%

## TOTAL GERAL: UNIVERSIDADE MAIS ENSINO SECUNDÁRIO

	ENTREGUE			DEVOLVIDO			PERCENT. DEVOL.		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
	336	371	707	284	325	609	85	88	86%

A análise da percentagem de retornos mostra que variou, para as turmas de estudantes universitários, entre 56% e 98% com uma média por turma de 82%; e para as de estudantes do ensino secundário entre 60 e 100% com uma média de 93%. Tomando em conta o total de questionários, independentemente da turma, a percentagem de retornos foi de 86% para o segundo ano da universidade, de 78% para o quarto ou quinto anos e de 93% para o décimo primeiro ano. Constata-se uma diminuição de retornos quando se sobe do décimo primeiro ano do secundário para os últimos anos da universidade. Em todos os anos a percentagem de retornos das mulheres é superior à dos homens. A amostra de respondentes era constituída por 47% de indivíduos do sexo masculino e 53% do sexo feminino.

## PARTE D

### Estatística

#### A Estatística para os Principais Objectivos

Esta parte descreve os procedimentos estatísticos a utilizar para atingir os objectivos principais expressos na última parte do capítulo I. Para além da estatística principal que será utilizada, outros procedimentos complementares de análise serão considerados, embora não sejam descritos nesta parte. O tratamento estatístico foi realizado com o apoio do SPSP (versão original de Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner, & Bent, 1975), versão 4.0 para computador pessoal, instalada em ambiente DOS.

O primeiro grande objectivo visa as relações entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas. Propõe-se analisar as relações entre um conjunto de variáveis psicológicas (independentes) com um conjunto de variáveis de saúde (dependentes). Para atingir este objectivo o procedimento estatístico eleito foi a correlação canónica. A análise canónica, que é o procedimento mais geral das técnicas multivariadas, analisa as relações entre dois conjuntos de variáveis, em que cada sujeito é medido nos dois conjuntos. Todos os outros procedimentos das técnicas multivariadas -regressão múltipla, análise discriminante, MANOVA- são casos especiais da análise canónica. Segundo Tachnick e Fidell (1989), no estágio actual de desenvolvimento a análise canónica deve ser considerada uma técnica descritiva ou de análise (*screening*)<sup>2</sup>, em vez de um procedimento para testar hipóteses. Na correlação canónica há diversas variáveis em ambos os lados e há a possibilidade de várias combinações entre elas. Na análise canónica encontram-se variáveis, variantes, e pares de variantes. Variáveis são as medidas que foram introduzidas na equação,

---

<sup>2</sup>Não existe terminologia estatística em português. Há traduções livres, muitas vezes brasileiras, que não nos parecem satisfatórias. Por essa razão utilizar-se-ão, frequentemente, os termos em inglês, que são os mais expressivos.

as variáveis independentes e as variáveis dependentes. Variantes canónicas são combinações lineares das variáveis, uma combinação no lado das variáveis independentes e outra no lado das dependentes. Estas duas combinações formam um par de variantes canónicas. A correlação canónica pode apresentar vários pares de variantes canónicas. Embora a análise canónica seja uma técnica em fase exploratória parece ser adequada para descrever e explorar os dados e os objectivos do tipo dos utilizados na presente investigação.

O segundo objectivo visa o modo como as variáveis -quer de saúde quer psicológicas- mudam ao longo da escolaridade, e o modo com as relações entre estas variáveis mudam no mesmo período. O procedimento estatístico eleito foi a análise de variância entre as três gerações de estudantes. Esta técnica é utilizada para testar a hipótese nula, ou seja, a de que várias médias populacionais são iguais. Chama-se assim porque ela examina a variabilidade dentro da amostra e, baseada nela, determina se há razão para acreditar que as médias populacionais são iguais. Dado tratar-se de diferentes grupos para uma variável, utilizou-se a análise de variância *oneway*.

O terceiro objectivo, visa analisar as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a população do estudo. A técnica estatística eleita consistiu no teste *t* de *Student* e na análise de variância. Estes dois procedimentos, tal como no procedimento anterior respondem à questão se há probabilidade elevada (acima de 0,05) de as médias consideradas serem iguais. Caso a probabilidade seja inferior a 0,05 rejeita-se a hipótese de que as duas médias sejam iguais.

O último grande objectivo, propõe-se avaliar se as variáveis psicológicas amortecem os efeitos da tensão. O procedimento estatístico eleito foi a *crosstabulation* de grupos extremos, formados com os 25% dos indivíduos com melhor e pior resultados nas variáveis consideradas. Este

procedimento permite a comparação entre a percentagem real de casos que cai em cada cela, resultante da *crosstabulation* e a percentagem esperada que seria a resultante da divisão do número de casos pelo número de celas. Esta comparação permite determinar se as diferenças encontradas são acidentais (caso a probabilidade seja superior a 0,05) ou se são reais.

Na *crosstabulation* recorreu-se ao cruzamento de duas, e de três variáveis. primeiro cruzam-se uma variável ambiental e uma de saúde, e de seguida cruzam-se uma ambiental, uma de saúde e uma psicológica. Recorre-se predominantemente à inspeção visual para verificar se a percentagem de casos distribuídos pelas cela é influenciado pela introdução da variável psicológica. Dois aspectos serão analisados. Primeiro, se o cruzamento dos dois grupos extremos, que caem simultaneamente nos 25% com melhores ou piores resultados em cada par de variáveis, ambiental e de saúde, se distribuem de tal modo que os que têm pior resultado na variável ambiental têm, igualmente, pior resultado na variável de saúde. Segundo, duplicam-se as celas pela introdução da terceira variável -variável psicológica-, e inspecciona-se se, quando são cruzados os três grupos extremos que caem simultaneamente nos 25% com melhores ou piores resultados em cada grupo de variáveis -ambiental, de saúde e psicológica-, se distribuem de tal modo que; a) a percentagem dos que caem no grupo com pior resultado na variável de saúde aumentou (quando comparada com a análise anterior) por via de inclusão dos que têm pior resultado na variável ambiental e na variável psicológica, enquanto diminui se tem o mesmo mau resultado na variável ambiental mas tem bom resultado na variável psicológica e; b) se, simultaneamente, a percentagem dos que caem no grupo com melhor resultado na variável de saúde deve aumentar quando se juntam os que têm melhor resultado na variável psicológica e ambiental, e diminui quando tem o mesmo melhor

resultado na variável ambiental e pior resultado na psicológica. Quando se verificam simultaneamente as condições a) e b) afirma-se que a variável psicológica amortece o impacto da variável ambiental na de saúde.

Como análise adicional recorre-se à análise do risco relativo. Este só pode ser comparado entre tabelas 2X2. Neste caso, em que se pretende inspeccionar a alteração global na percentagem de distribuição de casos por celas quando se passa de uma *crosstabulation* de 2X2 para uma de 2X2X2, o risco relativo não é uma boa medida. O risco relativo será utilizado, neste caso, para analisar quatro das oito celas, e sê-lo-à apenas, como medida adicional.

## **PARTE E**

### **Adaptação e Reconstrução dos Instrumentos**

Nesta parte descrevem-se, detalhadamente, os procedimentos a que se submeteram quer os instrumentos quer a arquitetura investigativa de modo a garantir a validade interna e externa da investigação. Esta garantia impõe procedimentos cuidadosos de adaptação ou de reconstrução dos instrumentos de medida que se tencionam utilizar.

A adaptação e reconstrução dos instrumentos de avaliação foi realizada em dois momentos: uns instrumentos foram adaptados com base nos dados do estudo piloto enquanto outros foram-no com base nos dados do estudo definitivo. Os que foram realizados no estudo piloto foram confirmados no estudo definitivo, com a finalidade de verificar a fidedignidade do procedimento: se, eventualmente, os resultados dos dois estudos manifestassem grandes diferenças, significaria que havia um grande viés na investigação. Os resultados do processo de adaptação e reconstrução dos instrumentos realizado, com as amostras, quer do estudo piloto, quer do estudo definitivo serão descritos nesta parte.

#### **O Estudo Piloto**

O estudo piloto teve como objectivo principal simular a passagem do questionário em condições semelhantes às da metodologia do estudo final. Secundariamente prossegue três outros objectivos:

- a) observar a reacção da população alvo em situação próxima da real;
- b) adaptar instrumentos de recolha de dados
- c) experimentar hipóteses relacionadas com a investigação;

O estudo piloto consistiu na passagem de um questionário de resposta fechada semelhante, embora mais reduzido, ao que seria utilizado no

estudo definitivo. Responder ao questionário demorava entre 20 e 30 minutos à maioria da amostra participante no estudo. O questionário incluía instrumentos de avaliação tradicionais em psicologia, e foi construído segundo o modelo normalmente utilizado na investigação em epidemiologia da saúde. Uma vez recolhida a concordância dos alunos em participar no estudo, recebiam a escala, preenchiam-na e devolviam-na ao investigador em duas situações distintas que serão explicadas abaixo (devolviam-no imediatamente, ou na semana seguinte após preencherem em casa).

### **Amostra do estudo piloto**

A amostra do estudo piloto pertence a uma população universitária e é uma amostra não-probabilística. O elemento mais importante era garantir que a devolução de questionários se aproximasse, o mais possível, da totalidade dos indivíduos que abordados. A estratégia escolhida para a passagem do questionário foi a de abordar turmas inteiras, no contexto de uma aula. O número de sujeitos escolhidos para inclusão no estudo devia ser superior a 100: escolhidos segundo os seguintes critérios:

- mais de 50% estar num ano de escolaridade intermédio (que foi considerado o 3<sup>a</sup> ano);
- incluir alunos de todos os anos de escolaridade da universidade, em quantidade decrescente para os anos extremos;
- abordar os alunos em grupos inteiros (a turma) ao invés de isoladamente;
- terem 30 anos ou menos;

### **Características da amostra**

A amostra inclui alunos de 5 escolas da Universidade do Porto ,a saber:

- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação(FPCE);
- Curso de Ciências da Nutrição(CCN);
- Faculdade de Ciências(FC),
- Faculdade de Letras(FL);
- Faculdade de Economia(FE).

Os alunos foram recrutados nos seguintes grupos:

-três turmas de aulas práticas que constituíam a totalidade dos alunos do 3º ano do curso de psicologia da Faculdade de Psicologia e CE que frequenta as aulas;

-duas turmas de aulas práticas que constituíam a totalidade dos alunos do 3º ano do curso de CN que frequenta as aulas;

-uma turma de aulas práticas do 2º ano do curso de psicologia da FPCE que frequenta as aulas;

-uma turma de aulas práticas do 4º ano dos ramos educacionais da FC que frequenta as aulas;

-uma classe de ginástica de alunos universitários da academia do Porto que incluía alunos de todas as escolas referenciadas acima e de todos os anos de escolaridade universitária.

135 alunos preencheram o questionário: dado que sete (5%) tinham mais de 30 anos foram retirados do estudo, tendo sido considerados dados de 128 indivíduos. Os alunos apresentavam as seguintes características:

-59% da amostra frequentava o terceiro ano de um curso da universidade do Porto;

-24% preencheram o questionário na presença do investigador, e 76% fizeram-no em casa;

-108 indivíduos (85%) eram do sexo feminino e 19 (15%) do masculino,

- a idade média dos indivíduos do sexo feminino era de 22,533 anos  $\pm$  0,23 (entre 18 e 30);



- a idade média dos indivíduos do sexo masculino era de 23,789 anos  $\pm$  2,658 (entre 20 e 30);

### **Variáveis do estudo piloto**

Os dados do estudo piloto foram recolhidos com recurso a um questionário que incluía:

- Questionário demográfico;
- Item de avaliação da saúde;
- Questionário de avaliação da auto-eficácia;
- Questionário de comportamentos/ atitudes de saúde;
- Questionário de locus de controlo de saúde;
- Inventário de manifestações físicas de mal estar;

### **Questões a que o estudo piloto se propõe responder**

O estudo piloto propõe-se responder às seguintes questões:

1- Quanto ao objectivo principal - de simulação de uma estratégia *Mail Type*-, colocam-se duas questões básicas:

1.1-Qual é a percentagem de devoluções de questionários esperada com o tipo de estratégia de preenchimento em casa?

Uma investigação que se propõe caracterizar uma população é uma sondagem. Uma das questões importantes para que as respostas de uma sondagem por amostragem representem uma população é que as respostas obtidas abranjam, pelo menos 80% da população seleccionada.

1.2- O padrão de respostas varia consoante o questionário é respondido na presença do investigador ou quando os indivíduos estão sós?

A resposta a esta questão justifica-se pelo facto da metodologia de preenchimento dos questionários a utilizar diferir dos métodos que são tradicionais em psicologia, a saber: serem preenchidos em casa. Esta metodologia, não sendo vulgar nos estudos de psicologia, é a que se utiliza

normalmente nas investigações epidemiológicas, nomeadamente nos estudos de epidemiologia da saúde que inspiram e modelam o presente estudo.

2- Quanto à adaptação de instrumentos de recolha de dados. O segundo grupo de questões visa o tratamento dos instrumentos de avaliação. No estudo piloto incluiu-se um conjunto de escalas que constituem um primeiro grupo de técnicas cujas propriedades métricas têm de ser definidas. Acerca deste assunto geraram-se as questões seguintes.

2.1- Os items dos questionários que avaliam variáveis de controlo distribuem-se de forma campanular?

O tratamento psicométrico dos items recorre à estatística paramétrica enquanto o tipo de respostas, por ser ordinal deveria ser tratado com estatística não paramétrica. Comrey (1973) afirma que a questão básica tem a ver com a distribuição de resultados ao invés do tipo de medida.

2.2-Os questionários que avaliam variáveis de controlo medem constructos diferentes?

As teorias subjacentes aos instrumentos de avaliação são a teoria de auto eficácia (Bandura, 1977) e do locus de controlo (Rotter, 1966). Dado que ambas as teorias se inserem na teoria mais geral conhecida como teoria da aprendizagem social e, por isso, são susceptíveis de se confundir, procedeu-se à comparação dos dois questionários visando verificar se mediam constructos diferentes.

2.3-Quais são os constructos, ou factores, que emergem da análise factorial das escalas que avaliam variáveis de controlo:

2.3.1-Os constructos emergentes da análise factorial do questionário de auto eficácia assemelham-se aos originais?

2.3.2-Os constructos emergentes da análise factorial do questionário de locus de controlo de saúde estão de acordo com a teoria?

3-As respostas aos itens do inventário de avaliação de comportamentos/ atitudes distribuem-se por alternativas de resposta suficientes para assegurar o seu valor discriminativo?

4-As respostas do Inventário de sintomas físicos de mal-estar são significativas para todos o itens?

5-Qual a distribuição de respostas ao item de avaliação da saúde?

6-Os itens utilizados no questionário demográfico são pertinentes?

7-As variáveis consideradas no estudo piloto são pertinentes?

8-As relações entre as variáveis contrariam as hipóteses originais do estudo?

### **Resposta às questões**

1.1-Qual a percentagem de devoluções esperada com uma metodologia de preenchimento em casa?

A investigação em psicologia tem pouca experiência na utilização de uma estratégia *mail type* no preenchimento de instrumentos de avaliação psicológica. Por tal razão é, também, objectivo deste estudo piloto simular o preenchimento de questionários de avaliação psicológica tradicionais segundo esta metodologia, utilizada normalmente nas investigações em epidemiologia da saúde. Saliente-se que as investigações epidemiológicas incluem com frequência variáveis psicológicas, embora o seu estudo raramente seja feito do ponto de vista da psicologia.

Utilizou-se um grupo de 23 alunos, do terceiro ano do curso de psicologia como grupo de experiência. As condições de preenchimento foram próximas das definidas para o procedimento final: na aula foram entregues 23 questionários e explicadas as condições em que poderiam ser devolvidos. Estas condições eram acessíveis e incluíam várias alternativas e vários momentos, idênticos ao procedimento do estudo definitivo. Foram devolvidos 18 questionários, ou seja uma percentagem de

78% de devoluções, valor que se encontra, normalmente, em metodologias *mail type*.

Com base nesta experiência, considerou-se que, no estudo final, seria possível esperar um índice de devoluções acima dos 80%.

1.2- O padrão de respostas variava consoante o questionário era respondido na presença do investigador ou quando os indivíduos estavam sós?

O estudo piloto propunha-se avaliar se, pelo facto de um questionário ser preenchido em condições diferentes - condição de preenchimento em casa *versus* condição de preenchimento assistido.- contribuíam para provocar diferenças significativas entre as respostas de duas amostras da mesma população. Se tal acontecesse isso deveria ser atribuído a características dos items, os quais deveriam ser retirados.

Para responder a esta questão utilizaram-se dois grupos de alunos, um, como grupo de experiência, com 18 alunos, e outro, de controlo, com 20 alunos. Os questionários foram preenchidos segundo duas condições: preenchimento assistido e preenchimento em casa. As duas condições tinham por objectivo verificar em que medida havia diferenças significativas entre as duas amostras, que pudessem ser atribuídas às condições de preenchimento do questionário. As amostras consideradas equivalentes, foram duas turmas do 3º ano da FPCE, as quais foram submetidas a duas condições experimentais, com as seguintes características:

A- preenchimento assistido: nestas condições os indivíduos preenchiam o questionário na presença do investigador. Este entregava o questionário a cada sujeito, pedia que o preenchessem com atenção e consoante o fossem terminando recolhia-o;

B- preenchimento em casa: nestas condições os sujeitos recebiam os questionários, era-lhes pedido que o preenchessem em casa e

combinava-se o modo como o podiam devolver, segundo condições semelhantes às do procedimento do estudo final.

As características dos dois grupos são apresentadas no quadro 5:

QUADRO 5

Características dos dois grupos equivalentes utilizados para testar as diferenças entre duas condições de preenchimento de escalas de avaliação psicológica

número de sujeitos	20	18
percentagem de mulheres	80%	88%
idade média	22,9	22,2
número de irmãos	2,5	1,9
nota de acesso à universidade	14,8	14,8
média de curso actual	13,47	13,75
percepção de saúde	3,6	3,7
percentagem que vive com familiares	75%	59%
são irmãos mais velhos	40%	39%
são irmãos mais novos	35%	28%
são filhos únicos	5%	11%
escolheram o curso em primeiro lugar	60%	77%

Tendo as duas amostras características idênticas assumiu-se que os items dos questionários, cujos resultados apresentassem diferenças estatisticamente significativas, eram susceptíveis de ser influenciados pelo modo como eram preenchidos.

A magnitude da diferença entre items foi analisada, uma a uma, com recurso ao teste *t* de *Student* para amostras não emparelhadas. O limite crítico de probabilidade a partir do qual se considera que as respostas eram diferentes foi de 0.05. Dois items do questionário de auto-eficácia e três items do questionário de locus de controlo de saúde apresentavam diferenças significativas. Estes items foram analisados posteriormente para decisão última de integração no questionário final, ou não.

2.1- Os items dos questionários que avaliam variáveis de controlo distribuem-se de forma campanular?

As respostas aos items deste tipo de questionários, devido à necessidade de tratamento estatístico, deveriam obedecer a padrões de distribuição próximas da campanular, o que, após análise item a item foi confirmado: as respostas aos items distribuem-se de forma campanular, embora longe da normalidade.

## 2.2- Os questionários que avaliam variáveis de controlo medem constructos diferentes?

A psicologia desenvolveu teorias explicativas acerca de aspectos que medeiam entre conhecimento e acção. Esta função mediadora exercida pelo aparelho psicológico é essencial na psicologia. Com efeito, esta função mediadora que a psicologia estuda, diferencia-a de outras disciplinas, como a educação, que tende a focar (implícita ou explicitamente) o conhecimento como dimensão explicativa única com impacto na acção.

O pensamento acerca de si próprio (*self-referent thought*) é uma variável mediadora entre conhecimento e acção, e tem sido tematizado por inúmeros investigadores das diversas áreas e teorias da psicologia. Algumas das mais importantes têm sido a teoria da auto eficácia de Bandura (1977), a teoria do locus de controlo de Rotter (1966) e a teoria do auto conceito. Enquanto as duas primeiras titulam teorias específicas, a última é mais geral e tem sido utilizada por autores provenientes de diversas correntes ocupando uma posição importante desde os primórdios da psicologia.

Os dois primeiros títulos provêm da mesma área, a teoria da aprendizagem social e arriscam-se a diferenciar-se mal. Os itens dos instrumentos que se propõem avaliar estas características são, por vezes, idênticos: é o caso dos instrumentos a utilizar, que se descrevem a seguir. Por exemplo, a escala de auto eficácia de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), possui um item exactamente com a mesma formulação de outro item da escala de locus de controlo de Rotter (1966). Os restantes poderiam, sem grande esforço, ser aceites como pertencentes a qualquer das escalas. Esta constatação impõe particular cuidado na redacção dos itens resultante do processo de tradução. Dado que os instrumentos que avaliam os dois constructos são susceptíveis de se

confundir procedeu-se à tarefa de verificar empiricamente se mediam as mesmas características.

A origem dos items da escala de auto eficácia foi o *Self-Efficacy Scale* (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs & Rogers, 1982). Todos os items desta escala foram incluídos, um deles em duas versões resultantes da tradução do mesmo item, no total de 23.

A origem dos items da escala de locus de controlo de saúde foi mais variada. Foram escolhidos items das seguintes escalas: *health locus of control scale* (Waltson, Waltson, Kaplan & Maides, 1976); *multidimensional health locus of control scales* (Waltson, Waltson & DeVellis, 1978); *health-specific locus-of-control* (Lau & Ware, 1981). Foram incluídos 39 items que mediam todas as sub-escalas propostas para os instrumentos referidos. A redacção dos items nas diferentes escalas, na língua original, não é exactamente igual. Por vezes estão formulados na primeira pessoa, outras vezes de forma impessoal. Na tradução adoptou-se a forma impessoal para todos os items.

Para responder a esta questão teve de se proceder à avaliação discriminativa dos dois instrumentos com recurso à análise factorial. A análise factorial é um método destinado a facilitar a interpretação de dados: perante um conjunto N de items, verifica as intercorrelações supondo que estão presentes um conjunto de variáveis latentes ou factores comuns aos quais deverá ser atribuído significado: permite encontrar um número mínimo de conceitos (de factores) explicativos da máxima variância comum de uma matriz de correlações e é um método privilegiado para identificar a validade de constructo de uma escala na medida em que evidencia o grau em que a resposta a um item, é determinada pelo factor comum aos itens dessa subescala (Anastasi, 1990; Cronbach, 1977; Sundberg, 1977). Na essência, os factores são constructos hipotéticos, ou teorias, que ajudam a interpretar a consistência de um conjunto de dados. Se os items avaliassem

características diferentes o resultado da análise de componentes principais, deveria distribuir os itens de cada escala por factores diferentes. Recorreu-se ao software SPSS (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Bent, 1975) versão 4.0, instalado em VAX/VMS, versão 5.4. Como técnica de análise factorial utilizou-se a análise de componentes principais (PCA) sobre o conjunto de 62 itens dos dois questionários, sem imposição de número de factores, dado esta ser a solução ideal como primeira abordagem da análise factorial (Dawis, 1987; Tabachnick & Fidell, 1989). A solução factorial assim encontrada mostrou que:

- a distribuição se faz por 15 factores e que, apenas em três há sobreposição de itens das duas escalas. Esta sobreposição envolve, em cada um dos casos, um item de uma das escalas misturado com um ou mais itens da outra escala (depois do tratamento psicométrico apenas dois dos itens sobrepostos, um item de cada escala, permaneceram na versão final dos dois questionários).

- 18 dos itens da escala de avaliação da auto-eficácia saturam um primeiro factor de maneira significativa (acima de 0,25);

- esse primeiro factor inclui um item da escala de locus de controlo;

- dois itens da escala de auto-eficácia estão isolados em um factor cada. Outro item desta escala estava misturado com um item da escala de locus de controlo da saúde. Os itens da escala de locus de controlo de saúde distribuem-se, agrupados, por cinco factores, e outros cinco itens distribuem-se isoladamente, cada um por um factor.

Desta análise conclui-se que as duas escalas medem características diferentes, confirmando o que a investigação tem demonstrado sobre a independência das duas variáveis (Bandura, 1991).

2.3.1-Os constructos emergentes da análise factorial do questionário de auto eficácia assemelham-se aos originais?



A resposta a esta questão será apresentada mais à frente, na parte referente ao tratamento dos instrumentos de avaliação.

2.3.2-Os constructos emergentes da análise do questionário de locus de controlo de saúde são os supostos?

A resposta a esta questão será apresentada mais à frente, na parte referente ao tratamento dos instrumentos de avaliação.

3- As respostas aos itens do inventário de avaliação de comportamentos/atitude distribuem-se por todas as alternativas de resposta?

A resposta a esta questão será apresentada mais à frente, na parte referente ao tratamento dos instrumentos de avaliação.

4-As respostas ao inventário de manifestações físicas são significativas para todos os itens?

A resposta a esta questão será apresentada mais à frente, na parte referente ao tratamento dos instrumentos de avaliação.

5-Qual a distribuição de respostas ao item de avaliação da saúde?

A resposta a esta questão será apresentada junto com o tratamento dos restantes instrumentos.

6- Os itens utilizados no questionário demográfico são pertinentes?

No questionário demográfico do estudo piloto foram incluídas várias questões sobre as notas dos alunos que se mostraram problemáticas. Relativamente à questão "nota de acesso à universidade" colocaram-se dois problemas: a) uma grande quantidade de alunos, durante o preenchimento assistido, afirmaram que não se lembravam da nota com que tinham chegado à universidade devido ao facto de, ou já ter sido à muito tempo, ou ela ser composta de diversas notas sectoriais que dificultam a clarificação dessa nota, e, b) os alunos corresponderem a grupos que entraram na universidade em anos que utilizaram critérios de acesso diferentes. Quanto à questão "nota do ano transacto": elas são

afectadas por diferentes coeficientes que fazia que inúmeros alunos afirmassem não a conhecer. Por estas razões os itens deste tipo foram retirados do questionário.

7-As variáveis consideradas no estudo piloto são pertinentes?

As variáveis utilizadas parecem, após a análise e o tratamento estatístico dos resultados do estudo piloto, pertinentes para serem utilizadas num estudo deste tipo.

A razão da não inclusão no estudo piloto de um instrumento considerado essencial, como é o caso do que avalia o auto-conceito, deve-se a razões funcionais. Com efeito o instrumento de avaliação desta variável foi o primeiro a ser adquirido na Universidade de Denver. Posteriormente, outro docente do curso de psicologia utilizou-o para lhe avaliar as propriedades psicométricas, numa população idêntica à deste estudo, pelo que se decidiu não duplicar a tarefa de avaliação do instrumento. Finalmente esse docente não terminou a tarefa de avaliação das propriedades do questionário no prazo previsto. Assim, o tratamento métrico deste instrumento só foi realizado com a amostra do estudo definitivo.

8- As relações entre as variáveis contrariam as hipóteses originais do estudo?

Os resultados do estudo piloto não apontam, na generalidade, para incompatibilidades com as hipóteses originais implícitas ou explícitas.

## **O Estudo Definitivo**

Com os resultados do estudo final procedeu-se, à adaptação de escalas que não foram utilizadas no estudo piloto, e à verificação das que foram analisadas neste. Assim, parte das análises sobre as propriedades dos instrumentos, que serão apresentadas a seguir baseiam-se, apenas, nos resultados dos sujeitos do estudo definitivo, enquanto outras, se

baseiam nos resultados do estudo piloto, revistos com os resultados do estudo definitivo.

### **A Necessidade de Precisão das Medidas**

Um *Métron*, qualquer *Métron*, que não possua as qualidades supostas, não mede coisa nenhuma. Em psicologia, um *Métron* de que não se sabem as qualidades métricas não tem valor científico. O que qualifica como adequados os resultados produzidos por uma escala psicológica, são as propriedades métricas que são parte integrante dessa escala. Qualidades métricas, tais como, validade (de conteúdo, de critério, de constructo) e fidelidade, referentes à população com que estão a ser utilizados, são elementos indispensáveis, sem os quais os resultados, deixam de ter significado.

Cada vez que se utiliza um instrumento de avaliação de personalidade, ele deve ser colocado em questão. Uma nova população tem características diferentes das populações anteriores permitindo questionar se a escala utilizada avalia os constructos que se pretende, ou seja, questionar a sua validade. Ora, não parece possível, nem desejável, nem sequer de bom senso, verificar as propriedades psicométricas de um instrumento cada vez que ele é utilizado. Mas se a asserção anterior é verdadeira quando se refere a escalas que foram estudadas com amostras provenientes da população em estudo, ela já não o é quando se estão a utilizar instrumentos que foram construídos e estudados para outras populações e, principalmente, noutro idioma. Neste caso, o problema da língua é particularmente importante porque o processo de tradução é susceptível de alterar o sentido original de cada frase; mesmo quando a tradução é perfeita pode tomar um sentido completamente diferente no idioma para que é traduzido. A psicologia tende a avaliar os indivíduos através de procedimentos que recorrem à fala, à leitura e à escrita, e estes

meios são muito marcados pela cultura, educação, valores, costumes, entre outros.

A tentativa de produzir instrumentos de avaliação não marcados pela cultura, ou que fossem culturalmente equilibrados, nunca foi bem sucedida. Estas tentativas foram feitas com instrumentos em que se pedia ao indivíduo que realizasse o melhor que era capaz, como, por exemplo, responder correctamente às questões o mais depressa possível, ou responder correctamente ao máximo de questões possível, chamados "de realização máxima", normalmente testes de inteligência, utilizados para avaliar, essencialmente, capacidades. Para avaliar a personalidade, tomada em sentido lato, são utilizadas escalas que pedem ao respondente que, ao invés de dar respostas máximas, dê respostas habituais; neste tipo de escala não há respostas erradas. Na terminologia psicométrica convencional, "testes de personalidade" são instrumentos que visam a medição de características emocionais, motivacionais, interpessoais ou atitudinais, por oposição à avaliação de capacidades, e recorrem, essencialmente a técnicas ditas "de papel e lápis", preenchidas pelo próprio (Anastasi, 1990). Os instrumentos utilizados na presente investigação caem nesta categoria.

A esmagadora maioria dos instrumentos de medida disponíveis em psicologia foram construídos para utilização na língua inglesa, principalmente a falada nos Estados Unidos da América. A tradução de um qualquer instrumento constitui o primeiro passo do seu tratamento. No entanto, só depois de identificado, ou definido, o modo de cotação, número e composição de possíveis subescalas, se os itens são indícios ou amostras, suas propriedades e magnitude, validades e fidelidade, etc, uma escala pode ser considerada como tal e utilizada em investigação.

As escalas escolhidas para a presente investigação possuem propriedades métricas adequadas, tal como foram descritas pelos seus

autores, e por outros que as estudaram, mas são válidas, apenas, para a cultura onde os instrumentos foram criados, e no idioma original. Para que essas propriedades sejam válidas para a cultura e idioma portugueses, os instrumentos têm de sofrer um processo de adaptação, que garanta que as propriedades que tinham para a população para que foram concebidos se aplicam, igualmente, à população portuguesa.

Chamar-se-à adaptação quando se faz o tratamento de uma escala na íntegra, visando os objectivos para que ela foi construída, e se tenta manter a estrutura original. Chamar-se-à reconstrução se a integridade da escala for muito alterada, ou se for constituída por itens provenientes de múltiplas escalas.

### **A Natureza dos Instrumentos de Recolha de Dados**

A psicologia tem definido um conjunto de unidades de análise para descrever, ou prever, o comportamento (Huber, 1977). Este autor refere os seguintes: traços, hábitos, motivos, o eu (*self*), papéis (*role*), e atitudes. Considerar a acção dependente de uns ou de outros pressupõe modos diferentes, quer de interpretação, quer de actuação. Os traços sendo características mais profundas, mais estáveis, sediadas nas profundezas individuais, quiçá próximos do património genético, em oposição aos hábitos, mais instáveis mais dependentes da cultura, do social, implicarão estratégias diferentes de avaliação. Pela mesma razão, os instrumentos utilizados na sua avaliação têm exigências métricas diferenciadas: os traços implicam a existência de variáveis naturais e de escalas com uma validade estatística mais sofisticada que os hábitos.

A evolução da psicologia passou por uma fase em que os instrumentos de avaliação dos determinantes profundos do comportamento humano se tornaram objecto central: na primeira metade do século a psicologia tendia a confundir-se com a avaliação, com a medição da

personalidade ou da inteligência. Neste período desenvolveram-se instrumentos, hoje clássicos e ainda muito utilizados em alguns contextos, que modelaram toda uma escola de tratamento de todo e qualquer instrumento da avaliação.

As escalas podem ser constituídas de várias maneiras, e o modo como os items aí são considerados, reflecte, tem de reflectir, o tipo de constructo que está em jogo. Os items que constituem um instrumento de avaliação psicológica podem ser, segundo a linguagem de Loevinger (1957), indícios (*signs*) de características psicológicas, ou amostras (*samples*): Sundberg (1977) acrescenta àquelas os correlatos. No primeiro caso, os items representam e indicam a presença de características psicológicas, traços, hábitos, atitudes, ou outros, com os quais não se aparentam. Enquanto indício, cada item isolado, não tem significado. O significado provém do conjunto de items a que pertence, que qualificam o mesmo constructo ou traço. No segundo caso, enquanto amostras, assemelham-se ao comportamento que se propõem descrever ou predizer, ou tipificam características psicológicas; finalmente, enquanto correlato, a resposta é vista como relacionando-se com outra qualquer característica. A pureza do instrumento -constituído por items que sejam exclusivamente indícios ou amostras- é difícil. Conforme a utilização que lhe são dadas, os items, poderão ser indícios, amostras ou correlatos.

Os items que serão utilizados na presente investigação, numas escalas são indícios enquanto noutras são amostras. Embora a investigação não tenha como objectivo primário a construção de escalas, esta, constitui um objectivo secundário, mas importante para a consecução dos restantes objectivos. Com efeito, dado que o estudo se centra na comparação estatística de características psicológicas, ou outras, a sua medição tem de possuir a consistência necessária para poder ser considerada "medida". Os instrumentos que serão utilizados são testes

objectivos e recorrem, dominantemente, a escalas de auto-classificação (*self-rating*). Loevinger (1957) considera este tipo de medidas objectivas porque os indivíduos têm de escolher uma das alternativas que estão disponíveis de entre as respostas que são dadas para cada item.

Na presente investigação distinguem-se questionários de inventários. Os primeiros incluem items agrupados em constructos. Cada grupo de items propõe-se avaliar um constructo, uma "variável natural": cada item do grupo qualifica, de modo idêntico, o grupo e a nota encontrada para esse constructo recebe contribuição igual de todos os items que o constituem. Nos questionários, os items individuais, ou qualquer agrupamento parcial de items, não têm valor por si: uma característica métrica fundamental, neste tipo de escalas, é a consistência interna. Nos inventários, pelo contrário, cada item tem valor por si e não se pressupõe qualquer característica derivada da sua associação. Uma das diferenças importantes entre questionários e inventários manifesta-se na consistência interna: nos primeiros, porque um grupo de items mede o mesmo constructo, a consistência interna deve ser elevada, enquanto nos segundos, porque os items não medem o mesmo constructo deverá ser baixa. Os questionários serão mais adequados para avaliar "indícios", os inventários para avaliar "amostras" de comportamento. Na presente investigação chamar-se-à escalas, tanto aos questionários como aos inventários.

Quando se administram instrumentos de medida o objectivo é produzir informação acerca das características que estão a ser avaliadas. A natureza da presente investigação (investigação nomotética), impõe que, para além da obtenção de informação, se determine a "quantidade" que os indivíduos possuem dessas características. Tal implica que o sistema de registo utilizado quantifique as observações. A psicologia, tal como a física ou a química, necessita quantificar, de algum modo as observações para

produzir conhecimento, enquanto ciência. Por esta razão o processo de construção dos instrumentos a utilizar constitui um passo fundamental condicionante de todas as acções seguintes.

O processo utilizado para atribuir números às observações é conhecido por "escalonar" (*scaling* no original) (Reckase, 1984). No sentido mais elementar, escalonar, pode ser definido como a atribuição de significado psicológico a um conjunto de números. Escalonar implica as noções de "variável natural" e de "variável escalonada". Uma variável natural é uma colecção de propriedades em que todos os indivíduos se incluem e em que nenhum indivíduo está em mais do que uma propriedade. Chama-se natural porque existe no mundo real e não tem nada a ver com símbolos abstractos, tais como números. Todas as variáveis que a psicologia utiliza são consideradas variáveis naturais. Por exemplo, a inteligência, é uma variável que todos possuem em maior ou menor grau, que permite agrupar pessoas que são equivalentes quanto ao nível de inteligência, e em que cada pessoa tem apenas um nível de inteligência num dado momento.

Diz-se que uma variável é uma variável escalonada quando são utilizados símbolos abstractos para descrever uma variável natural, em vez de, para essa descrição, se utilizar a palavra. Se os indivíduos podem ser agrupados de acordo com esse número, e se cada indivíduo receber apenas um número, então esta variável abstracta definida por um número é uma variável escalonada. Se uma variável escalonar estiver relacionada com uma variável natural atinge-se o ideal na ciência psicológica.

As escalas podem ser nominais, ordinais, intervalares ou de razão. A exploração estatística dos dados de uma investigação científica é mais fácil se as escalas forem intervalares ou de razão. Estas últimas, porque pressupõem a existência de um zero verdadeiro, são praticamente inexistentes em psicologia. Recorrer à estatística paramétrica,



indiscriminadamente, sem que as escalas sejam intervalares leva a resultados duvidosos: no entanto, na prática, tem sido demonstrado que o tratamento das escalas ordinais como se fossem intervalares produz resultados praticamente idênticos. Reckase cita investigações que demonstram este ponto de vista.

Há várias técnicas que permitem atribuir números aos indivíduos, a saber: Escalograma de Gutman, Método de Thurstone; Teoria de Resposta a Itens e Técnica de *Likert*. Na presente investigação recorreu-se, predominantemente, a esta última para produzir resultados. Quando se utiliza a técnica de *Lickert* assume-se que um item isolado não define uma variável natural. Assim, cada item utilizado para definir uma variável natural divide-a de maneira similar mas não idêntica. A soma de um determinado conjunto de items permite definir a variável natural (Reckase sugere que 20 é o número desejável de items para definir uma variável natural). Esta soma dos valores de todos os items, permite encontrar um valor intervalar relativamente discriminativo e válido. Aqueles items, cuja resposta não se relaciona com as respostas dos outros items que pertencem à mesma variável natural devem ser retirados (não contribuem para a consistência interna). As escalas de *Lickert* são escalas ordinais: para que possam ser utilizadas em tratamentos estatísticos paramétricos Comrey (1973) recomenda que o ideal será utilizar 12 categorias de resposta, mas que no mínimo devem ser utilizadas cinco (Comrey,1973;1988).

A construção de escalas de avaliação deste tipo implica os seguintes passos: a) produção de items que meçam a variável natural. Deverão ser produzidos cerca do dobro dos items que se tenciona utilizar; b) devem ser passados a uma amostra de cerca de 100 indivíduos (5 vezes o número de items). Os items que tenham uma baixa correlação com o resultado global (inferior a 0,30) devem ser retirados; c) dos items que satisfazem o critério

anterior deverão ser seleccionados igual número de itens formulados positiva e negativamente, de modo a reduzir o viés da resposta.

### **Tratamento e Análise dos Instrumentos de Avaliação**

Um primeiro passo no tratamento de instrumentos de recolha de dados consiste em decidir, com base nos elementos disponíveis, por exemplo, na teoria, nos índices métricos das escalas que os avaliam, ou na referência expressa pelos autores, se os itens das escalas são indícios ou amostras de comportamento. Esta questão, constitui um elemento essencial na medida em que os resultados das investigações se baseiam em medidas que, se não forem correctas, falsificam totalmente esses resultados: no entanto, embora seja um aspecto essencial, raramente é abordado. Nas escalas que são usadas na investigação, a maior parte assume-se claramente como indício ou amostra: no entanto, para outras, isso não é claro. A escala que avalia o locus de controlo de saúde é uma delas. Na discussão (Capítulo VI) discutir-se-á este aspecto para dar uma ideia da importância que pode assumir no resultado de uma investigação.

O tratamento das escalas abrange o tratamento dos questionários e dos inventários.

#### **Tratamento dos questionários**

Na presente investigação foram dados os seguintes passos visando o tratamento dos questionários de avaliação:

1-tradução dos itens do questionário. Este passo inclui as seguintes fases:

1.1-definição se é questionário ou inventário e se os itens são indícios ou amostras;

1.2- escolha da pool de itens a incluir no questionário;

1.3- tradução propriamente dita que inclui discussão com pessoas cuja língua materna seja a da escala,

- 1.4- conservação de todas as versões resultantes da tradução de um item que pareçam pertinentes,
- 2- reflexão falada com membros da população alvo;
- 3- avaliação dos itens, por especialistas, para saber se;
  - 3.1- cada item parece medir o constructo que se propõe medir;
  - 3.2- saber se há outra forma mais simples ou adequada de apresentar o item;
  - 3.3- saber se o formato do conjunto de itens é o mais adequado;
  - 3.4- avaliar se o tipo de resposta pedido é adequado,
- 4- passagem do questionário;
- 5- tratamento psicométrico dos itens;
  - 5.1- verificar se a distribuição das respostas é campanular;
  - 5.2- encontrar uma solução factorial coerente com a concepção teórica (validade de constructo ou de conceito);
  - 5.3- verificar a consistência interna das sub-escalas definidas pela solução factorial.

### **Tratamento dos inventários**

O tratamento dos inventários pressupõe os mesmos cuidados metodológicos que o dos questionários, diferenciando-se nos procedimentos definidos acima, na parte 5, que passam a ser:

- 5- tratamento dos itens:
  - 5.1- verificar se as respostas se distribuem por todas as alternativas;
  - 5.2- verificar se os itens se relacionam melhor com os que avaliam a mesma área do que com os que avaliam áreas diferentes;
  - 5.3- inspeccionar a estrutura factorial.

### **Crítérios para a análise estatística**

Há dois tipos básicos de testes estatísticos: paramétricos e não-paramétricos. Os primeiros baseiam-se em asserções muito restritas acerca do tipo de dados a obter na investigação e pressupõem que:

- a) cada amostra de dados foi produzida por uma população normal; ou seja, é um número muito grande de observações que se distribui segundo a curva normal;
- b) as populações têm todas a mesma variação;
- c) a variável foi medida com uma escala intervalar.

Os testes não-paramétricos, pelo contrário, são pouco restritivos acerca da natureza dos dados: a maioria assume apenas uma medida ordinal. A razão porque os testes não-paramétricos são menos utilizados deriva de os paramétricos serem, geralmente, mais poderosos (o poder de um teste é a sua capacidade para detectar diferenças significativas entre dois conjuntos de medidas). Este maior poder dos testes paramétricos deriva de que estes fazem uso de toda a informação disponível nos dados enquanto os não-paramétricos apenas consideram a sua ordenação. No entanto, a investigação tem salientado que as diferenças que se obtêm quando se ignoram as assunções básicas inerentes aos testes paramétricos são desprezíveis, e que as conclusões a que se chegam com os dois tipos de testes não são muito diferentes (Miller, S., 1984).

A análise factorial foi uma das técnicas a que se recorreu para analisar as propriedades métricas dos instrumentos de avaliação: trata-se de uma técnica paramétrica baseada em procedimentos correlacionais, pelo que as assunções subjacentes às técnicas paramétricas deveriam ser respeitadas. No entanto Comrey (1973), afirma que o índice de correlação de Pearson está mais preocupado com a natureza da distribuição dos resultados do que com o tipo de medida, ou seja: se a distribuição das respostas for campanular (mesmo que não seja normal) o recurso à correlação de Pearson é adequado. Tabachnick e Fidell (1989) e Tinsley e

Tinsley (1987), confirmando a posição de Comrey, sugerem que quando as respostas a um item se concentram em poucas das alternativas de resposta e não se distribuem de forma campanular, o melhor é eliminar esse item.

Resumindo: para tratar os instrumentos de avaliação segundo critérios estatísticos rigorosos, o importante não é que as variáveis sejam contínuas em vez de ordinais mas sim que se distribuam de forma campanular. Ainda segundo Comrey, os resultados dos estudos que utilizam variáveis ordinais são desvalorizados quando recorrem à correlação de Pearson. Tabachnick e Fidell (1989) e Tinsley e Tinsley (1987) referem que, quando a distribuição dos resultados não é normal, as correlações são subvalorizadas, com os valores de associação a serem reduzidos em mais de 20 pontos.

Cada um dos questionários será submetido à análise factorial, mais especificamente à análise de componentes principais: esta é a solução privilegiada quando o investigador está interessado, principalmente, na redução de um grande número de variáveis a um pequeno número de componentes (Dawis, 1987; Tabachnick & Fidell, 1989). A análise factorial prosseguirá dois objectivos distintos: um visando a construção, o outro a análise das escalas. Esta distinção deriva do facto de uns items serem indícios enquanto outros são amostras, ou dito de outro modo, de umas escalas serem questionários e outras inventários. A conclusão da análise factorial permitirá: a) decidir sobre o número de factores e de items a incluir na escala; b) analisar a relação entre as sub-escalas que compõem a escala; c) analisar a consistência interna de cada sub-escala que compõe a escala e a da escala total; d) analisar a validade de critério da escala e sub-escalas.

A escolha da estrutura factorial final, para cada uma das escalas (essencialmente os questionários), tomará em conta os seguintes critérios:

a) validade convergente de cada item com o factor que satura. Utiliza-se como critério para considerar que um item está correlacionado com o factor, ter uma correlação igual ou superior a 0,40 entre o item e esse hipotético factor (16% da variância total);

b) validade discriminante, que é a medida em que um item satura apenas um factor. Utiliza-se como critério que um item, para ter validade discriminante, ao se correlacionar simultaneamente com dois factores, deve apresentar uma diferença entre essas duas correlações com uma magnitude igual ou superior a 15 pontos:

c) a percentagem da variância total que é explicada por cada solução factorial. Esta percentagem deve ser superior a 50%, embora, como será mostrado, parte dos instrumentos originais não respeitem esse critério;

d) a coerência de cada solução factorial: coerência significa que a análise de conteúdo dos itens que saturam cada factor não apresenta discrepâncias incompatíveis com a solução teórica original (constructo ou conceito);

e) parsimónia: quanto mais pequeno melhor. Perante duas soluções factoriais com as mesmas propriedades métricas, a que incluir menor número de itens será preferida;

f) cada factor deverá possuir, pelo menos, três itens.

Para todas as análises procedeu-se a uma análise de componentes principais (ACP) sobre as respostas da amostra (609 sujeitos), em que o valor dos itens não respondidos foram substituídos pela média .A comunidade inicial foi estimada a partir do quadrado das correlações, e a adequação da amostra foi calculada a partir do teste de esfericidade de Bartlett e Kaiser-Meyer-Olkin. Como o teste de Bartlett é influenciável pelo tamanho da amostra, fornecendo, com facilidade, valores significativos para grandes amostras, foi confirmado com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin(KMO):

para este, Kaiser (1974) caracteriza valores na casa dos 0,90 como maravilhosos, na casa dos 0,80 como meritórios, na casa dos 0,70 como médios, na dos 0,60 como medíocres, na casa dos 0,50 como miseráveis e, abaixo dos 0,50 como inaceitáveis; para Tabachnick e Fidell (1989), numa boa análise factorial este valor deve ser superior a 0,60. Para a definição dos factores escolheu-se uma rotação ortogonal, procedimento varimax, com normalização de Kaiser (*eigenvalue* igual ou superior a um), sem pré-definição do número de factores.

### **Análise dos questionários**

Análise das escalas foi dividida em duas partes: num primeiro momento analisaram-se os questionários que, por o serem, dependem das propriedades métricas ou estatísticas: num segundo momento analisaram-se os inventários, cuja composição, por ser fundamentalmente criterial, não depende da estrutura estatística.

### **Percepção de saúde física**

Esta escala foi tratada apenas no estudo piloto. A avaliação da saúde foi realizada com o recurso a um item em que os indivíduos se classificavam numa escala de *Lickert* de cinco posições entre "excelente" e "má". Esta estratégia é utilizada com frequência nos países desenvolvidos, e segue a filosofia subjacente à definição clássica de saúde. Nos países desenvolvidos, nomeadamente os que pertencem ao grupo regional europeu da OMS (Evers, 1990). As respostas da amostra tiveram a seguinte distribuição: má-0%; fraca-4,7%; razoável-28,1%; boa-60,9%; excelente-6,3%. Estes resultados confirmam o que a investigação tem demonstrado: que a população utilizada na presente investigação é saudável.

### Saúde mental

O questionário de saúde mental, consiste numa adaptação do *mental health inventory* (MHI): este inclui 38 itens que foram traduzidos e verificados segundo o procedimento já referido. O teste de Bartlett rejeita a hipótese de que a matriz de correlações é uma identidade, confirmando que a aplicação do modelo factorial a esta população é adequado (factoridade de  $R=8837.27$ ,  $p<0,0001$ ), e o valor de factorização para o KMO é de  $R=0,95$ . A solução factorial foi encontrada em sete interações e consiste em quatro factores que explicam 61,2% da variância total. O primeiro factor explica 42,5% da variância total e 69,4% da variância comum; o segundo explica 8,7 e 14,26% respectivamente; o terceiro 5,7 e 9%; o quarto, 4,3 e 6,98%. Foram retirados 12 itens por não satisfazerem os critérios definidos para serem conservados na solução factorial, conservando-se 26.

O primeiro factor inclui 12 itens e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é  $\alpha=0,92$ ; o segundo factor inclui cinco itens com um  $\alpha=0,83$ ; o terceiro inclui seis itens, com um  $\alpha=0,82$ ; O quarto inclui três itens com um  $\alpha=0,78$ . O Alfa de Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,94$ . Ao primeiro factor chamou-se "ansiedade"(AS); ao segundo "afecto geral positivo" (AGP); ao terceiro "depressão" (DP); ao quarto "laços e estabilidade"(LE).

No quadro 6 apresentam-se os valores da saturação de cada variável com cada um dos factores conservados na solução final. Só são apresentados os valores acima do valor critério de  $r > 0,40$ .



QUADRO 6

Carga factorial dos itens conservados no questionário de saúde mental

Variáveis conservadas	AS	AGP	DP	LE
IB3	0,72			
IB4		0,70		
IB5		0,74		
IB6	0,67	(0,42)		
IB7		0,69		
IB9			0,53	
IB10				0,76
IB11	0,80			
IB12		0,68		
IB13	0,73			
IB15	0,53			
IB16			0,57	
IB17	0,65	(0,44)		
IB18	(0,46)			0,57
IB20	(0,47)		0,55	
IB21			0,73	
IB22	0,66			
IB23				0,86
IB25	0,73			
IB26		0,70		
IB27	(0,44)		0,50	
IB28			0,69	
IB29	0,67			
IB33	0,62			
IB35	0,76			
IB38	0,72			
<i>Eigenvalue</i>	11,04	2,26	1,48	1,11
variância	42,5	8,7	5,7	4,3

AS- ansiedade; AGP - afecto geral positivo; DP - depressão; LE- laços e estabilidade.

Verifica-se que cinco das 26 variáveis têm uma carga factorial acima de 0,40 em mais de um factor, e que cinco delas não têm um valor discriminativo de, pelo menos 0,15. Decidiu-se que os itens pertenciam ao factor com que tinham maior correlação.

No quadro 7 apresentam-se as correlações entre os resultados total e parciais do questionário de saúde mental.

QUADRO 7  
Correlação entre resultado global e resultado de cada sub-escala do questionário de saúde mental

E.TOTAL	AS.	AGP	DP	LE
E.TOTAL	0,91	0,75	0,84	0,70
AS		0,53	0,70	0,47
AGP			0,54	0,55
DP				0,53
LE				

E.TOTAL-escala total; AS-ansiedade; AGP-afecto geral positivo; DP-depressão; LE-laços e estabilidade

Para o número de sujeitos do presente estudo, a significância das correlações, para valores entre 0,09 e 0,13, é de 0,01 e, para valores acima de 0,14 é de 0,001. Estes valores de significância tão elevados para valores de correlação tão baixos permite questionar a noção de significância: vale a pena distinguir entre significância estatística e inúmeras outras significâncias que podem ser consideradas. Este assunto voltará a ser discutido.

A sub-escala ansiedade é a melhor preditora do resultado da escala, explicando, só por si, quase 83% da variância desta: de notar que ela inclui menos de 50% dos itens. Com base nestes valores, e porque o resultado desta sub-escala explica mais de quatro quintos do resultado da escala a que pertence, ela poderá ser utilizada sózinha, quando as investigações lutarem com problemas de economia. O factor depressão, com seis itens explica quase 71% da variância da escala total, o que é, igualmente, um bom valor. Estes dois factores podem, se necessário, ser utilizados como substitutos da escala total.

### Percepção de apoio social

Procedeu-se à ACP sobre 20 variáveis provenientes das respostas da amostra. Na análise, os itens não respondidos foram substituídos pela média. A amostra incluiu 610 sujeitos. O teste de Bartlett rejeita a hipótese

de que a matriz de correlações é uma identidade, factoridade de  $R=2647.67$ ,  $p<0,0001$ . O valor de factorização para o KMO é de  $R=0,84$ , valor que, Kaiser(1974) caracteriza como meritório. No quadro 8 apresentam-se os valores da saturação de cada variável com cada um dos factores conservados na solução final. Só são apresentados os valores acima do valor critério de  $r>0,40$ .

QUADRO 8  
Carga factorial dos itens da escala de percepção de apoio social conservados na solução final

Variáveis conservadas	AAS	FL
IC3	0,62	
IC4	0,72	
IC7	0,63	
IC8	0,61	
IC10	0,65	
IC14		0,79
IC15		0,75
IC16		0,86
IC17	0,74	
IC18	0,74	
IC19	0,75	
IC20	0,65	
<i>Eigenvalue</i>	4,56	1,78
Variância	38,1	14,9

AAS-Amizade e Actividades Sociais; FL-Família

A solução factorial foi encontrada em três interacções e consiste em dois factores que explicam 53% da variância total. O primeiro factor explica 38.1% da variância total e 71,88% da variância comum; o segundo explica 14,9 e 28,11% respectivamente. Foram retirados nove itens por não satisfazerem os critérios definidos para serem conservados na solução factorial, permanecendo 11. O primeiro factor inclui oito itens e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é  $\alpha=0,84$ ; o segundo factor inclui três itens com um  $\alpha=0,74$ . O Alfa de Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,84$ . Ao primeiro factor chamou-se "amizade e actividades sociais" (AAS); ao segundo "família"(FL).

O Questionário de Percepção de Apoio Social apresenta os seguintes valores de correlação com as sub-escalas que o compõem (quadro 9 )

QUADRO 9  
Correlação entre os resultados da escala global e das sub-escalas que o compõem

	E.Tot.	AAS	FL
E.Tot.		0,94	0,54
AAS			0,25
FL			

AAS-Amizade e Actividades Sociais; FL-Família

O primeiro factor, que inclui oito dos 11 items, é o melhor preditor da escala, explicando 88% do resultado total. Este factor pode, se necessário ser utilizado como substituto da escala total.

### Percepção geral de saúde

Procedeu-se a uma ACP sobre 32 variáveis provenientes das respostas da amostra. O teste de Bartlett rejeita a hipótese de que a matriz de correlações é uma identidade, factoridade de  $R=2586,69$ ,  $p<0,0001$ . O valor de factorização para o KMO é de  $R=0,78$ , valor que, Kaiser(1974) caracteriza como médio. A solução factorial foi encontrada em seis interacções, consistindo em quatro factores que explicam 51,7% da variância total. O primeiro factor explica 22% da variância total e 42,89% da variância comum; o segundo explica 11,7 e 22,55% respectivamente; o terceiro, 9,8 e 19%; o quarto 8 e 15,54%. Foram retirados 14 items por não satisfazerem os critérios definidos para serem conservados na solução factorial, permanecendo 18. O primeiro factor inclui nove items e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é  $\alpha=0,80$ ; o segundo factor inclui três items com um  $\alpha=0,70$ ; o terceiro inclui quatro items com um  $\alpha=0,64$ ; o quarto factor inclui dois items com um  $\alpha=0,77$ . O Alfa de

Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,72$ . O primeiro factor foi chamado "percepção da saúde actual" (PSA); o segundo "percepção da saúde passada" (PSP); o terceiro "preocupação com a saúde" (PS) e o quarto "atitude para com a ida ao médico" (PIM) .

Apresentam-se no quadro 10, os valores da saturação de cada variável com cada um dos factores conservados na solução final. Só são apresentados os valores acima do valor critério de  $r>0,40$ .

QUADRO 10  
Carga factorial dos items da escala de percepção geral de saúde, conservados após tratamento

Variáveis conservadas	PSA	PSP	PS	PIM
ID1	0,65			
ID4	0,57			
ID6			0,74	
ID8				0,87
ID9	0,57			
ID11		0,64		
ID12	0,66			
ID13			0,61	
ID15	0,44			
ID19		0,77		
ID20			0,66	
ID22	0,68			
ID24			0,72	
ID26	0,66			
ID27				0,88
ID28		0,83		
ID30	0,58			
ID32	0,67			
<i>Eigenvalue</i>	3,98	2,09	1,76	1,74
Variância	22,0	11,7	9,8	8,0

PSA-Percepção da Saúde Actual; PSP-Percepção da Saúde Passada; PS- Preocupação com a Saúde; PIM-Atitude para com a Ida ao Médico.

Na solução factorial conservou-se um factor que possui, apenas, dois items, indo contra o critério definido *à priori*. A decisão de conservar estes items deriva da sua contribuição para a explicação da variância da solução factorial (comunidade de 0,79 para cada um dos items) e pelo facto da validade de conteúdo dos items os caracterizar como importantes.

A escala de percepção geral de saúde e as sub-escala que o compõem apresentam as correlações que se mostram no quadro 11.

QUADRO 11  
Correlação entre escala e sub-escalas do questionário de percepção geral de saúde

	E.Tot	PSA	PSP	PS	PIM
E.Tot.		0,85	0,54	0,34	0,33
PSA			0,28	0,05	0,14
PSP				-0,01	-0,02
PS					-0,10
PIM					

PSA-Percepção da Saúde Actual; PSP-Percepção da Saúde Passada; PS- Preocupação com a Saúde; PIMA-titude para com a Ida ao Médico.

O primeiro factor, com metade dos items, explica 72% da variância total.

### Manifestações físicas de mal-estar

Durante o estudo piloto foi realizada uma análise preliminar da distribuição das respostas pelos items. A análise realizada visou identificar os items que não tinham uma função discriminativa, para depois os retirar do inventário. Os items do questionário de manifestações físicas de mal-estar são "indícios" e não "amostras"; contribuem para uma nota total, de tal modo que, um item que receba como resposta "nunca ocorre" pela quase totalidade da amostra não tem nenhuma função no questionário. Retirar estes items torna o questionário mais pequeno, um dos objectivos do tratamento no estudo piloto. Após esta análise foram retirados 5 items que, segundo a amostra do estudo piloto, nunca ocorriam respectivamente em 98, 96, 92, 98 e 91% da população. Quando se acrescentavam a segunda alternativa de resposta (ocorria menos de uma vez por mês) a percentagem passava a 99, 98, 98, 100 e 98%. O questionário ficou reduzido a 19 items. Dos cinco items retirados quatro pertenciam ao *physical symptoms* de Mechanic e Hansell (1987) e um ao *psychosomatic symptom checklist* (PSC) de Attanasio, Andrasik, Blanchard, e Arena, (1984). As respostas eram dadas numa escala de seis pontos para a frequência (em vez de uma de cinco como no PSC original) e numa de cinco para a intensidade

Para analisar a organização das manifestações físicas de mal-estar, procedeu-se à ACP. A solução factorial foi encontrada em seis interacções:

explicava 44,7% da variância e encontrou quatro factores , cuja carga factorial é discriminada no quadro 12. O primeiro factor explica 24,2% da variância total e 52,52 da comum, o segundo 8,9 e 19,26, o terceiro 6,0 e 15,94, e o quarto 5,6 12,27. Os factores parecem englobar itens que caracterizam os diversos sistemas corporais: sistema nervoso, sistema respiratório, sistema muscular e sistema digestivo. A consistência interna (Alfa de Cronbach) dos diversos factores é a seguinte: para o primeiro factor, o valor da consistência interna é  $\alpha=0,79$ ; para o segundo,  $\alpha=0,64$ ; para o terceiro,  $\alpha=0,55$ ; para o quarto factor,  $\alpha=0,65$ . O Alfa de Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,85$ .

QUADRO 12  
Carga factorial dos itens

ITEMS	SN	SR	SM	SD
1	(0,37)		(0,34)	
2			0,71	
3				0,54
4	0,67			
5	0,62			
6	0,73			
7				0,65
8	0,69			
9	0,57			
10			0,64	
11				0,63
12	(0,38)			0,48
13	0,50			
14		(0,33)	0,47	
15		0,54		
16		0,65		
17		0,61		
18				(0,33)
19		0,70		
<i>Eigenvalue</i>	4,58	1,68	1,13	5,6
<i>Variância</i>	24,2	8,9	6,0	5,6

SN-manifestações de mal-estar do tipo geral; SR- manifestações de mal-estar a nível do sistema respiratório; SM-manifestações de mal-estar a nível do sistema muscular; SD-manifestações de mal-estar a nível do sistema digestivo.

Verifica-se que há dois itens que não atingem o valor crítico de 0,40 (1 e 18) e que outros dois não atingem um valor discriminativo de, pelo menos, 0,15 (12 e 14). Embora os itens do questionário sejam considerados como

"indícios", cada um por si também pode ser considerado "amostra". Por esta razão não será retirado nenhum item.

A análise factorial realizada baseou-se na soma do produto da frequência da manifestação pela intensidade. Procedeu-se, igualmente, à análise factorial da frequência (sem considerar a intensidade) das manifestações. Os valores psicométricos encontrados são menores do que os referidos acima mas a estrutura semelhante. Parece, por isso, haver razão para adoptar o procedimento de classificação original - somar o produto da frequência pela intensidade dos itens- ao invés de qualquer outro sistema de classificação.

A correlação entre os factores do questionário de manifestações físicas de mal-estar é apresentada no quadro 13.

QUADRO 13  
Correlação entre a escala total ea as sub-escalas do questionário de manifestações físicas de mal-estar

	E.Tot.	SN	SR	SM	SD
E.Tot.		0,86	0,57	0,71	0,70
SN			0,27	0,48	0,52
SR				0,34	0,26
SM					0,42
SD					

SN-manifestações de mal-estar do tipo geral; SR- manifestações de mal-estar a nível do sistema respiratório; SM-manifestações de mal-estar a nível do sistema muscular; SD-manifestações de mal-estar a nível do sistema digestivo.

### Auto-conceito

Procedeu-se a uma ACP sobre 54 itens provenientes das respostas da amostra tendo a solução factorial sido encontrada em sete interacções. A solução factorial consiste em quatro factores que explicam 65,2% da variância total. O primeiro factor explica 21,8% da variância total; o segundo explica 7,8; o terceiro 6,0; o quarto, 5,5; o quinto 4,2; o sexto 3,7; o sétimo 3,3; o oitavo 3,1; o nono 2,8; o décimo, 2,6; o décimo primeiro, 2,4; o décimo segundo 2,0. Dos 54 itens, dois não satisfaziam os critérios definidos para inclusão e foram retirados: a estrutura factorial resultante é semelhante à



original. A escala original incluía doze sub-escalas, cada uma com quatro items. A sub-escala "apreciação global", incluía seis items e constituía uma décimo-terceira sub-escala que os autores não incluíram na análise factorial com os restantes items. Ao primeiro factor chamou-se "apreciação global"(AG): inclui os seis items da escala original mais um que migrou de outra escala. Ao segundo factor chamou-se "criatividade"(CR) como na escala original e inclui os mesmos items que esta. O terceiro factor "competência académica" (CA) inclui seis items coincidentes com a escala original (na escala original os items desta sub-escala distribuíam-se por dois factores; esses dois factores incluíam oito items. Um foi retirado da escala e o outro migrou para o primeiro factor). Ao quarto factor chamou-se "competência intelectual" (CI): inclui cinco items, um pertencente, igualmente, à sub-escala anterior, sendo os restantes quatro os componentes da mesma sub-escala na escala original. Ao quinto factor chamou-se "competência atlética" (CAT) e inclui os mesmos items que a escala original. Ao sexto factor chamou-se "aparência" (AP) e tem a mesma composição da escala original. Ao sétimo factor chamou-se "amizades íntimas" (AI) e tem estrutura igual à escala original. Ao oitavo factor chamou-se "aceitação social" (AS) e tem estrutura igual à escala original. Ao nono chamou-se "relações com os pais" (RP), e tem estrutura igual à original. Ao décimo chamou-se "relações amorosas" (RA) e tem composição igual à original. Ao décimo primeiro chamou-se "humor" (H): dos quatro items da escala original, um foi retirado da escala, tendo permanecido os outros três. Ao décimo segundo factor chamou-se "moralidade" (M) e tem estrutura igual à original.

Apresentam-se no quadro 14 os valores da saturação de cada variável com cada um dos factores conservados na solução final. Só são apresentados os valores acima do valor critério de  $r > 0,40$ .

QUADRO 14  
Relação dos itens, com os factores emergentes da análise de componentes principais, sem limites de números de factores para a escala de auto-conceito

	AG	CR	CAC	CI	CAT	AP	AI	AS	RP	RA	H	M
IIC1	0,64											
IIC2			0,56									
IIC3			0,73									
IIC4								0,68				
IIC5					0,67							
IIC6									0,80			
IIC7							0,74					
IIC8				0,75								
IIC9												0,70
IIC10										0,74		
IIC11											0,78	
IIC12		0,77										
IIC13					0,72							
IIC14	0,63											
IIC15			0,50									
IIC16			0,70									
IIC17								0,68				
IIC18						0,77						
IIC19									0,75			
IIC20							0,73					
IIC21				0,61								
IIC22												0,69
IIC23										0,73		
IIC25		0,78										
IIC26					0,78							
IIC27	0,60											
IIC29			0,67									
IIC30								0,63				
IIC31						0,84						
IIC32									0,78			
IIC33							0,76					
IIC34				0,70								
IIC35												0,74
IIC36										0,64		
IIC37											0,85	
IIC38		0,80										
IIC39					0,81							
IIC40	0,72											
IIC41	0,55											
IIC42			0,48	0,68								
IIC43								0,69				
IIC44						0,81						
IIC45									0,62			
IIC46							0,73					
IIC47	0,62											
IIC48				0,68								
IIC49												0,70
IIC50										0,72		
IIC51											0,84	
IIC52		0,79										
IIC53					0,84							
IIC54	0,67											
Eigen.	11,35	4,05	3,02	2,76	2,14	1,85	1,68	1,59	1,47	1,34	1,25	1,07
Var	21,86	7,8	6,0	5,5	4,2	3,7	3,3	3,1	2,8	2,6	2,4	2,0

AG-apreciação global; CR- criatividade; CA-competência académica; CI- competência intelectual; CAT- — competência atlética; AP-aparência; AI- amigas íntimas; AS-aceitação social; RP- relações com os pais; RA-relações amorosas; H-humor; M-moralidade.

A consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala e sub-escalas é a seguinte: para o primeiro factor  $\alpha=0,86$ ; o segundo  $\alpha=0,87$ ; o terceiro  $\alpha=0,81$ ; o quarto  $\alpha=0,86$ ; o quinto,  $\alpha=0,84$ ; o sexto,  $\alpha=0,85$ ; o sétimo,  $\alpha=0,82$ ; o oitavo,  $\alpha=0,82$ ; o nono,  $\alpha=0,76$ ; o décimo,  $\alpha=0,78$ ; o décimo primeiro,  $\alpha=0,79$ ; o décimo segundo  $\alpha=0,69$ . O Alfa de Cronbach para a escala total é,  $\alpha=0,92$ .

Na análise factorial realizada, a carga factorial, para a maioria dos items, é menor do que na escala original. Tal, deve-se às diferenças de rotação utilizados no método de análise factorial: ortogonal *versus* oblíquo, tendo sido este método de rotação o utilizada pelos autores. A rotação oblíqua pressupõe correlação entre os factores extraídos pelo que a carga factorial tende a ser mais elevada. As correlações entre as sub-escalas e escala total entre si são apresentadas no quadro 15.

QUADRO 15  
Correlação entre a escala de auto-conceito e as sub-escalas que a compõem.

	AG	CR	CAC	CI	CAT	AP	AI	AS	RP	RA	H	M
TOT.	0,79	0,57	0,60	0,64	0,47	0,59	0,59	0,67	0,42	0,55	0,33	0,34
AG		0,37	0,51	0,46	0,23	0,44	0,37	0,54	0,32	0,37	0,20	0,24
CR			0,41	0,54	0,28	0,18	0,22	0,30	0,11	0,23	0,20	0,06
CAC				0,70	0,12	0,22	0,19	0,18	0,17	0,16	0,07	0,17
CI					0,20	0,23	0,30	0,21	0,14	0,20	0,13	0,14
CAT						0,39	0,17	0,29	0,06	0,28	0,03	0,02
AP							0,24	0,31	0,20	0,31	0,09	0,16
AI								0,50	0,14	0,38	0,23	0,15
AS									0,23	0,46	0,25	0,14
RP										0,07	0,16	0,19
RA											0,10	0,02
H												0,04

AG-apreciação global; CR- criatividade; CA-competência académica; CI- competência intelectual; CAT- competência atlética; AP-aparência; AI- amizades íntimas; AS-aceitação social; RP- relações com os pais; RA-relações amorosas; H-humor; M-moralidade.

A sub-escala de apreciação global é a que explica melhor a variância do resultado da escala total (cerca de 64% da variância): de seguida surge a de aceitação social, que explica cerca de 45% da variância da escala total. Verificam-se, ainda, relações estatisticamente fortes entre as sub-escalas de competência académica e de competência intelectual, com uma a explicar 49% da variância da outra).

### Auto-eficácia

O tratamento deste questionário decorreu em dois momentos: o primeiro momento, o momento de reconstrução, durante o estudo piloto; o segundo momento, de verificação, com a amostra do estudo definitivo. Descreve-se em primeiro lugar, e mais detalhadamente, o tratamento do estudo piloto, referindo, de seguida os principais resultados do estudo definitivo.

Com os dados do estudo piloto procedeu-se a uma ACP com diversos métodos de rotação e diversas soluções factoriais: rotação ortogonal -quartimax- sem limites de factores; rotação ortogonal (varimax) para dois factores (tal como no instrumento original) e para três factores; rotação oblíqua para dois e três factores. A escolha da rotação quartimax tinha por objectivo forçar a emergência de uma correlação elevada do item com um dos factores de modo a facilitar a escolha do número de factores. Deste procedimento não resultou uma definição do ponto de corte a partir do qual se definisse o número de factores. Da análise dos *eigenvalue* a solução mais adequada parecia ser três factores (com base no *scree test*).

A rotação varimax para dois factores, com todos os itens incluídos explicava 37,8% da variância total (o primeiro factor explicava 30,3% e o segundo 7,5%). No instrumento original, os dois factores da solução factorial que os autores adoptaram explicava 35% da variância total (26,5 e

8,5 respectivamente). Cinco dos itens, no entanto, não satisfaziam as exigências de validade convergente e discriminante.

A rotação varimax para três factores, com todos os itens incluídos, explicava 45% da variância total (30,3%, 7,5% e 7,1% respectivamente). Três itens não satisfaziam a exigência de validade discriminante e outros três não satisfaziam a de validade convergente. Apesar de tudo esta solução estava mais próxima dos critérios definidos. As duas soluções oblíquas não acrescentaram mais informação do que as ortogonais; limitando-se a aumentar a correlação dos itens com os factores, o que deriva do facto do método de rotação ser o oblíquo.

Após esta análise a escolha da solução factorial passou a basear-se na solução ortogonal-varimax. Foram experimentadas várias combinações de itens para responder aos critérios definidos. Finalmente decidiu-se por uma solução varimax com três factores que incluía 15 dos 23 itens originais (um 16º item correspondia à segunda tradução de um mesmo item original e só uma foi escolhida, embora ambas as traduções possuissem características psicométricas adequadas).

Os três factores explicavam 57,7% da variância total. O primeiro explicava 37,4% da variância total e 64,9% da variância comum, o segundo 11,1% da variância total e 19,2% da comum, e o terceiro explicava 9,15% da variância total e 15,8% da comum. Lembra-se que o instrumento original, com a solução de dois factores, explicava 35% da variância total (26,5% para o primeiro factor e 8,5% para o segundo), embora outros instrumentos para avaliação da auto-eficácia expliquem valores da variância próximos dos que foram encontrados no presente estudo, como é o caso, por exemplo, do de Wigal, Creer e Kotses (1991) que explica 57,4% da variância total. O presente instrumento, apesar de utilizar menos itens possui melhores propriedades estatísticas do que o original. Com a amostra do estudo definitivo procedeu-se a uma ACP sobre a solução encontrada:

explica 52,9%, da variância total, provindo 34,5% do primeiro factor, 9,7% o segundo, e 8,7% o terceiro. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um valor de  $R=743,79$  ( $p<0,0001$ ) e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin de  $R=0.84$ . Este resultado confirma a adequação do uso do instrumento com esta população.

Denominou-se o primeiro factor "iniciação e persistência" (IP): o segundo, "eficácia perante a adversidade" (EPA): o terceiro "eficácia social"(ES). Embora os autores da escala original optassem por dois factores, sugerem, à alternativa de escolha de dois factores, uma de três, que baptizaram do modo adoptado no presente estudo. De salientar que os autores construíram itens para avaliar três áreas: a) vontade para iniciar a acção; b) vontade para persistir no esforço até terminar a acção; c) persistência perante a adversidade.

Para verificar a adequação dos valores da carga factorial de cada item no factor, realizou-se a análise sugerida por Boyle e Harrison (1981) que é um critério introduzido pelo segundo autor, a saber: a solução factorial só é útil do ponto de vista teórico se inclui, para cada factor, pelo menos três itens que possuam uma carga que respeite a relação entre o valor da carga factorial mais elevada com a menor, segundo a seguinte fórmula:  $C_i = \sqrt{H_i/2}$ , em que H é o valor do item com a carga factorial mais elevada e C o valor mínimo de carga factorial considerado aceitável para um item que define o factor em jogo. A solução factorial escolhida respeita este critério. No quadro 16 apresenta-se a carga factorial de cada item.

QUADRO 16  
Carga factorial dos itens da escala-de-auto-eficácia

ITEMS	FACTOR	IP	EPA	ES
AE1		0,59		
AE2			0,76	
AE3				0,64
AE4			0,71	
AE5		0,62		
AE6		0,67		
AE7		0,65		
AE8			0,65	
AE9			0,74	
AE10				0,73
AE11				0,64
AE12			0,66	
AE13				0,62
AE14		0,81		
AE15		0,82		
Eigenvalue		5,17	1,46	1,31
Variância		34,5	9,7	8,7

IP-factor iniciação e persistência; EPA-factor eficácia perante a adversidade; ES-eficácia social

O primeiro factor, iniciação e persistência (IP), inclui seis itens, o segundo factor, eficácia perante a adversidade (EPA), inclui cinco itens; o terceiro factor, eficácia social (ES), inclui quatro itens. A análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores (entre parentesis apresentam-se os valores de alfa encontrados com os resultados do estudo piloto): alfa=0,80 (0,86) para o primeiro factor; de alfa=0,80 (0,82) para o segundo factor e; alfa=0,60 (0,59) para o terceiro factor. O instrumento original apresenta valores de 0.86 e 0.71 para o alfa de cada um dos dois factores. O valor da consistência interna, para a escala total, no estudo definitivo foi de alfa=0,84.

análises métricas complementares.

Apesar de se considerar que a escala pode assumir a validade de critério da escala original procedeu-se à análise da validade de critério da versão traduzida da escala, com base na amostra do estudo piloto, utilizando como critério: a) a nota escolar média de acesso à universidade;

b) a nota escolar, média, dos resultados escolares actuais; c) a nota de percepção de saúde; d) a nota, quer dos vários domínios do questionário de avaliação de comportamentos /atitudes, quer do questionário total.

A escala total correlaciona-se com os seguintes critérios ao nível  $p < 0,05$ : com a média actual de notas escolares; com a percepção de saúde; com a nota do item do domínio "repouso" do questionário de avaliação de comportamentos/ atitudes; com a soma das notas dos itens do domínio exercício físico do questionário de avaliação de comportamentos./atitudes; com a soma das notas dos itens do domínio prevenção do questionário de avaliação de comportamentos /atitudes. O factor iniciação e persistência correlaciona-se significativamente com o questionário de avaliação do comportamento /atitudes (  $p < 0,05$ ) e com o item de repouso (  $p < 0,01$ ).

Procedeu-se à junção das duas sub-escalas "iniciação e persistência" e "eficácia perante a adversidade", agrupadas como se fossem uma só escala, tal como na escala original em estes dois factores formam um só - a que chamam Sub-escala de Eficácia Geral-. A sub-escala assim constituída segue um padrão semelhante à escala total. Correlaciona-se, também, significativamente -nível  $p < 0,05$ - com a nota de curso, e com a percepção de saúde:

Como critério para análise da validade discriminante utilizaram-se as notas da escala de locus de controlo de saúde. Não há correlação significativa entre os resultados da escala de auto eficácia e os da escala de-locus de controlo de saúde, o que confirma o resultado encontrado com a escala original em que a validade de constructo foi verificada, entre outras, com a escala de locus de controlo de Rotter (1966), concluindo os autores não haver relação entre os resultados das duas escalas.

A correlação entre as sub-escalas que compõem o questionário de auto-eficácia é apresentado no quadro 17.



QUADRO 17  
Correlação entre todas as notas da escala de Auto-Eficácia e das sub-escalas que a compõem

	TOTAL	IP	EPA	ES
TOTAL		0,87	0,81	0,66
PERS.			0,60	0,37
ADVER				0,33
SOCAC				

IP-factor iniciação e persistência; EPA-factor eficácia perante a adversidade; ES-eficácia social

A sub-escala iniciação e persistência explica 75% da variância do questionário total, e a sub-escala eficácia perante a adversidade explica 65%.

Uma questão teórica que permanece é se a medida utilizada é, realmente, uma medida de auto-eficácia, na medida em que Bandura (1977), ao contrário do que defendem os autores da presente escala, a apresenta como uma característica específica da situação, embora salvasse, como já foi referido acima, a possibilidade de generalização.

#### Locus de controlo de saúde

Como já foi referido, os itens da escala de locus de controlo de saúde têm origem nas seguintes escalas: *health locus of control scale* (Waltson, Waltson, Kaplan & Maides, 1976); *multidimensional health locus of control scales* (Waltson, Waltson & DeVellis, 1978); *health-specific locus-of-control* (Lau & Ware, 1981). Foram escolhidos e traduzidos 39 itens que abrangiam todas as sub-escalas propostas para os instrumentos referidos. A redacção dos itens nas diferentes escalas, na língua original, por vezes aparece na primeira pessoa, outras vezes de forma impessoal. Na tradução foi escolhida a forma impessoal para todos os itens.

A teoria de Rotter defende que esta característica -locus de controlo- se distribui por um contínuo entre externalidade e internalidade, e que todos os indivíduos se encontram colocados algures nesse contínuo. A ideia de continuidade entre internalidade e externalidade tem sido

contestada por diversos autores (Boyle & Harrison, 1981; Collins, 1974; Gutkin, Robbins & Andrews, 1985; Lau & Ware, 1981; Wallston & Wallston, 1978). Um dos aspectos principais que tem sido discutido diz respeito à questão de saber se o locus de controlo é uma característica unidimensional - dimensão interno-externo -, tal como Rotter a apresenta, ou multidimensional. Estudos de análise factorial realizados sobre a escala original de Rotter têm encontrado soluções multifactoriais (Collins, 1974) levando os autores a afirmar que ao invés de ser uma escala unidimensional ela é multidimensional.

No presente estudo assume-se que as duas perspectivas não são incompatíveis e que se pode ser interno *versus* externo, consoante a dimensão ou contexto de experiência. Ou seja, embora os indivíduos tendam a ser internos ou externos, a situação, o contexto onde ocorre a experiência, pode fazer prevalecer uma destas dimensões. Este princípio de influência de contextos é geralmente aceite noutras teorias cognitivas que salientam as características da estrutura de análise da realidade, como é o caso, por exemplo, da teoria piagetiana. Nesta, os indivíduos são classificados pela predominância da utilização do raciocínio (operatório formal, operatório concreto, ou outro), dado não utilizarem o mesmo tipo de raciocínio em todas as situações. Piaget titula esta diferença de utilização das estruturas cognitivas conforme o contexto de "*décalage*." O mesmo princípio pode ser aplicado ao locus de controlo: assim, os indivíduos seriam internos ou externos consoante tendessem a utilizar um locus interno ou externo.

Reflectindo a discussão sobre a escala original, inúmeros estudos têm-se debruçado sobre uma escala específica ao contexto de saúde. Desenvolver uma escala para o contexto de saúde reflecte a crença, expressa no último parágrafo, de que a dimensão de internalidade-externalidade se aplica a diferentes contextos. Por exemplo, Boyle e

Harrison (1981), consideram existirem duas dimensões, exemplificando com os seguintes itens:

internalidade - se eu ficar doente, isso acontece devido a algo que eu fiz;

externalidade - a saúde é, em larga medida, uma questão de sorte.

Estes dois itens, um numa formulação interna e outro numa formulação externa exemplificam os itens que saturam os dois factores que os autores referidos encontraram através da análise factorial.

No entanto os itens apresentados no exemplo, se recorressem ao método de *Lickert*, poderiam ser ambos, representantes de internalidade ou de externalidade consoante a resposta. Se numa escala de *Lickert*, de 6 posições, variando estas entre "concordo em absoluto com a afirmação" até "discordo em absoluto da afirmação", um indivíduo responder ao primeiro item "discordo em absoluto da afirmação" e ao segundo "concordo em absoluto com a afirmação", está, em ambos, a representar a dimensão de externalidade. Isto não acontecia, recorda-se, no sistema de avaliação de Rotter, constituído por um questionário de escolha forçada em que o indivíduo tinha de escolher entre um item ou outro: no exemplo acima, uma formulação segundo a metodologia de Rotter teria a seguinte configuração: "A saúde: a) depende daquilo que eu faço; b) é uma questão de sorte. Escolha a resposta que, segundo a sua opinião, melhor reflecte a realidade".

A primeira questão que se coloca é a de saber se as duas estratégias de avaliação do locus de controlo - resposta de escolha forçada, como na escala de Rotter, ou resposta em escala tipo *Lickert*-, chegam aos mesmos resultados. Collins (1974) responde a essa questão: converteu os 23 itens de escolha forçada da escala de Rotter, numa escala de 46 itens tipo *Lickert*, dando assim, origem a duas escalas: uma com os 46 itens e resposta tipo *Lickert* e outra com a formulação original de Rotter, com 23

items de escolha forçada. Passou os questionários assim construídos a uma amostra de 300 estudantes da universidade de Wisconsin. Após os respondentes preencherem as duas escalas o autor verificou, através da análise estatística, que os respondentes eram escalados exactamente da mesma maneira através de uma ou de outra forma de resposta, concluindo que: "os formatos de resposta forçada e de *Lickert* são, do ponto de vista empírico, essencialmente idênticos" (p.382). O formato de todas as escalas construídas para avaliar o locus de controlo da saúde utilizam uma escala tipo de *Lickert*.

A análise de Collins sobre a escala original de Rotter encontra duas dimensões distintas, ao longo das quais os indivíduos podem variar nas atribuições de causalidade, a saber:

- a) previsibilidade dos acontecimentos *versus* sorte e,
- b) atribuições situacionais *versus* pessoais.

A primeira reflecte a medida em que as pessoas acreditam que o que acontece está subordinado a algum padrão de regularidade, por leis, e por isso é controlável, ou se, pelo contrário é imprevisível e, por isso, incontrolável. Na segunda as pessoas podem variar quanto à medida em que acreditam que as coisas boas ou más dependem deles ou, pelo contrário, dependem de outras pessoas ou de outros aspectos que não controlam. As duas dimensões podem ser cruzadas, dando origem a um quadrante com quatro celas. Na sua investigação, Collins, encontra quatro factores que confirmam estes quatro quadrantes, embora nestes quatro factores identifique uma característica de externalidade *versus* internalidade que os atravessa a todos. A internalidade *versus* externalidade, consoante o factor em que se encontra, não se correlaciona com as outras internalidades ou externalidades de outros factores. Isto pode significar que as pessoas são mais ou menos externas em função do contexto ou da situação a que se aplica o questionário. Esta hipótese

reforça a asserção exposta, subjacente ao questionário de avaliação do locus de controlo da saúde que se pode resumir do seguinte modo:

a) as pessoas são mais ou menos internas *versus* externas consoante as dimensões, contextos, ou situações;

b) a proposta base de Rotter mantém-se ou seja, as pessoas tendem a variar, quanto ao locus de controlo, ao longo de um contínuo de externalidade *versus* internalidade.

O tratamento deste questionário decorreu, igualmente, em dois momentos: o primeiro momento, o momento de reconstrução, durante o estudo piloto; o segundo momento, de confirmação, com a amostra do estudo definitivo. Enquanto nos restantes questionários o tratamento foi realizado sobre uma escala inteira, neste caso, os itens foram gerados a partir de várias escalas. Está-se, portanto, mais próximos de um processo de construção.

Procedeu-se a uma ACP dos 39 items, com diversas soluções factoriais: rotação ortogonal -quartimax; rotação ortogonal-varimax para dois, três e quatro factores (da teoria exposta nos instrumentos que forneceram os items utilizados, ficava a hipótese de se encontrar uma solução bidimensional, tridimensional ou multidimensional); rotação oblíqua para dois e três factores.

Foi escolhida a solução de dois factores conforme a análise dos *eigenvalues* sugeria. A solução de dois factores explicava 41,8% (43% no estudo piloto) da variância total. O primeiro factor explicava 22,1% (24,3% no estudo piloto) da variância total, e 55,9% da variância comum; o segundo factor 19,7% (19% no estudo piloto) da variância total e 44,1% da comum. Para esta solução ficaram na equação 14 items, dos quais oito pertenciam ao primeiro factor e seis ao segundo. Denominou-se os factores do seguinte modo: O primeiro factor "locus de controlo" (LC); o segundo "outros poderosos"(OP).

Boyle e Harrison (1981) no estudo da sua escala unidimensional, utilizando a análise factorial, verificaram que uma solução de três factores explicava 46% da variância total. Gutkin, Robbins e Andrews (1985) no estudo da mesma escala encontram uma solução de dois factores que explica 41% da variância total. Collins (1974), no seu estudo de transformação do tipo de resposta em escolha forçada versus escala de *Lickert* encontra uma solução de 4 factores que explicam respectivamente, 29,3%, 25,7%, 24,7% e 20,3%, da variância comum. Pode-se concluir que os valores explicados por este tipo de escalas são idênticos nos diversos estudos, incluindo o presente. Este valor não satisfaz o critério definido para este estudo, que era de explicar pelo menos 50% da variância total.

A adequação da amostra foi testada com o teste esfericidade de Bartlett que encontrou para esta solução o valor de 440.32, significativo ao nível  $p < 0,0001$ ; o valor de Kaiser-Meyer-Olkin foi de  $R = 0,77$ . A consistência interna - Alfa de Cronbach - das diversas sub-escalas, com a amostra do estudo definitivo e do estudo piloto, foi a seguinte (o valor entre parentesis refere-se ao valor de alfa do estudo piloto): primeiro factor  $\alpha = 0,75$  (0,78); segundo  $\alpha = 0,74$  (0,60). A consistência interna para a escala total, no estudo definitivo, foi de  $\alpha = 0,69$ . Comparando este valor com o de outras escalas que se propõem avaliar o locus de controlo de saúde, verifica-se o seguinte: a escala original de Wallston, Wallston, Kaplan e Maides (1976) apresentava valores de alfa, para três populações diferentes, entre 0,40 e 0,72. Uma revisão de Boyle e Harrison (1981) da mesma escala, encontrou um valor de 0,49 para a consistência interna. Gutkin, Robbins e Andrews (1985) utilizando uma escala unidimensional encontra valores de 0,70 e 0,67. Lau e Ware (1981) no estudo de construção de uma escala específica de locus de controlo encontram valores de consistência interna para cada um dos 4 factores, entre 0,65 e 0,71. Collins (1974) para os quatro factores, encontrou uma consistência interna que variava entre 0,39 e 0,49. Pelos

valores observados verifica-se que, assumindo que os itens são "indícios", a escala reconstruída para este estudo apresenta valores estatisticamente mais aceitáveis do que é costume em escalas do género. No quadro 18 são apresentados os valores da carga factorial dos itens da escala de locus de controlo

QUADRO 18  
Carga factorial dos itens da escala de locus de controlo nos dois factores

ITENS	FACTOR	LC	OP
LC1			0.53
LC2		0.57	
LC3		0.64	
LC4		0.58	
LC5			0.54
LC6		0.62	
LC7		0.76	
LC8		0.39	
LC9			0.78
LC10			0.72
LC11			0.55
LC12		0.72	
LC13		0.74	
LC14			0.76
<i>Eigenvalue</i>		3,09	2,75
<i>Variância</i>		22,1	19,7

LC- locus de controlo; OP- outros poderosos

análises métricas complementares.

Inspeccionou-se a validade de critério da escala para a amostra do estudo piloto, recorrendo aos mesmos critérios utilizados para a de auto-eficácia. O valor da correlação encontrado entre o resultado global da escala e a percepção geral de saúde foi de  $r = -0,20$ , valor que é significativo ao nível de  $p < 0,05$ . Os indivíduos mais internos têm percepção de melhor saúde. A sub-escala "outros poderosos" relaciona-se significativamente com os domínios "prevenção" ( $p < 0,01$ ) e "protecção" ( $p < 0,05$ ) do questionário de avaliação dos comportamentos/ atitudes. O resultado desta escala não se correlaciona com o resultado da escala de auto eficácia. Não se correlaciona igualmente com a nota média de curso

nem com a nota média de entrada na universidade. Estes valores contribuem para demonstrar a validade discriminante da escala. No quadro 19 apresentam-se os valores da correlação entre a escala e sub-escalas desta variável.

QUADRO 19  
Correlação entre as notas da escala e sub-escalas de locus de controlo de saúde

	TOTAL	LC	OP
TOTAL		0,74	0,67
LC			0,01
OP			

LC- locus de controlo: OP- outros poderosos

Como conclusão do estudo desta escala resulta que se torna necessário resolver algumas questões teóricas relacionadas com o locus de controlo, nomeadamente quanto à sua natureza multi ou unidimensional. Relativamente à escala que se está a reconstruir será necessário encontrar mais items, de modo a que explicação da variância total proporcionada pelos factores, suba para valores acima dos 50%.

### Suporte social

Procedeu-se a uma análise factorial visando analisar a organização da escala. A ACP sobre os 11 items provenientes das respostas da amostra identificou três factores que deixavam de fora dois items. Dois dos factores em que se agrupavam nove items possuíam consistência interna, mas o terceiro não. Uma escala constituída pelos dois factores que possuíam consistência interna não apresentava um alfa satisfatório, pelo que se decidiu não constituir uma escala de suporte social, mas antes duas. Numa agruparam-se os quatro items constituintes do primeiro factor: denominou-se "convívio social" e tinha um alfa= 0,78; noutra agruparam-se os dois items constituintes do segundo factor: foi denominada "número de amigos" e tinha um alfa=0,84.



### Percepção de capacidade económica

A ACP sobre os 13 itens provenientes das respostas da amostra do estudo definitivo encontrou uma solução factorial em três interacções, consistindo em dois factores que explicam 51,2% da variância total. O teste de esfericidade de Bartlett forneceu um  $R=1706,11$  e o de Kaiser-Meyer-Olkin, um  $R= 0,84$ . O primeiro factor explica 39% da variância total e 76,07% da variância comum; o segundo 12,3% e 23,92%, respectivamente. Foram retirados três itens por não satisfazerem os critérios definidos para serem conservados na solução factorial, permanecendo dez. O primeiro factor inclui seis itens e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é  $\alpha=0,84$ ; o segundo factor inclui quatro itens com um  $\alpha=0,68$ . O alfa de Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,83$ . Chamou-se ao primeiro factor "necessidade económica" (NE); o segundo "comparação económica"(CE). Apresentam-se no quadro 23 os valores da saturação de cada item nos factores conservados na solução final. Só se apresentam os valores acima do critério de  $r>0,40$ .

QUADRO 23  
Carga factorial dos itens conservados na solução factorial

ITEMS	NE	CE
IIIA1		0,51
IIIA2	0,60	(0,52)
IIIA3	0,59	
IIIA4	0,62	(0,52)
IIIA5	0,64	
IIIA6	0,76	
IIIB1		0,76
IIIB2		0,58
IIIB3		0,73
IIIC2	0,67	
<i>Eigenvalue</i>	3,89	1,22
Variância	39	12,3

NE-necessidade económica; CE-comparação económica

Dos 10 itens, dois saturam ambos os factores e não apresentam valor discriminativo de valor igual ou superior a 0,15. A análise da correlação

entre as notas das medidas de satisfação económica, escala total e sub-escalas, apresentada no quadro 24, mostra que a sub-escala necessidades económicas explica 77% do resultado da escala total.

QUADRO 24  
Correlação entre as notas da escala total e sub-escala do inventário de capacidade económica

	TOTAL	NE	CE
TOTAL		0,88	0,84
NE			0,49
CE			

NE-necessidade económica; CE-comparação económica

### Temas preocupantes

A ACP sobre 13 itens provenientes das respostas da amostra evidencia, para o teste de Bartlett uma factoridade de  $R=1313,95$ ,  $p<0,0001$ ) e, para o KMO de  $R=0,78$ . A solução factorial foi encontrada em três interacções,consistindo em dois factores que explicam 53% da variância total. O primeiro factor explica 36,2% da variância total e 68,21% da variância comum; o segundo explica 16,9 e 31,78% respectivamente. Foram retirados quatro itens por não satisfazerem os critérios definidos para serem conservados na solução factorial, permanecendo nove. O primeiro factor inclui seis itens e a consistência interna, Alfa de Cronbach, é  $\alpha=0,83$ ; o segundo factor inclui três itens com um  $\alpha=0,80$ . O Alfa de Cronbach para a escala total é de  $\alpha=0,85$ . Chamou-se ao primeiro factor "preocupação com os afectos" (PAF) e ao segundo "preocupação com o tempo"(PTP). Os itens que ficaram de fora referem-se a relações com os professores, dinheiro, notas escolares e insatisfação com o curso. A análise estatística parece salientar que a preocupação dominante, para os jovens, tem a ver com a dimensão afectiva. Esta constatação está de acordo com o que a investigação psicológica tem defendido.

Apresentam-se no quadro 25 os valores da saturação de cada variável com cada um dos factores conservados na solução final, só se apresentando os valores acima do valor critério de  $r>0,40$ .

QUADRO 25  
Carga factorial dos items da escala de avaliação de temas preocupantes, conservados

ITEMS	PAF	PTP
IIIC1	0,73	
IIIC3		0,63
IIIC4	0,66	
IIIC5		0,83
IIIC6	0,74	
IIIC8	0,49	
IIIC11	0,72	
IIIC12		0,84
IIIC13	0,66	
<i>Eigenvalue</i>	3,25	1,51
Variância	36,2	16,9

Apresenta-se no quadro 26 a correlação entre as sub-escalas do inventário

QUADRO 26  
Correlação entre as notas da escala e sub-escalas de avaliação das preocupações

	TOTAL	PAF	PTP
TOTAL		0,93	0,64
PAF			0,31
PTP			

PAF-preocupação com os afectos; PTP-preocupação com o tempo

A sub-escala preocupações com os afectos apresenta uma correlação elevada com o resultado da escala, explicando, só por si, cerca de 87% do resultado global.

### **Análise dos inventários**

As escalas que serão analisadas de seguida são inventários: as respostas são amostras de comportamento (abertos e cobertos) e, devido à sua origem conceptual (mais próxima das teorias comportamentais), dispensa as propriedades estatísticas. Apesar disso procedeu-se à sua análise estatística, dado a investigação em que estes inventários estão integrados valorizar esse tipo de tratamento.

Porque são "amostras" de comportamento e não "indícios", o resultado dos inventários deriva da soma de itens que, cada um por si, avalia um aspecto, diferente dos aspectos que os outros avaliam; cada item fornece uma nota individual. Enquanto num questionário, que se propõe avaliar indícios, a consistência interna é um atributo imprescindível, dado ser esta que garante que um determinado conjunto de itens avalia determinado constructo de que cada item é indício, num inventário, em que cada item avalia uma característica diferente, uma consistência interna elevada é indesejável, dado tal significar que, itens que deviam medir aspectos diferentes medem, afinal, o mesmo aspecto. Por esta razão, e como já se referiu, a decisão se uma escala é questionário ou inventário é um pré-requisito imprescindível e decisivo à escolha do tratamento métrico a realizar com as escalas.

#### Comportamentos/ atitudes de saúde

O inventário de avaliação de comportamentos /atitudes é um instrumento cujos itens são amostras de comportamento. Os itens deste tipo possuem uma validade diferente dos itens que são indícios. Por exemplo, o item "evito fumar", pela sua pertinência para a saúde, é independente da distribuição das respostas: mesmo que todos os indivíduos respondessem que sim (ou não), esta resposta tem valor por si, dado o comportamento em causa reflectir (ser amostra) um comportamento pertinente para a saúde. Os 28 itens distribuem-se pelos seguintes domínios: exercício- 3 itens; alimentação-5 itens; prevenção- 4 itens; protecção- 3 itens; adicção- 6 itens; poluição- 3 itens; repouso-1 item; sexo-3 itens.

Com base na amostra do estudo piloto realizou-se uma primeira análise da relação entre itens. A análise correlacional -correlação de Spearman-, inter-itens evidencia associação privilegiada entre os itens de

cada um dos domínios construídos segundo uma associação baseada na análise de conteúdo. A correlação inter items em cada um dos domínios é significativa ao nível  $<0,01$ . Exceptua-se um item do domínio protecção cuja correlação com outro dos items desse domínio se verifica apenas ao nível  $<0,05$ . Os items do domínio dos comportamentos adictivos são excepção. Alguns items de domínios diferentes têm, entre si correlações significativas. Salientam-se, devido à larga associação entre domínios que não o seu, os items "evito fumar", "reduzo a ingestão de sal" "planifico a minha dieta".

A correlação  $r$  de Spearman entre os diversos domínios, cuja nota corresponde à soma dos items que o constituem, é apresentada no quadro 20: registam-se apenas as correlações que são estatisticamente significativas

QUADRO 20  
Correlação  $r$  de spearman entre os grupos de items construído segundo a análise de conteúdo (com base na amostra do estudo piloto)

	Exer	Nutr	Prev	Prot.	Adic	Polu.	Rep.	E.Total
Exercício					0,19*		0,22**	0,38**
Nutrição			0,25**		0,36**	0,26**		0,71**
Prevenção				0,25**	0,18*	0,19*		0,50**
Protecção					0,20*		0,18*	0,40**
Adicção						0,40**		0,71**
Poluição								0,59**
Repouso								0,24**

\*Significância  $<0,05$ ; \*\*Significância  $<0,01$ ;

O quadro anterior corresponde ao tratamento preliminar feito com a amostra do estudo piloto. Posteriormente, com a amostra do estudo definitivo aprofundou-se a análise do inventário, procedendo-se a uma análise factorial dos items para verificar se a estrutura de organização estava de acordo com o agrupamento inicial. Ou seja, se a escolha de items estivesse correcta, os items distribuir-se-iam por factores de acordo com a distribuição que derivou da análise de conteúdo. Esta análise permitia determinar o peso relativo de cada agrupamento de items para o resultado da escala. A ACP permitiu encontrar uma solução factorial em sete interacções:

explicava 64,2% da variância e incluía 10 factores, descriminados no quadro 21.

QUADRO 21  
Carga factorial dos items do inventário de compostamentos/attitudes de saúde

factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
items										
1			0,87							
2			0,46							
3			0,88							
4	0,73									
5	0,74									
6	0,77									
7							0,84			
8										0,82
9										0,54
10					0,74					
11					0,64					
12					0,80					
13							0,70			
14									0,69	
15									0,76	
16								0,78		
17								0,62		
18	0,65									
19		(0,33)								
20						0,87				
21						0,88				
22	0,62									
23		0,83								
24		0,85								
25		0,86								
26				0,79						
27				0,86						
28				0,62						
Eiga	4,26	2,44	1,95	1,77	1,69	1,41	1,25	1,07	1,04	1,02
Var.	15,2	8,7	7,0	6,4	6,1	5,1	4,5	3,8	3,7	3,7

Verifica-se que apenas um dos items não possui uma carga factorial acima do limite crítico de 0,40. O bloco de items agrupado no factor um caracteriza o "cuidado com a alimentação"; no dois, a "preocupação com o ambiente poluido"; no três, com o "exercício", no quatro o "cuidado com as relações sexuais"; no cinco, a "prevenção das doenças"; no seis, o "cuidado com as drogas semi-legais"; no sete, a "preocupação com as bebidas alcoólicas"; no oito, a "preocupação com o tabaco e medicamentos"; no nove, os "cuidados com o transporte automóvel"; no dez, a "protecção da saúde". A análise da consistência interna (Alfa de Cronbach) mostra que metade dos factores encontrados têm consistência satisfatória (acima de 0,60). Esses factores, são os primeiros seis factores, a maioria dos quais agrupam items

do mesmo modo que segundo a análise de conteúdo. A análise da correlação entre os factores é apresentada no quadro 22.

QUADRO 22  
Correlação entre os grupos de itens constituídos segundo a análise factorial.

	TOT	NUT	POL	EXE	SEX	PRE	DRO	ALC	RIS	ROD	CUI
TOT		0,64	0,56	0,34	0,37	0,54	0,30	0,40	0,48	0,40	0,30
NUT			0,25	0,08	0,09	0,23	0,05	0,14	0,22	0,17	0,03
POL				-0,01	0,24	0,10	0,14	0,11	0,29	0,22	0,13
EXE					-0,10	0,19	0,05	0,02	0,08	-0,08	0,01
SEX						0,09	0,03	0,05	0,19	0,20	0,14
PRE							0,05	0,14	0,08	0,18	0,18
DRO								0,16	0,18	0,02	0,08
ALC									0,15	0,16	0,06
RIS										0,11	0,08
ROD											0,10
CUI											

NUT-cuidado com a alimentação; POL- preocupação com o ambiente poluído; EXE- exercício; SEX- cuidado com as relações sexuais; PRE- prevenção das doenças; DRO- cuidado com as drogas semi-legais; ALC- preocupação com as bebidas alcoólicas; RIS- preocupação com o tabaco e medicamentos; ROD- cuidados com o transporte automóvel; CUI- protecção da saúde.

As duas análises fornecem um quadro diferente do agrupamento dos items, impondo a tomada de decisão sobre qual o agrupamento a adoptar nas análises posteriores: se a primeira, baseada na análise de conteúdo, se a segunda baseada nas relações estatísticas coerentes com as respostas dos indivíduos. Alguns grupos de items têm a mesma estrutura nas duas situações, enquanto outros não. Como as duas soluções são coerentes com os pressupostos que estiveram subjacentes à escolha original de items, decidiu-se adoptar a solução proveniente da análise factorial.

### Situações de stress e intensidade do impacto das situações de stress

Dado a pontuação destas escalas ser do tipo listagem (*check-list*), ou seja assinalar a presença ou ausência de determinados acontecimentos, não foram objecto de qualquer tratamento estatístico.

### Expectativas e dissonância cognitiva

O instrumento construído para avaliar as expectativas de saúde não apresentava valores discriminativos para as respostas aos diversos itens: ou seja, os indivíduos tendiam a dar a mesma resposta, que era a de concordância com as afirmações em geral. Deste modo não é possível utilizá-lo como instrumento de medida. Como a dissonância cognitiva dependia da avaliação das expectativas, essa variável também não foi avaliada. Deste modo as duas variáveis foram retiradas.

### **Conclusão**

O passo, delicado, que consiste na adaptação ou reconstrução dos instrumentos a utilizar na avaliação, foi dado e os instrumentos ficaram aptos a ser utilizados. A verificação realizada com a segunda amostra da mesma população, para alguns dos instrumentos, mostrou que as medidas se mantêm estáveis com múltiplas utilizações. São necessários outros passos que continuem a estudar estas escalas e que esclareçam alguns aspectos, teóricos e práticos, nomeadamente alguns importantes para a validade. Com efeito, após a conclusão do processo de adaptação e de reconstrução, alguns itens que, do ponto de vista da validade de conteúdo pareciam dos mais adequados, não mostraram, a partir da análise estatística das respostas das amostras, qualidades suficientes para poderem ser incluídas no estudo, pelo que tiveram de ser retirados. A retirada de alguns deles não foi pacífica, nomeadamente porque a atitude seria diferente se esse item passasse a ser considerado amostra em vez de indício. O material científico a que a investigação tem recorrido não é de molde a esclarecer este ponto, pelo que se torna necessário continuar a investigação sobre estes aspectos específicos. Apesar disso os instrumentos ficaram aptos a ser utilizados cientificamente.



## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

## INTRODUÇÃO

### PARTE A- Características da Amostra

Variáveis Demográficas Simples	326
Escolas, anos e sexos--326	
Coabitação--326	
Idade --327	
Aproveitamento escolar--328	
Reprovações--328	
Variáveis Demográficas Combinadas	329
Reprovações por geração escolar--329	
Reprovações anos e por sexos--330	
Reprovações por tipo de escola--331	
Reprovações por tipo de coabitação--332	
Reprovações em função da percepção de aproveitamento--332	
Aproveitamento em função da coabitação--333	
Aproveitamento por escola--334	
Tipo de coabitação por escola--334	
Resultados dos Indivíduos da Amostra nas Variáveis de Saúde, Psicológicas e Ambientais	335
Saúde dos indivíduos da amostra--335	
Médias das variáveis da investigação--336	
Distribuição das Variáveis	338
Correlação de Pearson Entre Todas as Variáveis	339
Análise dos Constructos	340
Análise da relação entre variáveis convertidas em unidades equivalentes--342	
Análise de componentes principais das variáveis da investigação--345	
Relação entre o grupo de variáveis psicológicas e cada uma das que compõem o grupo saúde--346	

## PARTE B- Relação Entre Saúde e Psicologia

Relação Entre Variáveis de Saúde e Psicológicas	349
---	-----

## PARTE C- Desenvolvimento dos Jovens

Variáveis de Saúde	352
Saúde mental--352	
Percepção de apoio social--353	
Percepção geral de saúde--354	
Sensações físicas de mal-estar--354	
Variáveis Psicológicas	355
Comportamentos/attitudes--355	
Auto-conceito--356	
Auto-eficácia--357	
Locus de controlo de saúde--357	
Frequência de contactos sociais--357	
Variáveis Ambientais	358
Percepção de capacidade económica--358	
Resumo	359

## PARTE D-Diferenças Entre Grupos

Variáveis de Saúde	361
Em função do sexo--361	
Percepção de saúde física.--361	
Saúde mental--361	
Percepção geral de saúde--362	
Manifestações físicas de mal-estar--362	
Em função das reprovações--363	
Percepção geral de saúde--363	
Em função da escola de pertença--364	
Percepção de saúde física--364	
Saúde mental--364	
Percepção de apoio social--365	
Percepção geral de saúde--365	

Sintomas físicos de mal-estar--	366
Em função da coabitação--	367
Saúde mental--	368
Em função da percepção de aproveitamento escolar--	368
Saúde mental--	369
Percepção de apoio social--	369
Percepção geral de saúde--	370
Manifestações físicas de mal-estar--	370

## Variáveis Psicológicas

372

Em função do sexo--	372
Comportamentos/attitudes--	372
Auto-conceito--	373
Auto-eficácia--	374
Em função das reprovações--	375
Comportamentos/attitudes--	375
Auto-eficácia--	376
Auto-conceito--	376
Em função da escola de pertença--	377
Comportamentos/attitudes--	378
Auto-conceito--	380
Auto-eficácia--	381
Locus de controlo--	382
Frequência de interacção com amigos--	382
Em função da coabitação--	383
Comportamentos/attitudes--	384
Auto-conceito--	384
Em função da percepção do aproveitamento escolar--	385
Comportamentos/attitudes--	385
Auto-conceito--	386
Auto-eficácia--	387
Locus de controlo de saúde--	387
Frequência de interacções com amigos--	387

## Variáveis Ambientais

390

Em função do sexo--	390
Intensidade dos acontecimentos--	390
Temas preocupantes--	390
Em função das reprovações--	391
Percepção de capacidade económica--	391

Em função da escola de pertença--391	
Percepção de capacidade económica--392	
Temas preocupantes--392	
Em função da coabitação--393	
Preocupações económicas--393	
Em função da percepção de aproveitamento escolar--393	
Percepção de capacidade económica--394	
Acontecimentos--394	
Intensidade dos acontecimentos--394	

## PARTE E-Amortecedor do *Stress*

Redução do <i>Stress</i>	396
Percepção de Capacidade Económica	402
Cruzamento de capacidade económica e percepção de saúde física--402	
Cruzamento de capacidade económica e saúde mental--405	
Cruzamento de capacidade económica e percepção de apoio social--408	
Cruzamento de capacidade económica e percepção geral de saúde-- 412	
Cruzamento de capacidade económica e sintomas de mal-estar--415	
Temas Preocupantes	421
Cruzamento de preocupações e percepção de saúde física--421	
Cruzamento de preocupações e saúde mental --423	
Cruzamento de preocupações e percepção de apoio social --426	
Cruzamento de preocupações e percepção geral de saúde --429	
Cruzamento de preocupações e sintomas físicos de mal-estar --433	
Acontecimentos	437
Cruzamento de acontecimentos com percepção de saúde física --438	
Cruzamento de acontecimentos com saúde mental --441	
Cruzamento de acontecimentos e percepção de apoio social --445	
Cruzamento de acontecimentos e percepção geral de saúde --448	
Cruzamento de acontecimentos e percepção de mal-estar --451	
Intensidade dos Acontecimentos	456
Cruzamento de intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física --457	
Cruzamento de intensidade dos acontecimentos e saúde mental --460	
Cruzamento de intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social--463	
Cruzamento de intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde --467	
Cruzamento de intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar--470	

## Introdução

O presente capítulo está dividido em cinco partes. A primeira descreve as características demográficas da amostra e os valores básicos das variáveis da investigação: a segunda parte focará as relações complexas, idealmente sistémicas, entre os dois conjuntos principais de variáveis -de saúde *versus* psicológicas; a terceira parte analisará o modo como as variáveis- quer de saúde quer psicológicas- mudam ao longo da juventude e da escolaridade e, igualmente, como mudam as suas relações; a quarta parte, discutirá as diferenças entre os vários grupos que são susceptíveis de se formar com a amostra do estudo e; finalmente a quinta parte investigará se as variáveis psicológicas amortecem o impacto da *stress* (gerada pelas variáveis intituladas de ambientais) na saúde.

## PARTE A

### Características da Amostra

Nesta parte descrever-se-ão o modo como a amostra se distribui pelas variáveis demográficas, as variáveis de saúde, psicológicas e ambientais, e a combinação entre essas variáveis, relativas aos indivíduos que constituem a amostra.

#### Variáveis Demográficas Simples

Numa primeira descrição apresentam-se os dados por variável para o total da amostra e por sexos. As variáveis consideradas são: coabitação, idade, aproveitamento escolar e reprovações. Numa segunda descrição estes dados são combinados.

#### Escolas, anos e sexos

Os quadros 3 e 4, apresentados no capítulo anterior sob o título "amostra", exibem promenorizadamente, os números e percentagens dos indivíduos que responderam ao questionário, por ano escolar, por escola e por sexo.

#### Coabitação

A imposição de números *clausulus* de acesso ao ensino superior acentua a quantidade de alunos que se deslocam da sua zona de residência para frequentar a universidade. Os indivíduos que constituem a amostra, distribuem-se do seguinte modo pelo tipo de coabitação durante o tempo de aulas; 2,8% dos indivíduos vive só, 4,1% dos homens e 1,6% das mulheres; 5,5 vive num lar ou partilha a habitação com colegas, 5,1% dos homens e 5,8% das mulheres; 3,5% vive com o cônjuge ou com namorado/a, 2,7% dos homens e 4,2% das mulheres; 70,6% vive com os

pais, 71,1% dos homens e 70,0% das mulheres; 3,8% vive com outros familiares que não os pais, 5,1% dos homens e 2,6% das mulheres; 6,9% vive em casa de uma família que não a sua, 6,1% dos homens e 7,4% das mulheres; 6,9% vive com amigos, 5,4% dos homens e 8,1% das mulheres. Verifica-se que a esmagadora maioria continua a viver com os pais durante as aulas. Valores sensivelmente diferentes entre sexos aparecem, para os que vivem sós, com cerca do dobro da percentagem dos homens, para os que vivem com cônjuge ou namorado/a com perto do dobro das mulheres, e para os que vivem com amigos, com maior percentagem de mulheres nesta situação.

## Idade

Os 609 sujeitos da investigação distribuíam-se pelas diferentes idades e sexos conforme se descreve no quadro 27

QUADRO 27

Distribuição da amostra por nível etário e sexo

idade	frequência	Homens	Mulheres
15	2	2	
16	128	69	59
17	71	35	36
18	26	10	16
19	83	29	54
20	49	24	25
21	49	21	28
22	69	35	34
23	56	23	33
24	24	8	16
25	12	8	4
26	11	8	3
27	8	4	4
28	7	4	3
29	3	2	1
30	3	1	2
TOTAL	601	283	318
sem dados	8		
TOTAL	609		



## Aproveitamento escolar

O aproveitamento escolar foi recolhido com base na percepção que os alunos têm por comparação com os seus colegas. As respostas foram as seguintes: consideram-se muito abaixo da média 0,5% dos respondentes, 0,3% dos homens e 0,6% das mulheres; 5,7% considera-se abaixo da média, 4,1% dos homens e 7,1% das mulheres; 60,7% considera-se com aproveitamento médio, 55,8% dos homens e 65,1% das mulheres; 31,5% considera-se acima da média, 36,5% dos homens e 26,7% das mulheres; 1,7% considera-se muito acima da média, 3,1% dos homens e 0,3% das mulheres. Estes dados apontam para uma apreciação mais positiva por parte dos indivíduos do sexo masculino.

## Reprovações

Para analisar os resultados quanto às reprovações a amostra foi dividida em dois grupos: os que tinham tido alguma reprovação ao longo de todo o percurso escolar, e os que nunca tinham reprovado. Cerca de dois terços dos indivíduos nunca reprovaram, com valores idênticos para ambos os sexos. Os resultados desta divisão, por sexo, são apresentados no quadro 28 e abrangem 582 indivíduos que haviam respondido a este item (95,5%).

QUADRO 28

Distribuição, por sexos, de indivíduos que nunca reprovaram e que reprovaram, pelo menos uma vez.

	MASC.	FEMIN.	TOTAL
NUNCA REPROVARAM	179	190	369
PERC. DO TOTAL	30,7%	32,5%	63,4%
REPROVARAM	103	110	213
PERC. DO TOTAL	17,6%	18,8%	36,6%
TOTAL	282	300	582
PERC. DO TOTAL	48,6%	51,4%	100%

A análise da significância (qui-quadrado de Pearson) da distribuição dos resultados pelas diferentes celas, para verificar se ela era diferente do que seria esperado pelas leis do acaso, mostra que não o é: ou seja, para a totalidade da amostra, não há diferenças estatisticamente significativas entre o número de reprovações dos indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

### **Variáveis Demográficas Combinadas**

Nesta secção apresenta-se o resultado do cruzamento das variáveis demográficas apresentadas acima.

#### **Reprovações por geração escolar**

A análise das reprovações em função do ano de escolaridade mostra os resultados que são apresentados no quadro 29.

QUADRO 29  
Distribuição, por ano de escolaridade, de indivíduos que  
nunca reprovaram, e que reprovaram pelo menos uma vez

	11º ANO	2º ANO	4º/5º ANO	TOTAL
NUNCA REPROV.	168(71%)	119(62,3%)	85(53,79%)	372(63,58%)
REPROVARAM	68(29%)	72(37,7%)	73(46,21%)	213(36,42%)
TOTAL	236(100%)	191(100%)	158(100%)	585(100%)

O quadro 29, que exhibe os resultados em função da geração escolar, mostra que, no 11º ano, 29 % da amostra que o frequentava já reprovava pelo menos uma vez; que no segundo ano da universidade, 37% dos que o frequentavam já reprovava pelo menos uma vez ao longo de todo o percurso escolar; que no 4º/5º ano 46% dos alunos que o frequentavam já reprovava pelo menos uma vez. A diferença entre as reprovações dos

diferentes anos é estatisticamente significativa:  $X^2 (2, N=599) = 12,60$ ,  $p < 0,002$ .

### Reprovações anos e por sexos

As diferenças encontradas no quadro 29 são explicadas pelas reprovações dos homens: a distribuição das reprovações destes, por ano de escolaridade, é apresentada no quadro 30.

QUADRO 30  
A distribuição das reprovações, por anos de escolaridade, para os indivíduos do sexo masculino

	11º ANO	2º ANO	4º/5º ANO	TOTAL
NUNCA REPROV.	94(80,3%)	49(52,7%)	37(51,4%)	180(63,6%)
REPROVARAM	23(19,7%)	44(47,3%)	35(48,6%)	102(36,4%)
TOTAL	117(100%)	93(100%)	72(100%)	282(100%)

A análise do quadro 30 mostra que, no 11º ano, 20% dos homens que o frequentavam já reprovara pelo menos uma vez; que no segundo ano da universidade, 47% dos que o frequentavam já reprovara, pelo menos uma vez; que no 4º/5º ano 48% já reprovara, pelo menos uma vez. A diferença é estatisticamente significativa entre as reprovações dos diferentes anos:  $X^2 (2, N=291) = 23,82$ ,  $p < 0,0001$ . A distribuição das reprovações das mulheres, por ano de escolaridade, é apresentada no quadro 31.

QUADRO 31  
A distribuição das reprovações, por anos de escolaridade, para os indivíduos do sexo feminino

	11ºANO	2ºANO	4º/5ºANO	TOTAL
NUNCA REPROV.	73(61,8%)	69(71,8%)	48(55,8%)	190(63,3%)
REPROVARAM	45(38,2%)	27(28,2%)	38(44,2%)	110(36,7%)
TOTAL	118(100%)	96(100%)	86(100%)	300(100%)

Para os indivíduos do sexo feminino verifica-se que, no 11º ano, 38% das mulheres que o frequentavam já reprovaram pelo menos uma vez; que no segundo ano da universidade esse valor era de 28%; que no 4º/5º ano era de 44%. Para as mulheres, a diferença entre a percentagem de reprovações nos diferentes anos não é estatisticamente significativa. Verifica-se uma diferença elevada entre homens e mulheres nos 11º ano do secundário e no segundo ano da universidade, com os homens com cerca de metade das reprovações das mulheres no 11º ano, e o dobro no segundo da universidade. Estes resultados apontam para diferenças geracionais importantes no padrão de reprovações: com efeito, não parece provável que, os indivíduos que agora estão no décimo primeiro ano de escolaridade, quando alcançarem o segundo ano da universidade, atinjam os valores dos que frequentam actualmente esse ano (principalmente os do sexo masculino).

### Reprovações por tipo de escola

As reprovações por escola, mostram os valores apresentados no quadro 32

QUADRO 32  
Distribuição da amostra por escola e por reprovações

	ARQ	BIO	CIE	ECO	ENG	EDF	LET	NUT	PSI	AUR	CER	FON
N. REP.	14	27	17	41	28	13	20	19	24	66	45	57
REPR.	22	02	19	20	35	16	09	08	13	24	29	14
TOT	36	29	36	61	63	29	29	27	37	90	74	71
RACIO	1,5	0,07	1,1	0,4	1,2	1,2	0,4	0,4	0,5	0,3	0,6	0,2

N REP.- nunca reprovaram; REPR. - já reprovaram; TOT. -total  
ARQ- F de Arquitetura; BIO- I. C. Biomédicas Abel Salazar; CIE- F. de Ciências; ECO-F.de Economia;  
ENG-F.de Engenharia; EDF-F.de Ciências do Desporto e Educação física; LET-F.de Letras; NUT-  
Curso de Ciências da Nutrição; PSI-F.de Psicologia; AUR- Escola secundária Aurélia de Souza; CER-  
Escola secundária do Cerco; FON- Escola secundária Fontes Pereira de Melo.

A distribuição pelas celas mostra um *ratio* de reprovados sobre não reprovados, que varia entre 1,5 para a Faculdade de arquitetura, e 0,07 para biomédicas. Para quatro das escolas universitárias há mais quantidade de indivíduos que já reprovaram, do que de não reprovados. Estas diferenças poderão ter a ver com características de cada escola. A elevada taxa de reprovações em arquitetura poderia leva a aceitar que os alunos desta escola seriam mais fracos estudantes que os das restantes. No entanto, se se observarem as médias de entrada nas diversas escolas teremos de duvidar dessa interpretação: por exemplo, as médias de entrada para o curso de arquitetura (de Lisboa), no ano lectivo de 1992/93 foi a mais elevada de todas as escolas do país. Ou seja, não se pode deduzir que os alunos de arquitetura, por terem mais reprovações, sejam actualmente, piores estudantes do que os de escolas com baixas percentagens de reprovações.

### **Reprovações por tipo de coabitação**

A análise das reprovações por tipo de coabitação não mostra diferenças estatisticamente significativas. Assim, pode afirmar-se que este não está associado às reprovações.

### **Reprovações em função da percepção de aproveitamento escolar**

Comparando os grupos de reprovados com o dos não-reprovados, quanto à percepção de aproveitamento escolar verificam-se diferenças, estatisticamente significativas, entre os reprovados ( $\bar{M}=3,00$ ) e os não reprovados ( $\bar{M}=3,44$ ),  $t(594)=8,89$ ,  $p<0,0001$ . Esta relação pode ser considerada uma validação da medida de percepção: com efeito faz sentido que o grupo que mais reprova tenha menos aproveitamento escolar. Esta verdade é uma verdade grupal que não se aplica a indivíduos. É possível,

por circunstâncias várias, um indivíduo ser um óptimo aluno e ter, nalgum momento, reprovado.

### **Aproveitamento em função da coabitação**

Verifica-se que há variações quanto à percepção de aproveitamento em função do tipo de coabitação. Assim, se para o total da amostra os que coabitam sós correspondem a 2,7%, no grupo dos que se consideram com aproveitamento abaixo da média encontram-se o dobro (5,8%) de sujeitos que habitam sós; os valores duplicam, igualmente, quando se compara a percentagem da amostra com a dos que vivem num lar, para o aproveitamento abaixo da média (5,5 da amostra em geral *versus* 14,7 dos que vivem num lar); os valores duplicam, igualmente, para os que vivem com amigos (6,9 da amostra em geral *versus* 14,7 dos que vivem com amigos). Pelo contrário para os que vivem com namorado/a ou cônjuge não se encontra ninguém que se considere com resultados abaixo da média; a redução também é sensível para os que habitam com os pais (70,6% da amostra em geral para 55,8% dos que habitam com os pais) reduzindo, também, nos outros grupos. Para os que se consideram com valores dentro da média não há diferenças sensíveis entre a amostra e os diversos grupos que se podem formar consoante o tipo de coabitação. Só se voltam a verificar variações sensíveis para os que se consideram com aproveitamento acima da média: entre os que vivem com amigos, 3,2%, afirma que tem resultados acima da média, enquanto na amostra em geral constituem 6,9%. Os que se consideram muito acima da média habitam, todos, com os pais. Com base nestes dados pode formular-se a hipótese de que, viver só, num lar ou com amigos, contribui para a percepção de baixo rendimento escolar, enquanto viver com os pais ou cônjuge ou namorado contribui para uma melhor percepção. Isto poderá significar, por outro lado, que os que foram melhores alunos no secundário, que tiveram melhores

notas de acesso à universidade, puderam escolher um curso ao pé do local de habitação e continuam a ser melhores alunos. A junção destes resultados com os do parágrafo anterior permite esta interpretação, dado verificarem-se diferenças significativas entre os que já reprovaram e os que nunca reprovaram quanto à percepção de aproveitamento escolar.

### Aproveitamento por escola

Quando se comparam as percentagens de indivíduos da amostra em geral, com as de cada escola, em cada uma das categorias - muito abaixo da média, abaixo da média, média, acima da média, e muito acima da média- não se verificam grandes oscilações. Ou seja, essa percentagem de indivíduos de cada categoria por escola, é semelhante em todas as escolas e no total.

### Tipo de coabitação por escola

Verificam-se diferenças substanciais entre a composição da amostra e as diferentes escolas quanto à coabitação: no quadro 33 apresentam-se as percentagens.

QUADRO 33  
Comparação das percentagens das diversas escolas e em geral por tipo de coabitação

Coa	Esc.	GER	ARQ	BIO	CIE	ECO	ENG	EDF	LET	NUT	PSI	AUR	CER	FON
só		2,8	-	17,8	-	4,6	3,1	10,3	-	3,5	2,6	1,0	-	1,3
lar		5,5	7,6	14,2	10,5	7,8	6,3	10,3	6,8	14,2	2,6	3,2	-	-
cônjuge		3,5	15,3	7,1	13,1	-	3,1	3,4	3,4	3,5	7,8	-	-	-
pais		70,6	38,4	35,7	57,8	60,0	76,1	41,3	79,3	46,4	71,0	88,0	90,7	85,1
família		3,8	7,6	7,1	2,6	1,5	6,3	-	3,4	7,1	5,2	-	2,6	6,7
outra fam.		6,9	7,6	10,7	5,2	12,5	1,5	17,2	-	17,8	2,6	7,6	2,6	5,4
amigos		6,9	23,0	7,1	10,5	12,5	3,1	17,2	6,8	7,1	7,8	-	2,6	1,3

só-habita só; lar-vive num lar; cônjuge-vive com namorado/a ou com cônjuge; pais- vive com os pais; família- vive com outros familiares que não os pais; outra família- vive com uma família que não a sua; amigos- vive com amigos.

GER- amostra total; ARQ- F. de Arquitetura; BIO- I. C. Biomédicas Abel Salazar; CIE- F. de Ciências; ECO-F.de Economia; ENG-F.de Engenharia; EDF-F.de Ciências do Desporto e Educação física; LET- F.de Letras; NUT- Curso de Ciências da Nutrição; PSI-F.de Psicologia; AUR- Escola secundária Aurélia de Souza; CER- Escola secundária do Cerco; FON- Escola secundária Fontes Pereira de Melo.

Os resultados mostram variações sensíveis para alguns grupos em comparação com a amostra em geral. Por exemplo, se se observar os que vivem com os pais, verifica-se que o grupo de biomédicas, de ciências, de educação física e de nutrição são os que têm uma percentagem mais baixa de indivíduos nestas condições. Os alunos das escolas secundárias são os que vivem, maioritariamente com os pais.

### **Resultados dos Indivíduos da Amostra nas Variáveis de Saúde, Psicológicas e Ambientais**

A amostra da investigação foi escolhida por ser um grupo saudável, de acordo com o tema da investigação: enquanto tal deveria estar livre de limitações físicas que, por definição, afectassem a saúde. No início colocava-se a hipótese de haver na amostra indivíduos que apresentassem limitações físicas susceptíveis de afectar a saúde física, e que tais indivíduos deveriam ser retirados do estudo. Por esta razão, um passo preliminar consistiu na inspecção da saúde física da amostra.

#### **Saúde dos indivíduos da amostra**

Foram utilizados três itens para avaliar se havia limitações físicas indiciadoras de doença ou limitação, susceptível de afectar a acção motora. O primeiro avaliava as limitações relativamente à movimentação dos indivíduos, o segundo as limitações à actividade física, enquanto o terceiro avaliava as limitações na realização do papel social; os dois primeiros foram avaliados com uma escala de Gutman. As respostas ao primeiro item mostram que apenas três pessoas têm limitações da movimentação: destas, uma do sexo feminino, afirmou-se limitada na condução de automóvel, uma do sexo masculino assinalou que estava limitada na movimentação, sem especificar que tipo, e outra do sexo masculino assinalou limitação em sair de casa. 99,5% da população não assinalou limitações à movimentação.



Para o segundo, 5,4% dos indivíduos (6,6% das mulheres e 4% dos homens), afirmaram ter dificuldades em participar em actividades físicas extenuantes, e 93,9% não referiram quaisquer limitações. Finalmente, quanto à realização do papel social, 96,5% dos indivíduos referiram não ter limitações que os impedissem de realizar as actividades inerentes ao seu papel: destas, deu-se particular atenção às actividades manifestamente associadas à função de estudante, como sejam as limitações de se deslocar à escola e as limitações de realizar as tarefas escolares na mesma quantidade de tempo que os outros estudantes. Nenhum sujeito assinalou limitações nestes dois itens, pelo que se manteve, na amostra, toda a população.

### **Médias da amostra nas variáveis da investigação**

Os valores da amostra nas variáveis, de saúde, psicológicas e ambientais, são descritas no quadro 34. Os resultados de algumas variáveis, ao invés de resultados globais, são mais expressivos se forem apresentados como perfil. Por essa razão são apresentados, igualmente, os resultados das sub-escalas. A média dos resultados, o desvio padrão e os valores máximos e mínimos.

QUADRO 34

Médias, desvio padrão, valores máximos e mínimos, das notas globais variáveis, e das sub-escalas que compõem cada variável

<b>VARIÁVEL</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DESVIO</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>
SAÚDE FÍSICA:	4.70	0.92	2.00	7.00
SAÚDE MENTAL				
Nota global	102.53	18.94	35.00	149.00
ansiedade	46.11	10.05	12.00	70.00
Afec. ger. positivo	17.71	4.30	5.00	30.00
Depressão	27.81	4.60	8.00	34.00
laços	10.91	3.75	3.00	18.00
SAÚDE SOCIAL				
Nota global	41.12	9.03	19.00	60.00
Amizade	30.25	7.81	10.00	45.00
Família	10.85	2.95	3.00	15.00

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>SAÚDE GERAL</b>				
Nota global	61.89	9.16	28.00	82.00
Saúde actual	32.86	6.34	13.00	45.00
Saúde passada	11.90	3.28	3.00	15.00
Preocupação	10.92	3.09	4.00	19.00
Ida ao médico	6.27	2.60	2.00	10.00
<b>MAL ESTAR FÍSICO</b>				
Nota global	120.02	56.99	19.00	344.00
Nervoso	50.38	30.17	7.00	187.00
Respiratório	21.47	14.49	4.00	94.00
Muscular	21.44	13.88	3.00	90.00
Digestivo	19.33	13.48	4.00	99.00
<b>ATITUDES/COMPORTAMENTO</b>				
Nota global	96.58	14.12	58.00	137.00
Alimentação	12.87	5.02	5.00	25.00
Poluição	10.56	3.45	3.00	15.00
Exercício	8.64	3.75	3.00	15.00
Sexual	13.58	2.50	3.00	15.00
Prevenção	7.64	3.51	3.00	13.00
Drogas	9.16	1.85	2.00	10.00
Alcool	7.61	2.70	2.00	13.00
Preo. tabaco e med.	7.97	1.63	2.00	10.00
Prot. automóvel	7.56	2.24	2.00	10.00
Prot. saúde	8.38	2.07	2.00	10.00
<b>AUTO-CONCEITO</b>				
Nota global	145.99	19.33	84.00	196.00
Aprecia. Global	19.94	4.11	8.00	28.00
Criatividade	10.79	2.53	4.00	16.00
Académico	16.67	3.25	7.00	16.00
Inteligência	13.98	3.04	5.00	21.00
Atlética	9.85	2.88	4.00	16.00
Aparência	11.03	3.14	4.00	16.00
Amizade	11.41	3.04	4.00	16.00
Social	11.58	2.82	4.00	16.00
Pais	12.28	2.78	4.00	16.00
Amor	9.61	2.84	4.00	16.00
Humor	9.78	1.85	3.00	12.00
Moral	12.24	2.37	5.00	16.00
<b>AUTO-EFICÁCIA</b>				
Nota global	78.32	13.10	37.00	105.00
Persistência	30.54	6.82	9.00	40.00
Adversidade	28.07	5.10	11.00	35.00
Social	19.58	4.55	4.00	28.00
<b>LOCUS DE CONTROLO</b>				
Nota global	65.86	9.88	31.00	96.00
Locus	43.59	7.29	19.00	56.00
Outros poderosos	22.33	6.69	6.00	40.00
<b>SUPORTE SOCIAL</b>				
Relações sociais	16.45	4.06	4.00	25.00
Número de amigos	13.18	9.86	0.00	96.00
(Esta escala não tem nota global).				

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO	MÍNIMO	MÁXIMO
ASPECTOS ECONÓMICOS				
Nota Global	32.37	5.91	11.00	45.00
Necessidade	20.19	3.63	6.00	25.00
Comparação	12.19	3.20	4.00	20.00
ACONTECIMENTOS				
Número	4.00	15.00	0.00	216.00
Intensidade	5.69	1.60	0.00	8.00
TEMAS PREOCUPANTES				
Nota global	31.04	6.47	11.00	45.00
Afectos	20.56	5.24	6.00	30.00
Tempo	10.47	2.48	3.00	15.00

### Distribuição das Variáveis

Um passo essencial quando se pretende utilizar a estatística paramétrica com confiança, consiste em inspeccionar o modo como as variáveis se distribuem. A estatística paramétrica presume, entre outras, que a distribuição dos resultados é normal, ou seja, que a média, a moda e a mediana caem exactamente no mesmo valor, ou que 95% dos resultados caiam entre mais ou menos dois desvios padrão. Este padrão de distribuição, sendo teórico, raramente se verifica e, por isso, torna-se necessário definir critérios que permitam identificar quando é que uma distribuição está, ou não, dentro do normal. Duas referências normalmente utilizadas são a curtose (*Kurtosis*) e a assimetria (*Skewness*): consideram-se aceitáveis, como distribuição normal, se os valores destas duas propriedades caem entre mais ou menos um. Os valores da curtose e da assimetria foram inspeccionados para todos os resultados globais das variáveis utilizadas na investigação. Três variáveis não satisfazem este critério: a variável psicológica de suporte social intitulada "número de amigos", e a variável ambiental de acontecimentos geradores de *stress*, tanto a ligada ao número de acontecimentos como à intensidade dos acontecimentos: estas variáveis serão consideradas com cuidado no tratamento estatístico. Todas as restantes satisfazem o critério.

## Correlação de Pearson entre Todas as Variáveis

Com vista a identificar a magnitude da associação entre as variáveis utilizadas na investigação procedeu-se à análise da correlação de Pearson. O quadro 35 mostra a correlação entre as variáveis de saúde, psicológicas e ambientais.

QUADRO 35

Índice de correlação de Pearson entre as variáveis da investigação

	MENT	PAS	PGS	SFM	COMP	CONC	AE	LC	RELCS	NAMIC	ECON	ACONT	PREOC
SF	0,27	0,20	0,36	-0,29	0,27	0,28	0,22	-0,02	0,11	0,15	-0,20	0,03	-0,01
MENT		0,49	0,45	-0,52	0,10	0,56	0,50	0,05	0,22	0,27	0,16	-0,07	-0,21
PAS			0,27	-0,31	0,11	0,61	0,44	-0,03	0,40	0,32	0,21	0,01	-0,18
PGS				-0,48	0,14	0,39	0,32	0,04	0,08	0,17	0,12	0,01	-0,18
SFM					-0,13	-0,36	-0,31	-0,07	-0,05	-0,18	-0,19	0,02	0,23
COMP						0,18	0,16	0,01	-0,05	-0,03	0,11	-0,03	0,01
CONC							0,70	0,04	0,35	0,31	0,17	-0,19	-0,24
AE								0,11	0,25	0,25	0,21	-0,07	-0,16
LC									-0,04	0,01	0,01	0,01	-0,05
RELCS										0,33	0,14	0,06	-0,02
NAMIC											0,02	-0,01	-0,09
ECON												-0,01	-0,02
ACONT													0,05

SF-saúde física; MENT-saúde mental; PAS -percepção de apoio social; PGS-percepção geral de saúde; SFM- sintomas de mal-estar físico. COMP- comportamento/attitudes; CONC -auto conceito; AE- auto-eficácia; LC-locus de controlo de saúde. RELCS- frequência das relações com amigos; NAMIC- número de amigos; ECON- percepção de capacidade económica ; ACONT-acontecimentos geradores de tensão; PREOC-temas preocupantes.

Cerca de 74% das correlações são estatisticamente significativas: das não significativas a maioria são devidas a duas variáveis, locus de controlo e acontecimentos. Embora significativas estatisticamente, a maioria das correlações apresenta valores modestos: com efeito, para uma amostra de mais de 600 indivíduos, os resultados são significativos a partir de correlações muito baixas (uma correlação de 0,07 é significativa ao nível  $p < 0,05$ ). Por esta razão, só valores de correlação acima de 0,30 serão considerados significativos para ser discutidos. Tal valor significa que o resultado de uma variável explica 9% do resultado da outra com a qual se correlaciona. Por outro lado, variáveis que apresentem valores de correlação acima de 0,80, ou seja, em que mais de dois terços do resultado

de uma variável é explicado pela outra variável, serão consideradas variáveis que medem o mesmo constructo e que, por isso, são redundantes.

Uma primeira inspecção aos resultados do bloco de variáveis de saúde mostra uma associação elevada entre os resultados da variável saúde mental e o das restantes variáveis de saúde, e entre os da variável sintomas físicos de mal-estar e a percepção geral de saúde. No bloco das variáveis psicológicas verifica-se uma correlação elevada entre auto-conceito e auto-eficácia. Finalmente a inspecção da correlação entre todas as variáveis, mostra uma correlação elevada entre a variável saúde mental e, tanto o auto-conceito como a auto-eficácia e, também, entre a percepção de saúde social, tanto com o auto-conceito como com a auto-eficácia. Estes valores não alcançam o valor crítico de 0,80, definido para que as variáveis que o atingissem pudessem ser consideradas medidas alternativas.

A associação entre medidas de saúde, principalmente entre saúde mental e as restantes, mostra que elas mantêm uma forte relação entre si: tal, permite formular as hipóteses de que umas são causa de outras, que todas são causadas por outra variável não considerada na investigação, como ainda que, por estarem fortemente associadas mas não serem medidas alternativas, todas são importantes para explicar ou definir a saúde e, devem ser tomadas em conjunto. O mesmo comentário pode ser feito para as variáveis psicológicas.

### **Análise dos Constructos**

Com o objectivo de compreender o tipo de associação entre as variáveis da investigação procedeu-se a uma primeira análise factorial, mais especificamente à análise de componentes principais das escalas constituintes de cada classe de variáveis-Saúde e Psicológicas-. A análise de componentes principais permite identificar o número de constructos, ou factores, que explicam o resultado de um grupo de variáveis e,

simultaneamente, permite verificar a magnitude da contribuição de cada uma das variáveis para o resultado global desse grupo de variáveis. Os três grupos de variáveis - de saúde, psicológicas e de percepção do ambiente- foram inspeccionados deste modo. Se as escalas de cada grupo de variáveis se distribuíssem por apenas um factor seria indício que, tal como seria desejável, mediam um único constructo.

As cinco escalas incluídas na classe saúde- percepção de saúde física, saúde mental, percepção geral de saúde, percepção de apoio social, sintomas físicos de mal-estar - saturavam um único factor que explicava 50,1% da variância comum, podendo afirmar-se por isso que pertencem ao mesmo constructo. Inspeccionando o valor da comunidade de cada uma das escalas que compõem o grupo saúde, comunidade que é "a proporção da variância explicada pelos factores comuns" (Norusis, 1990, p.B132), encontram-se os seguintes valores: saúde mental, 0,65, percepção de saúde física, 0,31, percepção geral de saúde, 0,55, percepção de saúde social, 0,39, sensações físicas de mal-estar, 0,58. Estes valores qualificam a magnitude da contribuição de cada variável para o resultado total do grupo de variáveis: a ordem de magnitude destas é, saúde mental, sensações físicas de mal-estar, percepção geral de saúde, percepção de saúde social e percepção de saúde física. Esta ordenação permitiria atribuir coeficientes às variáveis para medir a saúde. Tal não será feito, dado que em termos conceptuais se considera que cada variável contribui com magnitude idêntica para a saúde.

Repetindo o procedimento para as escalas do grupo psicológico verifica-se que emergem dois factores da análise de componentes principais que explicam 54,2% da variância comum: considerando como significativos valores de carga factorial acima de 0,35, verifica-se que no primeiro factor se agrupam frequência de contactos com amigos, número de amigo, auto-conceito, auto-eficácia, e no segundo, comportamentos/

atitudes, auto-eficácia, auto-conceito e locus de controlo de saúde. Auto-conceito e auto-eficácia surgem nos dois factores. Inspeccionando a comunidade de cada escala, por ordem de magnitude, encontram-se os seguintes valores: auto-conceito, 0,77; auto-eficácia, 0,73; frequência de contactos com amigos, 0,58; comportamento/atitudes, 0,51; número de amigos, 0,51; locus de controlo de saúde, 0,13. Pode concluir-se que as variáveis psicológicas não representam, realmente um constructo, mas sim dois: há dois constructos psicológicos em jogo.

Repetindo o procedimento para com as variáveis ambientais, verifica-se que emergem dois factores que explicam 61% da variância comum: no primeiro agrupam-se todos menos percepção de capacidade económica e no segundo agrupam-se este mais a variável preocupações. Inspeccionando a comunidade de cada escala, por ordem de magnitude, encontram-se os seguintes valores: percepção de capacidade económica 0,78; acontecimentos geradores de stress 0,63; intensidade dos acontecimentos 0,53; preocupações 0,49. Tal como para as variáveis psicológicas, também aqui não há apenas um constructo, mas sim dois.

### **Análise da relação entre variáveis convertidas em unidades equivalentes**

Em termos conceptuais assume-se que os resultados de todas as escalas que definem uma classe de variáveis -por exemplo a saúde- contribuem na mesma proporção para a expressão dessa classe de variáveis: por exemplo, o resultado da escala de percepção de saúde física, sendo o resultado de um único item, contribui na mesma quantidade para a expressão da saúde que a escala de saúde mental que resulta da resposta a 26 itens.

As escalas utilizadas apresentam valores de média e de desvio padrão muito variados. Por esta razão não é possível somar os resultados

brutos de cada escala para construir uma nota global. Se se fizesse tal, as escalas que têm médias mais elevadas contribuiriam mais para o resultado global. Para evitar este viés é necessário transformar os valores brutos de cada escala em valores de 1 a 100, obtendo-se assim, para cada escala, valores relativos equivalentes aos de cada uma das restantes escalas. Tal foi feito e, a partir desses resultados equivalentes, procedeu-se à inspecção da correlação entre escalas para confirmar que a transformação não alterava os resultados: dado a correlação de Pearson considerar a relação média e desvio padrão, a correlação assim encontrada deveria ser idêntica à encontrada com os valores brutos. Confirmou-se que as correlações eram idênticas.

Com os valores de 1 a 100 de cada escala, e dado que, agora, são valores equivalentes, já se podem somar as notas para constituir um valor global de cada um dos grupos -saúde e psicológico-(porque as notas da escala de sintomas físicos de mal-estar se correlaciona negativamente com todas as restantes multiplicou-se o resultado por menos 1). Somando as notas equivalentes das escalas que compõem o grupo saúde encontrou-se um valor global para a saúde; o mesmo sucedendo com as escalas que compõem o grupo de variáveis psicológicas. Após se encontrar um resultado para a saúde e um resultado para o psicológico, pôde-se identificar a escala de cada grupo que melhor explica o resultado global do grupo a que pertence. É a seguinte a correlação entre o resultado das escalas que compõem a classe "saúde" e o resultado global dessa classe, a partir dos valores equivalentes:

	S.Mental	S.física	P.G.Saude	S.Social	Mal-Estar
Saúde	0,79	0,61	0,73	0,65	-0,74



Verifica-se que a escala do grupo saúde que melhor expressa o resultado global é a saúde mental, seguida de sensações físicas de mal-estar, de percepção geral de saúde, percepção de saúde social e percepção de saúde física. De salientar a similitude entre estes resultados e os fornecidos pela comunidade.

Utilizando o mesmo procedimento para as variáveis psicológicas, encontram-se os seguintes resultados:

	A.Eficácia	A.Conceito	L.Controlo	Nº.Amigos	C.Sociais	Comp/Ati
PSICOLÓG	0,71	0,77	0,35	0,61	0,52	0,39

Verifica-se que, no grupo psicológico as escalas que explicam melhor o resultado global são, por ordem decrescente, a de auto-conceito, a de auto-eficácia, o número de amigos, a frequência de contactos com amigos, o comportamento/attitudes de saúde e, por último o locus de controlo. No caso do grupo psicológico há alteração na ordem de contribuição das variáveis quando comparadas com a análise das comunidades: o número de amigos passa para terceiro lugar na ordem.

Considerando os valores equivalentes é a seguinte a correlação das variáveis psicológicas com a nota global do grupo saúde:

	Comp/At.	A.Conc.	L. de Cont.	Rel.Am.	NºAmig.	A.Ef.
Saúde	0,23	0,60	0,04	0,24	0,38	0,52

Com as notas equivalentes, o auto-conceito e a auto-eficácia são as variáveis mais significativas e o locus de controlo de saúde a menos importante.

A correlação entre as variáveis de saúde e a nota global do grupo psicológico é a seguinte:

	PASocial	PGSaúde	SUNYA	S.física	S.Mental
Psicológico	0,55	0,36	-0,34	0,29	0,53

Considerando valores equivalentes as variáveis percepção de apoio social e saúde mental são as que manifestam uma correlação mais elevada com a nota global do grupo psicológico.

### **Análise de componentes principais das variáveis da investigação**

Dado que são utilizados inúmeros instrumentos de avaliação é de admitir que as diferentes escalas meçam constructos idênticos. A análise de componentes principais permite verificar em quantos constructos é que se agrupam as escalas. Consideram-se somente os resultados com magnitudes acima de 0,35. No quadro 36 mostram-se os resultados de cada escala com o factor extraído, com magnitude superior a 0,35.

QUADRO 36  
Análise de componentes principais de todas as variáveis utilizadas no estudo:  
carga factorial em cada um dos componentes

factores	1	2	3	4	5
Saúde física			0,79		
Saúde Mental	0,58	-0,52			
Percep. Geral de saúde		-0,55			
Percep. de Apoio Social	0,75				
SUNYA		0,64			
Comportam./Atitudes			0,69		
Auto-Conceito	0,76				
Auto-Eficácia	0,66				
Locus-de-Controlo					0,88
Relações Sociais	0,70				
Número de Amigos	0,55				
Aspectos Económicos				0,81	
Acontecimentos		0,71			
Intens. dos Acontecim.		0,57			-0,36
Preocupações.		0,45		0,39	
<i>Eigenvalue</i>	4,06	1,69	1,24	1,03	1,00
Variância	27,1	11,3	8,3	6,9	6,7

A inspecção dos resultados da análise de componentes principais mostra uma distribuição dos resultados por cinco factores (constructos) que explicam 60,3% da variância comum. As variáveis de saúde distribuem-se pelos três primeiros factores que explicam 77% da totalidade do valor explicado pelos cinco factores, misturando-se no primeiro factor com as variáveis psicológicas e no segundo com as ambientais. Este modo de distribuição aponta para uma relação das variáveis incluídas no bloco saúde, tanto com as psicológicas (no primeiro e terceiro factores), como com as ambientais (no segundo factor). Estes agrupamentos podem ser interpretados como reflectindo as características sistémicas da entidade denominada saúde, e a complexidade das relações entre variáveis de saúde, psicológicas e ambientais.

### **Relação Entre o Grupo de Variáveis Psicológicas e Cada uma das que Compõem o Grupo Saúde**

Complementou-se a análise anterior com a inspecção do modo como se relacionavam o conjunto de variáveis de cada grupo -saúde e psicológicas- com cada uma das variáveis do outro. A análise das similitudes e discrepâncias emergentes das diferentes formas de análise estatística, permitiria discutir as relações sistémicas entre as variáveis. A análise da contribuição do conjunto das variáveis psicológicas para o resultado de cada uma das variáveis do grupo saúde foi feita através da análise de regressão múltipla. Esta técnica permite estabelecer uma relação entre um grupo de variáveis independentes e uma variável dependente.

QUADRO 37

Análise de regressão múltipla do grupo de variáveis psicológicas sobre cada uma das variáveis que compõem o bloco saúde, indicando os coeficientes de regressão parciais (b) e coeficientes de regressão padronizados Beta

	P.S.Fís.	S.Mental	P.A.Soc.	P.G.Saúde	SUNYA
Comp/Atit.	0,02 (0,24)***	0,03 (0,02)	0,03 (0,05)	0,05 (0,08)	-0,28 (-0,07)
L.Controlo	-0,004 (-0,04)	0,06 (0,03)	-0,02 (-0,03)	0,04 (0,05)	-0,18 (-0,03)
A.Conceito	0,01 (0,24)***	0,37 (0,38)***	0,22 (0,46)***	0,13 (0,28)***	-0,59 (-0,20)**
A.Eficácia	-0,003 (-0,04)	0,36 (0,24)***	0,03 (0,04)	0,09 (0,13)*	-0,69 (-0,16)*
freq.Social	0,005 (0,02)	0,07 (0,01)	0,48 (0,21)***	-0,23 (-0,10)*	0,69 (0,05)
NºAmigos	0,007 (0,08)	0,14 (0,08)	0,06 (0,07)	0,06 (0,07)	-0,45 (-0,08)
Constante	1,85	10,35	-3,71	30,04	295,21
R <sup>2</sup>	0,14	0,38	0,39	0,17	0,14
N	409	404	401	402	387

A.Conceito- Auto Conceito; A.Eficácia- Auto-Eficácia; freq.Social-frequência de relações sociais; NºAmigos-número de amigos; Comp/Atit.-comportamentos e atitudes; L.Controlo -Locus de Controlo-de-Saúde; PASocial-Percepção de Apoio Social; S.Mental-Saúde Mental; PGSaúde-percepção geral de saúde; P.S.física-Saúde física; SUNYA-Sintomas físicos de Mal-Estar

\*\*\*- significância <0,001

\*\* - significância <0,01

\*- significância <0,05

O quadro 37 descreve os resultados da análise através da apresentação do coeficiente de regressão parcial (b) e do coeficiente de regressão padrão (Beta). O coeficiente Beta é o coeficiente da variável independente quando todas as variáveis estão expressas de maneira padronizada (nota z) e por isso, de algum modo comparáveis.

A primeira coluna permite afirmar que, as variáveis comportamentos /atitudes, e auto-conceito, explicam 14% da variância da percepção de saúde física: os indivíduos que praticam comportamentos ou têm atitudes que a investigação tem demonstrado estarem associadas a melhor saúde, e que têm um auto-conceito mais elevado, têm tendência para ter uma percepção de saúde física mais positiva. A expressão dos resultados da

segunda coluna permite afirmar que o auto-conceito e a auto-eficácia explicam 38% da variância do resultado da saúde mental: os indivíduos que juntam um auto-conceito mais elevado com maior auto-eficácia, tendem a ter melhor saúde mental. Os resultados da terceira coluna permitem afirmar que o auto-conceito e a frequência de contactos sociais explicam 39% do resultado da percepção de apoio social: os indivíduos que têm um auto-conceito mais elevado e contactos sociais mais frequentes tendem a ter uma percepção de apoio social mais elevada. Os resultados da quarta coluna permitem afirmar que o auto-conceito, a auto-eficácia e a frequência de contactos sociais explicam 17% da variância do resultado da percepção geral de saúde: os indivíduos que têm um auto-conceito e auto-eficácia mais elevados, e mais contactos sociais, tendem a ter uma percepção geral de saúde mais elevada. Finalmente, os resultados da última coluna permitem afirmar que o auto-conceito e a auto-eficácia explicam 14% dos sintomas físicos de mal-estar: os indivíduos que têm um auto-conceito e auto-eficácia mais elevados tendem a ter menos manifestações de sintomas físicos de mal-estar.

## **PARTE B**

### **Relação Entre Saúde e Psicologia**

Nesta parte focar-se-ão as relações entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas, procurando relações complexas, idealmente sistémicas, entre estes dois conjuntos principais de variáveis.

#### **Relação Entre Variáveis de Saúde e Psicológicas**

O modelo subjacente a toda a investigação é um modelo sistémico. Quando se passa à análise estatística depara-se sempre o problema desta dificilmente considerar tratamentos sistémicos. Procurou-se, dentro das técnicas disponíveis a que permitisse analisar as relações entre grupos de variáveis ao invés das relações entre variáveis isoladas. Recorreu-se à análise de correlação canónica para analisar a correlação entre dois grupos de variáveis, o de variáveis psicológicas e o de variáveis de saúde, cujos resultados são apresentados no quadro 38. O procedimento é semelhante à correlação de Pearson, com a diferença que a análise não se refere a duas variáveis mas sim a dois grupos de variáveis.

O grupo de variáveis psicológicas que entrou na análise inclui: uma escala de avaliação de comportamentos e atitudes que a investigação demonstrou estarem correlacionados com a saúde e a doença; uma escala de auto-conceito; uma de locus de controlo de saúde, uma de auto-eficácia, e dois inventários, um que avalia a frequência de relações com amigos e outro o número de amigos. O conjunto de variáveis de saúde inclui a percepção de saúde física, de saúde mental, de apoio social, percepção geral de saúde, e sensações físicas de mal-estar. Da análise emergiram três pares de variantes canónicas com correlações canónicas estatisticamente significativas mais duas cuja correlação era, efectivamente, zero e por isso não foram consideradas. O valor de primeira correlação

canônica é de 0,71 (o conjunto de variáveis independentes explica 50,4% da variância do conjunto de variáveis dependentes), a segunda 0,32 (10,2% da variância) e a terceira 0,23 (5,3% da variância). Os resultados são apresentados no quadro 38.

QUADRO 38  
Correlação canônica entre variáveis de saúde e variáveis psicológicas

	PRIMEIRA VARIANTE CANÔNICA		SEGUNDA VARIANTE CANÔNICA		TERCEIRA VARIANTE CANÔNICA	
	CORRELAÇÃO	COEFICIENTE PADRONIZADO	CORRELAÇÃO	COEFICIENTE PADRONIZADO	CORRELAÇÃO	COEFICIENTE PADRONIZADO
A.CONCEITO	0,95	0,70	0,11	-0,18	0,01	0,16
A.EFICÁCIA	0,76	0,17	0,49	0,83	-0,08	-0,29
RELCS	0,50	0,19	-0,58	-0,71	-0,51	-0,53
NAMICS	0,46	0,14	-0,08	-0,02	-0,04	0,23
COMP/AT.	0,27	0,13	-0,21	-0,36	0,83	0,82
L.CONTROLO	0,05	-0,02	0,35	0,30	0,04	0,04
% VARIÂNCIA	34%		13%		16%	
REDUNDÂNCIA	0,17		0,01		0,01	
total da variância 63%						
total da redundância 0,18						
PAS	0,87	0,59	-0,32	-0,73	-0,26	-0,49
S.MENTAL	0,82	0,47	0,47	0,76	0,00	-0,25
PGS	0,51	0,09	0,41	0,44	0,49	0,40
S.fÍSICA	0,43	0,15	-0,35	-0,55	0,78	0,77
SUNYA	-0,48	0,05	-0,30	-0,05	-0,29	-0,21
%VARIÂNCIA	42%		14%		20%	
REDUNDÂNCIA	0,21		0,01		0,01	
total da variância 76%						
total da redundância 0,23						
CORRELAÇÃO CANÔNICA	0,71		0,32		0,23	

A.CONCEITO- Auto Conceito; A.EFICÁCIA- Auto-Eficácia; RELCS-frequência de relações sociais; NAMICS-número de amigos; COMP/AT.-comportamentos e atitudes; L.CONTROLO -Locus-de-Controlo-de-Saúde; PAS-Percepção de Apoio Social; S.MENTAL- Saúde Mental; PGS-percepção geral de saúde; S.fÍSICA-Saúde física; SUNYA-Sintomas físicos de Mal-Estar

Os três pares de variantes canônicas indicam relações significativas entre os dois conjuntos de variáveis -de psicológicas e de saúde-. Conforme se pode ver no quadro 38, considerando apenas os valores acima de 0,30, as variáveis que se correlacionam com o primeiro par são: auto-conceito, auto-eficácia, frequência de contactos com amigos, e número de amigos, do grupo de variáveis psicológicas e, percepção de apoio social, saúde

mental, percepção geral de saúde, percepção de saúde física e sensações físicas de mal-estar, do grupo de variáveis de saúde. Ou seja, os indivíduos que combinavam auto-conceito elevado (0,95), com auto-eficácia elevada (0,76), com contactos frequentes com amigos (0,50) e com elevado número de amigos (0,46), tinham uma saúde mais positiva, devido à percepção de apoio social mais positiva (0,87), melhor saúde mental (0,82), melhor percepção geral de saúde (0,51), menos sintomas físicos de mal estar (-0,48), e melhor percepção de saúde física (0,43).

Para o segundo par de variantes canónicas, o conjunto de variáveis psicológicas que contribui significativamente para os resultados de saúde é composto pela auto-eficácia, frequência de contactos com amigos e locus de controlo, enquanto para a saúde, o conjunto de variáveis de saúde que explicam o resultado de saúde, incluem todas as variáveis que entraram na equação. Estes resultados sugerem que os indivíduos que combinam um número de relações com amigos menos frequentes (-0,58), uma auto-eficácia elevada (0,49) e um locus de controlo de saúde interno (0,35) tendem a ter melhor saúde mental (0,47), melhor percepção geral de saúde (0,41), percepção de menor saúde física (-0,35), percepção de menos apoio social (-0,32), e menos sintomas físicos de mal-estar (-0,30).

Para o terceiro par de variantes canónicas, o conjunto de variáveis psicológicas que contribui para a saúde é composto pela frequência de relações sociais e pelos comportamentos de saúde, e a saúde é explicada pela percepção de saúde física e pela percepção geral de saúde: ou seja, os resultados sugerem que, os indivíduos que combinam comportamentos e atitudes de saúde mais positivos (0,83), com contacto menos frequente de relações sociais (-0,51), tendem a ter uma percepção de saúde física mais elevada (0,78), e melhor percepção geral de saúde (0,49).



## **PARTE C**

### **Desenvolvimento dos Jovens**

Esta parte analisará o modo como os jovens se modificam ao longo das gerações consideradas na investigação, para as variáveis em jogo, como mudam as relações entre as variáveis. No âmbito da investigação, considera-se geração escolar o conjunto de alunos que frequenta um determinado ano de escolaridade.

Para avaliar se havia diferenças quanto à saúde, entre os resultados das três gerações que constituem a amostra, procedeu-se para cada uma das variáveis que integram o grupo e suas sub-escalas, a uma análise de variância (ANOVA, procedimento ONEWAY), com o teste de Scheffe de comparação entre grupos. A análise de variância permite afirmar se as diferenças existentes entre os diversos grupos de idade são verdadeiras ou se são atribuídas ao acaso. Por sua vez, o teste de Scheffe permite identificar quais os grupos que se diferenciam entre si. Só se fará referência às diferenças estatisticamente significativas.

#### **Variáveis de Saúde**

As diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das várias gerações de estudantes consideradas no estudo- 11º ano de escolaridade, 2º/3º ano e 4º/5º ano da Universidade-, para as variáveis de saúde, são as seguintes.

##### **Saúde mental**

Para a nota global da variável "saúde mental" não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as diversas gerações. Para a sub-escala "ansiedade" a diferença é significativa, com a média mais elevada (menor ansiedade) de  $\bar{M}=47,30$  correspondendo aos alunos do 11º

ano e a média mais baixa (maior ansiedade), de  $\underline{M}=44,27$ , correspondendo ao segundo ano. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa  $\underline{E}(2,60)= 5,21$ ,  $p<0,006$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e os do segundo ano da universidade. Para a sub-escala "depressão" o valor da média mais elevada (correspondendo a menor depressão, que é o valor mais positivo) era de  $\underline{M}=28,64$  para os alunos dos últimos anos da universidade e o valor da menos elevada de  $\underline{M}=27,41$  correspondendo aos alunos do 11º ano do ensino secundário. A análise de variância indica diferenças significativas quanto à depressão  $\underline{E}(2,60)= 3,80$ ,  $p<0,03$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo da população dos últimos anos da universidade e o grupo do ensino secundário. Para a sub-escala "laços e estabilidade" o valor médio mais elevado (correspondendo a sentirem-se mais amados) era de  $\underline{M}=11,59$ , para os alunos dos últimos anos da universidade, e o menos elevado de  $\underline{M}=10,62$  para os alunos do ensino secundário. A análise de variância indica diferenças significativas quanto à variável "laços e estabilidade",  $\underline{E}(2,603)= 3,79$ ,  $p<0,03$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo da população dos últimos anos da universidade e o grupo do ensino secundário.

### **Percepção de apoio social**

Para a variável "percepção de apoio social" o valor da média mais elevado era de  $\underline{M}=42,29$  (correspondendo à percepção de maior apoio social) para os alunos do ensino secundário e o mais baixo de  $\underline{M}=40,16$  para o grupo do segundo ano da universidade. A análise de variância indica diferenças significativas quanto à percepção de apoio social  $\underline{E}(2,590)= 3,52$ ,  $p<0,03$ .

### **Percepção geral de saúde**

Para a nota global da variável "percepção geral de saúde" não se encontraram diferenças significativas entre gerações. Para a sub-escala "percepção de saúde actual" o valor da média mais elevado (correspondendo a percepção de saúde mais positiva) era de  $\bar{M}=33,65$  para os alunos do ensino secundário e o valor mais baixo de  $\bar{M}=32,20$  para o grupo dos últimos anos da universidade. A análise de variância indica diferenças significativas quanto à percepção de saúde actual,  $F(2,593)=3,22$ ;  $p<0,05$ . Para a sub-escala "preocupação com a saúde" o valor da média mais elevada (correspondendo a menor preocupação) era de  $\bar{M}=11,41$ , para os alunos dos últimos anos da universidade, e a mais baixa de  $\bar{M}=10,47$  para os alunos do ensino secundário. A análise de variância indica diferenças significativas quanto à preocupação com a saúde,  $F(2,605)=4,48$ ,  $p<0,008$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo da população dos últimos anos da universidade e o grupo do ensino secundário.

### **Sensações físicas de mal-estar**

Para a nota global da variável "sensações físicas de mal-estar" não se manifestou variância significativa entre grupos. Para a sub-escala da variável que engloba os itens com manifestações respiratórias, a média mais elevada é de  $\bar{M}=23,43$ , para os alunos do ensino secundário e a mais baixa de  $\bar{M}=19,95$  referente à população dos últimos anos da universidade. A análise de variância indica diferenças significativas quanto às manifestações respiratórias de mal-estar  $F(2,575)=3,50$ ,  $p<0,04$ .

## Variáveis Psicológicas

As diferenças estatisticamente significativas, entre os resultados das diferentes gerações quanto às variáveis componentes da variável independente e suas sub-escalas são as seguintes:

### Comportamentos/ atitudes

As médias dos grupos constituintes das diferentes gerações não apresentam variância estatisticamente significativa para a nota global do inventário de "comportamentos/ atitudes". Para a sub-escala "exercício", a média mais elevada (mais exercício) é de  $\underline{M}=9,47$  correspondendo aos alunos do 11º ano e a média mais baixa, de  $\underline{M}=7,85$ , correspondendo ao quarto ano. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa  $E(2,603)= 10,76$ ,  $p<0,0001$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e, quer os do segundo, quer os dos últimos anos da universidade. Para a sub-escala "preocupação com as bebidas alcoólicas", a média mais elevada (menos bebida) é de  $\underline{M}=8,14$  correspondendo aos alunos do segundo ano da universidade e a média mais baixa, de  $\underline{M}=7,24$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,595)= 6,21$ ,  $p<0,003$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e os do segundo da universidade. Para a sub-escala "cuidados com o transporte automóvel", a média mais elevada (mais cuidados é de  $\underline{M}=8,07$  correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade, e a média mais baixa, de  $\underline{M}=7,08$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,601)= 10,57$ ,  $p<0,0001$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e os dos últimos anos da universidade. Para a sub-escala

"protecção da saúde", a média mais elevada (mais protecção) é de  $\underline{M}=8,12$  correspondendo aos alunos do 11º ano e a média mais baixa, de  $\underline{M}=7,67$ , correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,605)=3,89$ ,  $p<0,03$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e os dos últimos anos da universidade.

### **Auto-conceito**

Para esta variável não se verificou variância significativa entre as médias das diversas gerações. Para a sub-escala "competência intelectual", a média mais elevada (maior competência intelectual) é de  $\underline{M}=14,57$ , correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade, e a média mais baixa, de  $\underline{M}=13,72$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,575)= 4,25$ ,  $p<0,02$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e os dos últimos anos da universidade: para a sub-escala "competência atlética", a média mais elevada (mais competência atlética) é de  $\underline{M}=10,33$  correspondendo aos alunos do 11º ano e a média mais baixa, de  $\underline{M}= 9,54$ , correspondendo ao segundo ano da universidade. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,575)= 5,75$ ,  $p<0,004$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e, quer os do segundo, quer os dos últimos anos da universidade; para a sub-escala "moralidade", a média mais elevada (melhor comportamento moral) é de  $\underline{M}=12,47$  correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade e a média mais baixa, de  $\underline{M}=11,91$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,574)= 3,9$ ,  $p<0,02$ .

### **Auto-eficácia**

Para esta variável não se verificou variância significativa entre as médias das diversas gerações. Para a sub-escala "eficácia social", a média mais elevada (mais eficácia social) é de  $\underline{M}=20,52$  correspondendo aos alunos do 11º ano e a média mais baixa, de  $\underline{M}=18,87$ , correspondendo ao segundo ano da universidade. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,596)=8,87$ ,  $p<0,0003$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e, quer os do segundo, quer os dos últimos anos da universidade .

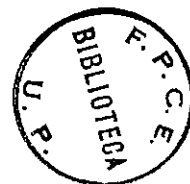
### **Locus de controlo de saúde**

Para esta variável a média mais elevada (interno) é de  $\underline{M}=68,47$  correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade e a média mais baixa, de  $\underline{M}=63,56$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,574)=12,62$ ,  $p<0,0001$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre o grupo de alunos do 11º ano do secundário e, quer os do segundo, quer os dos últimos anos da universidade. Para a sub-escala "outros poderosos", a média mais elevada (maior independência de figuras de autoridade; mais interno) é de  $\underline{M}=24,66$  correspondendo aos alunos dos últimos anos da universidade e a média mais baixa, de  $\underline{M}=20,25$ , correspondendo aos alunos do secundário. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,592)=23,60$ ,  $p<0,0001$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre todos os grupos.

### **Frequência de contactos sociais**

Para esta escala o valor da média mais elevado (mais convívio social) é de  $\underline{M}=17,21$  correspondendo aos alunos do ensino secundário e a

média mais baixa, de  $\underline{M}=15,79$ , correspondendo aos alunos do segundo ano da universidade. A análise de variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $E(2,602)= 7,62$ ,  $p<0,0006$ . O teste de Scheffe assinala diferenças significativas entre os alunos do secundário e, quer os do segundo ano, quer os dos últimos anos da universidade.



### **Variáveis Ambientais**

As diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das diferentes gerações quanto às variáveis ambientais e suas sub-escalas são as seguintes.

#### **Percepção de capacidade económica**

Para esta escala a média mais elevada era de  $\underline{M}=33,31$ , dos alunos do décimo primeiro ano de escolaridade, correspondendo a uma percepção de mais disponibilidade económica, e a mais baixa de  $\underline{M}=31,61$  dos alunos do segundo ano da universidade. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter-grupos é significativa,  $E(2,567)= 4,28$ ,  $p<0,02$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos alunos do décimo primeiro ano do ensino secundário e os do segundo da universidade. Para a subescala de "necessidades económicas" o valor mais elevado era de  $\underline{M}= 20,81$ , dos alunos do décimo primeiro ano de escolaridade, correspondendo à afirmação de menores necessidades económicas, e o mais baixo de  $\underline{M}=19,60$  dos alunos dos últimos anos da universidade. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter-grupos é significativa,  $E(2,598)= 6,34$ ,  $p<0,002$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos alunos do décimo primeiro ano do ensino secundário e, quer os do segundo quer os do quarto anos, da

universidade. O quadro 39 resume as gerações e as variáveis (escalas ou sub-escalas) em que se encontram diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 39  
Resumo das escalas e sub-escalas em que se encontraram diferenças estatisticamente significativas. São apresentadas as médias mais elevada e menos elevada de cada variável

	GERAÇÃO	SEC.	2ºANO	4/5ºANOS
<b>VARIÁVEIS DE SAÚDE</b>				
Saúde mental				
Ansiedade		47,3	44,27	
Depressão		27,41		28,64
Laços		10,62		11,59
Percepção de apoio social		42,29	40,16	
Percepção geral de saúde				
Percepção de saúde actual		33,65		32,20
Preocupação com a saúde		10,47		11,40
Sintomas físicos de mal-estar				
Respiratórios		23,43		19,95
<b>VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS</b>				
Comportamento/ atitudes				
Exercício		9,47		7,85
Bebidas alcoólicas		7,24	8,14	
Protecção automóvel		7,08		8,07
Protecção da saúde		8,12		7,67
Auto-conceito				
Competência intelectual		13,72		14,57
Competência atlética		10,33	9,54	
Moralidade		11,91		12,47
Auto-eficácia				
Eficácia social		20,52	18,87	
Locus de controlo de saúde		63,56		68,47
Outros Poderosos		20,25		24,66
frequência de contactos sociais		17,21	15,79	
<b>VARIÁVEIS AMBIENTAIS</b>				
Percepção de capacidade económica		33,31	31,61	
Necessidades económicas		20,81		19,81

## Resumo

No resumo do quadro 39 verifica-se que, os cerca de cinco anos que separam as duas gerações limite, estudadas nesta investigação (11º ano de escolaridade e 4º/5º anos da universidade), são susceptíveis de provocar alterações significativas para as variáveis consideradas. Das 20 diferenças estatisticamente significativas, que correspondem a 1/3 das que foram inspeccionadas, todas foram assinaladas entre os alunos do secundário e, quer os dos últimos anos da universidade (65% destas), quer os do



segundo ano da universidade. A maior percentagem de diferenças ocorreu entre as variáveis de saúde.

## PARTE D

### Diferenças entre Grupos

Na quarta parte, discutir-se-ão as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a amostra do estudo, com base: no sexo, nas reprovações, na escola de pertença, no tipo de coabitação, na percepção de aproveitamento escolar. Serão referidos, apenas, os resultados estatisticamente significativos.

#### Variáveis de Saúde

##### Em função do sexo

Para avaliar se os grupos formados com base no sexo de pertença se diferenciavam nas variáveis de saúde, recorreu-se a um teste *t* de *Student* para grupos não emparelhados.

##### Percepção de saúde física

Os dois grupos diferenciam-se quanto à "percepção de saúde física", com os homens ( $M=4,80$ ) a exprimirem percepção de melhor saúde do que as mulheres ( $M=4,59$ ),  $t(605)= 2,83$ ,  $p<0,006$ .

##### Saúde mental

Para o resultado global da escala de "saúde mental", verifica-se que os homens apresentam valores significativamente mais elevados de bem-estar ( $M= 106,48$ ) do que as mulheres ( $M= 98,86$ ),  $t(595)= 5.01$ ,  $p<0,0001$ . Para as sub-escalas da escala saúde mental verifica-se, igualmente diferenças significativas entre sexos: os homens manifestam valores significativamente mais positivos de ansiedade ( $M=47,91$ ) do que as mulheres ( $M=44,31$ ),  $t(603)= 4,33$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "afecto geral positivo", os homens manifestam valores significativamente mais

positivos ( $\underline{M}=18,27$ ) do que as mulheres ( $\underline{M}=17,19$ ),  $t(606)= 3,12$ ,  $p<0,003$ ; para a sub-escala "depressão" os homens manifestam valores significativamente mais positivos (menos depressão), ( $\underline{M}=29,01$ ) do que as mulheres ( $\underline{M}=26,70$ ),  $t(605)= 6,38$ ,  $p<0,0001$ .

### Percepção geral de saúde

A diferença para a percepção geral de saúde é estatisticamente significativa para os dois sexos, com os homens a ter uma percepção geral de saúde significativamente melhor ( $\underline{M}=62,73$ ) do que as mulheres ( $\underline{M}=61,07$ ),  $t(589)=2,21$ ,  $p<0,03$ . Analisando as sub-escalas verifica-se que se manifestam diferenças significativas para a percepção de saúde actual, com melhor percepção por parte dos homens ( $\underline{M}=33,45$ ) do que as mulheres ( $\underline{M}=32,29$ ),  $t(594)=2,22$ ,  $p<0,03$ , e para a atitude para com a ida ao médico, com os homens a manifestar uma atitude mais favorável ( $\underline{M}=6,56$ ) do que as mulheres ( $\underline{M}=5,99$ ),  $t(604)=2,69$ ,  $p<0,008$ .

### Manifestações físicas de mal-estar

A última variável de saúde, "manifestações físicas de mal-estar", evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, com as mulheres a manifestarem sintomas físicos de mal-estar com valores significativamente mais elevados ( $\underline{M}=127,25$ ) do que os homens ( $\underline{M}=112,09$ ),  $t(566)= 3,20$ ,  $p<0,002$ . Analisando as diversas sub-escalas, verifica-se que as mulheres manifestam mais sintomas físicos de mal-estar nas manifestações denominadas de "nervosas" ( $\underline{M}=55,99$ ) do que os homens ( $\underline{M}=44,32$ ),  $t(574)=4,74$ ,  $p<0,0001$ , manifestando, igualmente, mais manifestações de mal-estar nas denominadas de "digestivas" ( $\underline{M}=20,89$ ) do que os homens ( $\underline{M}=17,64$ ),  $t(581)=2,95$ ,  $p<0,004$ .

O quadro 40 resume as escalas e sub-escalas de saúde em que os indivíduos do sexo masculino se diferenciaram significativamente das do sexo feminino.

QUADRO 40  
Escalas e sub-escalas que avaliam a saúde, cujos resultados são estatisticamente significativos entre os dois sexos, assinalando o grupo com resultados mais positivos(+) e menos positivos(-)

	Mulheres	Homens
Percepção de Saúde física	-	+
Saúde mental	-	+
Ansiedade	-	+
Afecto geral positivo	-	+
Depressão	-	+
Percepção Geral de Saúde	-	+
Percepção de saúde actual	-	+
Atitude para c/ida ao médico	-	+
Manif, físicas de Mal-Estar	-	+
Nervosas	-	+
Digestivas	-	+

Em cerca de dois terços das variáveis de saúde manifestaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, com valores sempre mais positivos para os homens.

### Em função das reprovações

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados dos 63,4% dos indivíduos da amostra que já tinham reprovado pelo menos uma vez durante o percurso escolar, e os dos 36,6% que nunca reprovaram, para as variáveis de saúde, procedeu-se a um teste  $t$  de *Student*.

#### Percepção geral de saúde

Para a nota global da escala de "percepção geral de saúde" não se verificavam diferenças significativas entre os dois grupos. Para as suas sub-escalas verificam-se diferenças significativas entre as seguintes: quanto à percepção de saúde passada o grupo de não-reprovados considerava que no passado tinha tido melhor saúde ( $M=12,19$ ) do que os reprovados ( $M=11,38$ ),  $t(594)= 2,89$ ,  $p<0,005$ .

### Em função da escola de pertença

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados das variáveis de saúde, dos grupos de indivíduos formados consoante a escola de pertença, recorreu-se à análise de variância (ANOVA), procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe. Este procedimento permite afirmar se as diferenças existentes entre os grupos das diversas escolas são devidos ao acaso ou não.

#### Percepção de saúde física

O valor da média mais elevado era de  $\bar{M}=5,06$  para os alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, correspondente a uma percepção de saúde física mais elevada, e o mais baixo de  $\bar{M}=4,39$  correspondente aos alunos da Faculdade de Economia. Para esta variável verificam-se diferenças estatisticamente significativas,  $F(11,595)= 2,98$ ,  $p<0,0008$ .

#### Saúde mental

Para a nota total da escala de saúde mental o valor mais elevado da média era de  $\bar{M}=108,98$  para os alunos da Faculdade de Engenharia, correspondente a uma percepção de saúde mental mais positiva, e o mais baixo de  $\bar{M}=88,06$  correspondente aos alunos da Faculdade de Letras: para esta variável verificaram-se diferenças significativas  $F(11,585)= 3,86$ ,  $p<0,0001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e os da Faculdade de Letras e entre estes e os da Faculdade de Engenharia. Para a nota da sub-escala "ansiedade" o valor mais elevado da média era de  $\bar{M}=49,22$  para os alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo correspondente a menor ansiedade, que é um resultado mais positivo, e o valor mais baixo de  $\bar{M}=37,63$  correspondente aos alunos da Faculdade de Letras. Verificam-se

diferenças significativas,  $E(11,593)= 4,36$ ,  $p<0,0001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e os da Faculdade de Letras e entre estes e os da Faculdade de Engenharia. Para a nota da variável depressão o valor mais elevado da média era de  $M=29,95$  para os alunos da Faculdade de Engenharia, correspondente a menos depressão e o mais baixo de  $M=24,86$  correspondente aos alunos da Faculdade de Letras. Para esta variável verificam-se diferenças significativas,  $E(11,595)= 5,28$ ,  $p<0,0001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola Secundária do Cerco e os da Faculdade de Letras e os da Faculdade de Engenharia.

#### Percepção de apoio social

Para a nota total da escala "percepção de apoio social" o valor mais elevado da média era de  $M=43,87$  para os alunos da Faculdade de Psicologia, correspondente a uma percepção de maior apoio social, que é uma nota mais positiva, e o mais baixo de  $M=38,20$  correspondente aos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Para esta variável verificam-se diferenças significativas  $E(11,581)=1,94$ ,  $p<0,04$ . Para a nota da sub-escala "amizade" o valor mais elevado da média era de  $M=32,94$  para os alunos da Faculdade de Psicologia, correspondente a um resultado mais positivo, e o valor mais baixo de  $M=27,27$  correspondente aos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Verificam-se diferenças significativas,  $E(11,587)= 2,28$ ,  $p<0,008$ .

#### Percepção geral de saúde

Para a nota global da escala não se encontraram diferenças significativas entre os diversos grupos constituídos pelos alunos das várias



escolas. Para a nota da sub-escala "percepção de saúde actual" o valor mais elevado da média era de  $\underline{M}=36,13$  dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto correspondente a um resultado mais positivo, e o valor mais baixo de  $\underline{M}=30,05$  correspondente aos alunos da Faculdade de Arquitetura. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos,  $E(11,584)= 3,50$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "preocupação", o valor mais elevado, correspondendo a menor preocupação era de  $\underline{M}=12,65$  dos alunos da Faculdade de Arquitetura e o mais baixo de  $\underline{M}=9,46$  correspondente aos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto. A diferença entre as médias é estatisticamente significativa,  $E(11,596)= 3,53$ ,  $p<0,0001$ .

#### Sintomas físicos de mal-estar

Para esta escala o valor mais elevado era de  $\underline{M}=141,16$  para os alunos da Faculdade de Letras, correspondendo à manifestação de mais sintomas, com mais intensidade, e o mais baixo de  $\underline{M}=97,57$  dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,556)= 2,84$ ,  $p<0,002$ . Para a sub-escala "manifestações nervosas" o valor mais elevado, correspondendo a mais manifestações, era de  $\underline{M}=63,63$  dos alunos da Faculdade de Letras e o mais baixo de  $\underline{M}=34,61$  correspondente aos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias é estatisticamente significativa,  $E(11,564)= 3,85$ ,  $p<0,0001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e os da Faculdade de Letras e da Faculdade de Psicologia. Para a sub-escala "manifestações digestivas" o valor mais elevado, correspondendo a mais manifestações, era de  $\underline{M}=24,32$  dos alunos da Faculdade de Psicologia e o mais baixo de  $\underline{M}=14,72$  correspondente aos alunos da Escola Secundária

Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias é estatisticamente significativa,  $E(11,571) = 2,30, p < 0,01$ .

No quadro 41 resumem-se os grupos formados em função da escola com valores mais elevados e mais baixos para as variáveis de saúde.

QUADRO 41

Resultados das variáveis de saúde, dos indivíduos agrupados por escolas, assinalando-se os mais positivos(+) e os menos positivos(-)

Esc.	ARQ	BIO	CIE	ECO	ENG	EDF	LET	NUT	PSI	AUR	CER	FON
V.de SAÚDE												
P.S.Física				-		+						
S.Mental					+		-					
Ansiedade.							-					+
Depressão					+		-					
P.A .Social									+			
Amizade		-							+			
SUNYA							-					+
Nervosas							-					+
Digestivas									-			+

GER- amostra total; ARQ- F. de Arquitetura; BIO- I. C. Biomédicas Abel Salazar; CIE- F. de Ciências; ECO-F.de Economia; ENG-F.de Engenharia; EDF-F.de Ciências do Desporto e Educação física; LET- F.de Letras; NUT- Curso de Ciências da Nutrição; PSI-F.de Psicologia; AUR- Escola secundária Aurélia de Souza; CER- Escola secundária do Cerco; FON- Escola secundária Fontes Pereira de Melo.

Os resultados extremos distribuem-se pelas várias escolas, com o grupo da Faculdade de Letras a apresentar um número mais elevado de resultados negativos, em duas das cinco escalas, "saúde mental" e "sintomas físicos de mal-estar".

### Em função da coabitação

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados dos grupos de indivíduos formados consoante o tipo de coabitação em que vive durante o tempo de escola, para as variáveis de saúde, realizou-se uma análise de variância (ANOVA), procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe. Este procedimento permite afirmar se as diferenças existentes entre os indivíduos consoante o tipo de coabitação são devidos ao acaso ou não.



## Saúde mental

Os diversos grupos não se diferenciavam quanto ao resultado da escala global. Para a sub-escala "laços e estabilidade" a nota média mais elevada era de  $\bar{M}=13,57$ , que significava a percepção de ser mais amado e de ter mais estabilidade, do grupo que coabitava com a namorada ou o cônjuge, e o mais baixo de  $\bar{M}=10,14$  do grupo que vivia em casa de uma família (que não a sua). A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa  $F(6,587)= 2,26$ ,  $p<0,04$ .

### **Em função da percepção de aproveitamento escolar**

Para efeitos de tratamento estatístico foi retirada a nota média, comparando-se os indivíduos dos grupos extremos. Ou seja, retiraram-se todos os indivíduos que afirmaram que o seu rendimento era igual aos dos colegas e conservaram-se os que afirmaram que o rendimento era acima ou muito acima da média, que formavam um grupo, e os que afirmaram que o seu rendimento era abaixo ou muito abaixo da média, que formavam outro grupo. O quadro 42 mostra o número de indivíduos que pertencem a cada grupo

QUADRO 42  
Número de indivíduos de cada sexo, que se consideram, acima e  
abaixo da média relativamente ao rendimento escolar

	ACIMA DA MÉDIA	ABAIXO DA MÉDIA
HOMENS	115	13
MULHERES	84	24
TOTAL	199	37

Para verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, para cada uma das variáveis, procedeu-se a um teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

### Saúde mental

Para a nota total da escala "saúde mental" o valor mais elevado da média era de  $M=104,74$  para os alunos que têm percepção de melhor aproveitamento escolar, correspondente a uma percepção de saúde mental mais positiva, sendo o outro valor de  $M=90,86$ ,  $t(229)= 4,27$ ,  $p<0,0001$ . Para a nota da sub-escala "ansiedade" o valor mais elevado da média era de  $M=46,69$  para os alunos com a percepção que têm melhor aproveitamento escolar correspondente a menor ansiedade, que é um resultado mais positivo, e o outro valor de  $M=41,86$ ,  $t(230)= 2,73$ ,  $p<0,008$ . Para a nota da variável "afecto geral positivo" o valor mais alto da média era de  $M=18,36$  para os alunos com a percepção que têm melhor aproveitamento escolar correspondente a afecto mais positivo e o outro valor da média  $M=15,27$ ,  $t(234)= 4,19$ ,  $p<0,0001$ . Para a nota da variável "depressão" o valor mais elevado da média era de  $M=28,49$  para os alunos com a percepção que têm melhor aproveitamento escolar correspondente a menos depressão e o mais baixo de  $M=24,37$ ,  $t(233)= 5,45$ ,  $p<0,0001$ . Para a variável "laços e estabilidade", o valor mais elevado da média era de  $M=10,94$  para os alunos com a percepção que têm melhor aproveitamento escolar correspondente a sentirem-se mais amados, e o outro valor era de  $M=9,35$ ,  $t(234)=2,42$ ,  $p<0,02$ .

### Percepção de apoio social

Para o resultado global de saúde social, avaliada através da satisfação com as relações sociais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do aproveitamento escolar. Para a sub-escala "família", a diferença entre médias é significativa, com o valor mais elevado da média de  $M=10,88$  para os alunos com a percepção que têm melhor aproveitamento escolar, correspondente a sentirem-se mais

apoiados pela família, sendo o outro valor da média  $\underline{M}=9,48$ ,  $t(232)= 2,60$ ,  $p<0,02$ .

### Percepção geral de saúde

O resultado global da escala "percepção geral de saúde" é estatisticamente diferente entre os dois grupos, com os indivíduos com percepção que têm melhor aproveitamento escolar a ter uma percepção geral de saúde significativamente melhor  $\underline{M}=62,61$ ) do que os restantes  $\underline{M}=58,77$ ,  $t(227)= 2,25$ ,  $p<0,03$ . Analisando as sub-escalas verifica-se que se manifestam diferenças significativas para a percepção de saúde actual, com melhor percepção por parte do grupo com percepção de melhor aproveitamento escolar,  $\underline{M}=33,26$ , e os restantes  $\underline{M}=29,77$ ,  $t(228)$ ,  $p<0,005$ .

### Manifestações físicas de mal-estar

Para a última variável de saúde, "manifestações físicas de mal-estar", não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, para a nota global. Analisando as diversas sub-escalas, verifica-se que se manifestam diferenças para as manifestações musculares de mal-estar, com valores mais elevados para os alunos com percepção de pior aproveitamento escolar  $\underline{M}=25,14$  do que para os que tinham melhor percepção de aproveitamento académico  $\underline{M}=19,97$ ,  $t(224)= 2,16$ ,  $p<0,04$ . Os alunos com percepção de pior aproveitamento escolar manifestam, igualmente, mais manifestações de mal-estar denominadas "digestivas",  $\underline{M}=23,14$  do que os restantes  $\underline{M}=17,84$ ,  $t(227)=2,34$ ,  $p<0,03$ .

O quadro 43 mostra as escalas e sub-escalas em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os alunos do grupo com percepção de melhor aproveitamento e os do grupo de alunos com percepção de pior aproveitamento

QUADRO 43

Escalas e sub-escalas que avaliam a saúde, em que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de alunos com percepção de melhor aproveitamento escolar e o grupo com percepção de pior aproveitamento escolar, assinalando o grupo com resultados mais positivos (+) e mais negativos (-).

	MELHOR APROVEITAMENTO	PIOR APROVEITAMENTO
Saúde mental	+	-
Ansiedade	+	-
Afecto g.positivo	+	-
Depressão	+	-
Laços	+	-
Percepção de apoio social		
Família	+	-
Percepção Geral de Saúde	+	-
Percepção de saúde actual	+	-
SUNYA		
Sintomas musculares	+	-
Sintomas digestivos	+	-

A observação do quadro 43 permite constatar que em 10 dos 18 resultados das escalas e sub-escalas que avaliam a saúde, os alunos que têm percepção de melhor aproveitamento escolar têm resultados mais positivos do que os que têm percepção de pior aproveitamento escolar.

O quadro 44 exhibe as escalas e sub-escalas, pertencentes ao grupo de variáveis de saúde, em que se verificam resultados estatisticamente significativos para os grupos formados em função do sexo, da escola, das reprovações, da coabitação e do aproveitamento escolar.

QUADRO 44  
escalas e sub-escalas em que os diversos grupos se diferenciam

	SEXO	ESCOLA	REPR.	COHAB.	APROVEIT.
SAÚDE FÍSICA	X	X			
SAÚDE MENTAL	X	X			X
ANSIEDADE	X	X			X
A.G.POSITIVO	X				X
DEPRESSÃO	X	X			X
LAÇOS				X	
P.APOIO SOCIAL		X			
AMIZADE		X			
FAMÍLIA					X
P.GERAL SAÚDE	X	X			X
P.S.ACTUAL	X				X
P.S.PASSADA			X		
A.MÉDICO		X			
SUNYA	X	X			
S.NERVOSO	X	X			
S.RESPIRAT.					X
S.MUSCULAR					X
S.DIGESTIVO.	X	X			

Grupos: SEXO- homens *versus* mulheres; ESCOLA- em função da escola de pertença; REPR.- indivíduos que já reprovaram pelo menos uma vez *versus* os que nunca reprovaram; COAB.- grupos formado em função do tipo de coabitação durante as aulas; APROVEITAMENTO-grupos formados em função da percepção de aproveitamento escolar, acima da média *versus* abaixo da média.

Escalas : SAÚDE FÍSICA- Saúde física; SAÚDE MENTAL- Saúde Mental; P.APOIO SOCIAL- Percepção de Apoio Social; P.GERAL SAÚDE- percepção geral de saúde; Sintomas físicos de Mal-Estar

Sub-escalas: (ANSIEDADE-ansiedade; A.G.POSITIVO-afecto geral positivo; DEPRESSÃO-depressão; LAÇOS- laços e estabilidade) (AMIZADE- amizade e actividades sociais; FAMÍLIA) (P.S.ACTUAL- percepção de saúde actual; P.S.PASSADA- percepção de saúde passada; A.MÉDICO -atitude para com a ida ao médico) (S.NERVOSO-sistema nervoso; S.RESPIRAT.- sistema respiratório; S.MUSCULAR- sistema muscular; S.DIGESTIVO.- sistema digestivo)

A inspecção do quadro 44 mostra que, as variáveis de saúde em que se verificam mais diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que foram constituídos, são as escalas "saúde mental" e "percepção geral de saúde". Por sua vez, as sub-escalas mais sensíveis são, para a escala de saúde mental, as sub-escalas "ansiedade" e "depressão", e para a de sintomas físicos de mal-estar a "sintomas digestivos de mal-estar". Quanto aos grupos que foram constituídos, aqueles em que se manifestam mais diferenças, são os que foram constituídos em função do sexo, do aproveitamento escolar e da escola de pertença.

## Variáveis Psicológicas

### Em função do sexo

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados das mulheres e homens, para as variáveis psicológicas, recorreu-se ao teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

### Comportamentos/attitudes

No inventário de comportamentos e atitudes para com a saúde manifestam-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos com as mulheres a adoptar comportamentos e atitudes relacionadas com a saúde mais positivos ( $\bar{M}=99,20$ ) do que os homens ( $\bar{M}=93,20$ ),  $t(539)=4,43$ ,  $p<0,0001$ . Analisando as sub-escalas constituintes do inventário verifica-se que: para a sub-escala "cuidado com a alimentação" as mulheres evidenciam médias significativamente mais elevadas ( $\bar{M}=14,15$ ), correspondendo a comportamentos/ attitudes de saúde mais positivos do

que os homens ( $\underline{M}=11,49$ ),  $t(600)=6,76$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "exercício" as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $\underline{M}=7,82$ ), correspondendo à prática de menos exercício físico, do que os homens ( $\underline{M}=9,51$ ),  $t(604)=5,67$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala correspondendo aos cuidados relativos ao comportamento sexual as mulheres evidenciam médias significativamente mais elevadas ( $\underline{M}=14,35$ ), correspondendo a mais cuidado, do que os homens ( $\underline{M}=12,79$ ),  $t(579)=7,84$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala drogas semi-legais as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $\underline{M}=8,97$ ), correspondendo a comportamentos menos cuidadosos, do que os homens ( $\underline{M}=9,36$ ),  $t(600)=2,60$ ,  $p<0,01$ ; para a sub-escala "cuidados com o transporte automóvel" as mulheres evidenciam médias significativamente mais elevadas ( $\underline{M}=8,01$ ), correspondendo a mais cuidado, do que os homens ( $\underline{M}=7,06$ ),  $t(600)=5,31$ ,  $p<0,0001$ .

### Auto-conceito

Quanto à variável "auto-conceito" as mulheres evidenciam uma média global de auto-conceito significativamente mais baixa ( $\underline{M}=144,06$ ) do que os homens ( $\underline{M}=147,94$ ),  $t(533)=2,33$ ,  $p<0,03$ . Analisando as sub-escalas constituintes do questionário verifica-se que: para a sub-escala "criatividade" as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $\underline{M}=10,16$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que os homens ( $\underline{M}=11,42$ ),  $t(579)=6,23$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "competência académica" as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $\underline{M}=16,38$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que os homens ( $\underline{M}=16,96$ ),  $t(573)=2,13$ ,  $p<0,04$ ; para a sub-escala "competência intelectual" as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $\underline{M}=13,35$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que os homens ( $\underline{M}=14,64$ ),  $t(576)=5,23$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "competência atlética" as

mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $M=8,99$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que os homens ( $M=10,72$ ),  $t(576)= 7,56$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala aparência as mulheres evidenciam médias significativamente mais baixas ( $M=10,48$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que os homens ( $M=11,58$ ),  $t(583)= 4,33$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "relações com os pais" os homens evidenciam médias significativamente mais baixas ( $M=11,98$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que as mulheres ( $M=12,55$ ),  $t(585)= 2,48$ ,  $p<0,02$ ; para a sub-escala "humor" os homens evidenciam médias significativamente mais baixas ( $M=9,60$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que as mulheres ( $M=9,94$ ),  $t(582)= 2,25$ ,  $p<0,03$ ; para a sub-escala "moralidade" os homens evidenciam médias significativamente mais baixas ( $M=11,90$ ), correspondendo a auto-conceito mais baixo, do que as mulheres ( $M=12,56$ ),  $t(575)= 3,34$ ,  $p<0,002$ .

#### Auto-eficácia

Para a nota global da variável "auto-eficácia" não se manifestam diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Para a sub-escala "persistência" as mulheres manifestam médias significativamente mais baixas ( $M=29,75$ ), correspondendo a menor persistência, do que os homens ( $M=31,37$ ),  $t(597)= 2,92$ ,  $p<0,005$ .

O quadro 45 exhibe as escalas e sub-escalas do grupo de variáveis psicológicas em que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre sexos, assinalando os resultados mais e menos positivos.

QUADRO 45

Diferenças estatisticamente significativas entre sexos para as escalas e sub-escalas das variáveis psicológicas, assinalando os resultados mais (+) e menos(-) positivos.

	HOMENS	MULHERES
Comportamentos/ atitudes	-	+
Alimentação	-	+
Exercício	+	-
Sexual	-	+
Drogas semi-legais	+	-
Protecção automóvel	-	+
Auto-conceito	+	-
Criatividade	+	-
Competência académica	+	-
Competência intelectual	+	-
Competência atlética	+	-
Aparência	+	-
Relações com os pais	-	+
Humor	-	+
Moralidade	-	+
Auto-eficácia		
Persistência	+	-

O resumo do quadro 45 mostra, para as escalas e sub-escalas que constituem as variáveis psicológicas, diferenças significativas entre sexos, em cerca de 50% das notas, parte das vezes com resultados mais positivos a favor do sexo feminino, parte das vezes do sexo masculino.

### Em função das reprovações

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados dos 63,4% dos indivíduos da amostra que já tinham reprovado pelo menos uma vez e dos 36,6% que nunca reprovaram, para as variáveis psicológicas, recorreu-se a um teste *t* de *Student* para amostras não emparelhadas.

### Comportamentos/atitudes

Para a nota global da escala "comportamentos/ atitudes de saúde", os que nunca reprovaram manifestavam comportamentos de saúde mais apropriados a uma boa saúde ( $\bar{M}=97,90$ ) do que os que já tinham reprovado ( $\bar{M}=94,08$ ),  $t(534)= 3,03$ ,  $p<0,004$ . Estas diferenças são devidas à contribuição dos itens das sub-escalas: "preocupação com as bebidas alcoólicas", com os que nunca reprovaram com comportamentos mais positivos ( $\bar{M}=7,82$ ) do que os que já reprovaram ( $\bar{M}=7,17$ ),  $t(587)= 2,80$ ,



$p < 0,006$ ; "drogas semi-legais", com os não-reprovados a terem comportamentos mais adequados ( $M=9,34$ ) do que os reprovados ( $M=8,82$ ),  $t(591)= 3,26$ ,  $p < 0,002$ ; "comportamentos de prevenção da saúde", com os não-reprovados com melhores comportamentos ( $M=7,90$ ) do que os reprovados ( $M=7,17$ ),  $t(592) = 2,46$ ,  $p < 0,02$ ; "drogas semi-legais", com os não-reprovados a manifestar comportamentos mais adequados ( $M=8,57$ ) que os reprovados ( $M=8,04$ ),  $t(596)= 3,02$ ,  $p < 0,004$ .

### Auto-eficácia

Para a "auto-eficácia" os que nunca reprovaram manifestam um sentido de eficácia geral mais elevado ( $M=79,37$ ) do que os que já reprovaram ( $M=76,78$ ),  $t(578)=2,30$ ,  $p < 0,03$ . Este valor é conseguido devido à contribuição das sub-escalas: "iniciação e persistência" onde os que nunca reprovaram apresentam valores significativamente mais elevados ( $M=31,25$ ) do que os que já reprovaram ( $M=29,45$ ),  $t(588)= 3,13$ ,  $p < 0,003$ ; "eficácia perante a adversidade" em que os que nunca reprovaram manifestam valores mais significativamente mais elevados ( $M=28,42$ ) do que os que já reprovaram ( $M=27,54$ ),  $t(591)= 2,05$ ,  $p < 0,05$ .

### Auto-conceito

Não se manifestaram diferenças estatisticamente significativas para a nota global desta escala. Encontraram-se diferenças significativas para as seguintes sub-escalas: relações amorosas, em que o grupo dos reprovados tem uma percepção de competência mais elevada ( $M=10,09$ ) do que os não-reprovados ( $M=9,33$ ),  $t(569)= 3,11$ ,  $p < 0,003$ ; "aceitação social", em que o grupo dos reprovados se considera mais satisfeito com as relações sociais e mais competente em fazer amigos ( $M=11,93$ ) do que os não-reprovados ( $M=11,37$ ),  $t(572)=2,29$ ,  $p < 0,03$ ; "competência académica", onde os não-reprovados se consideram mais competentes ( $M=17,37$ ) do

que os reprovados ( $M=15,52$ ),  $t(565)= 6,78$ ,  $p<0,0001$ : "competência intelectual", onde os não-reprovados se consideram mais competentes ( $M=14,49$ ) do que os reprovados ( $M=13,17$ ),  $t(568)= 5,12$ ,  $p<0,0001$ .

O quadro 46 mostra as escalas e sub-escalas do grupo de variáveis psicológicas em que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os que já reprovaram e os que nunca reprovaram, assinalando os resultados mais e menos positivos.

QUADRO 46  
Variáveis psicológicas em que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os que já reprovaram e os que nunca reprovaram, assinalando com o sinal (+) o grupo com melhores resultados nessa variável

VARIÁVEIS	NUNCA REPROVARAM	REPROVARAM
Comportamento/attitudes	+	-
Preocup. c.beb. alcoólicas	+	-
Drogas semi-legais	+	-
Prevenção da doença	+	-
Tabaco e medicamentos	+	-
Auto-eficácia	+	-
Iniciação e persistência	+	-
Eficácia perante a adversidade	+	-
Auto-conceito		
Rel. amorosas	-	+
Aceitação social	-	+
C. académica	+	-
C.. intelectual	+	-

Comport./attitudes-Comportamento/attitudes; Preocup. c.beb. alcoólicas- preocupação com bebidas alcoólicas; Drogas semi-legais- preocupação com drogas semi-legais; Prevenção da doença- prevenção da doença; Tabaco e medicamentos- preocupação com tabaco e medicamentos; Auto-eficácia- escala de auto-eficácia; Iniciação e persistência- sub-escala de iniciação e persistência; Eficácia perante a adversidade- sub-escala de Eficácia perante a adversidade; Auto-conceito- escala de auto-conceito; Rel.amorosas-competência nas relações amorosas; Aceitação social-competência social; C.académica-competência académica; C. intelectual-competência intelectual.

O quadro 46 mostra que, dos 33 resultados provenientes das variáveis psicológicas, os que nunca reprovaram exibem cerca de um terço de resultados significativamente mais positivos do que os que já reprovaram.

### Em função da escola de pertença

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados das variáveis psicológicas, dos grupos de indivíduos formados consoante a escola de pertença, realizou-se uma análise de variância (ANOVA),

procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe. Este procedimento permite afirmar se as diferenças existentes entre os indivíduos das diversas escolas são devidos ao acaso ou não.

### Comportamentos/ atitudes

Para esta escala o valor do resultado mais elevado era de  $\underline{M}=104,82$  para os alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, correspondendo à prática de melhores comportamentos associados à saúde ou a melhores atitudes para com a prática de tais comportamentos, e o mais baixo de  $\underline{M}=91,09$  dos alunos da Faculdade de Arquitetura. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,529)= 3,41$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "alimentação" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=17,35$  para os alunos da Escola de Ciências da Nutrição correspondendo à prática de melhores comportamentos, e o mais baixo de  $\underline{M}=10,93$  dos alunos da Faculdade de Engenharia. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,590)= 4,78$ ,  $p<0,00001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola de Ciências da Nutrição e os das, Escola Secundária Fontes Pereira de Melo, Escola Secundária Aurélia de Sousa, Faculdade de Arquitetura e Faculdade de Letras. Para a sub-escala "preocupação com o ambiente poluído" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=11,73$  dos alunos da Faculdade de Letras correspondendo à prática de melhores comportamentos, e o mais baixo de  $\underline{M}=9,41$  dos alunos da Faculdade de Arquitetura. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,594)= 2,33$ ,  $p<0,007$ . Para a sub-escala "exercício" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=12,55$  para os alunos da Faculdade de Ciências do Desporto correspondendo à prática de melhores comportamentos, e o mais baixo de  $\underline{M}=7,35$  dos alunos da Escola de Ciências da Nutrição. A diferença entre as médias dos grupos e as médias

inter grupos é significativa,  $E(11,594)= 8,64$ ,  $p<0,00001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto e os das, Escola de Ciências da Nutrição, Faculdade de Letras, Faculdade de Ciências, Instituto de Ciências Biomédicas, Faculdade de Economia, Faculdade de Arquitetura, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Psicologia e Escola Secundária do Cerco, com o primeiro grupo afirmando praticar mais comportamentos deste tipo do que os do restante grupo. Também entre os alunos das Escola Secundárias Aurélia de Sousa e Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e os da Faculdade de Letras, com os alunos do primeiro grupo afirmando praticar mais comportamentos deste tipo do que os da Faculdade de Letras. Para a sub-escala de "cuidado com as relações sexuais" o valor mais elevado era de  $M=14,40$ , correspondendo a atitudes mais protectoras das doenças sexualmente transmissíveis, dos alunos da Faculdade de Letras, e o mais baixo de  $M=12,42$  dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,559)= 3,51$ ,  $p<0,0002$ . Para a sub-escala "preocupação com as bebidas alcoólicas", o valor mais elevado era de  $M=8,78$ , correspondendo a predisposição para beber menos e a maior atenção aos efeitos do álcool, dos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e o mais baixo de  $M=6,77$  dos alunos da Escola Secundária do Cerco. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa  $E(11,586)= 2,35$ ,  $p<0,008$ . Para a sub-escala "cuidados com o transporte automóvel", o valor mais elevado era de  $M=8,37$ , correspondendo à adopção de mais cuidados, dos alunos da Faculdade de Economia, e o mais baixo de  $M=6,71$  dos alunos da Faculdade de Engenharia. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,590)= 4,04$ ,  $p<0,00001$ .

### Auto-conceito

A média mais elevada dos diferentes grupos, para a nota global desta escala é de  $\underline{M}=158,18$ , correspondendo a um auto-conceito geral e pessoal mais positivo, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=139,36$ , dos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,523)= 2,66$ ,  $p<0,003$ . Para a sub-escala de "apreciação global", o valor mais elevado era de  $\underline{M}=21,71$ , correspondendo a uma percepção geral mais positiva de si próprio, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=18,84$  dos alunos da Escola Secundária Aurélia de Sousa. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,565)= 2,26$ ,  $p<0,02$ . Para a sub-escala de "moralidade", o valor mais elevado era de  $\underline{M}=13,03$ , correspondendo à percepção de um comportamento mais moral, dos alunos da Escola de Ciências da Nutrição, e o mais baixo de  $\underline{M}=11,22$  dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,565)= 2,19$ ,  $p<0,02$ . Para a sub-escala de competência nas relações amorosas, o valor mais elevado era de  $\underline{M}=11,18$ , correspondendo à percepção de uma maior competência nas relações amorosas, dos alunos da Faculdade de Psicologia, e o mais baixo de  $\underline{M}=8,56$  dos alunos da Escola Secundária Aurélia de Sousa. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,568)= 3,84$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala de percepção de competência social, o valor mais elevado era de  $\underline{M}=12,71$ , correspondendo à percepção de uma maior competência social, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=10,57$  dos alunos da Faculdade de Economia. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,570)= 1,89$ ,  $p<0,04$ . Para a sub-escala de percepção de aparência física, o valor mais elevado era de

$\underline{M}=12,93$ , correspondendo à percepção de melhor aparência física, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=9,98$  dos alunos da Escola Secundária Aurélia de Sousa. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,573)= 2,47$ ,  $p<0,006$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos dos grupos referidos acima. Para a sub-escala "competência atlética", o valor mais elevado era de  $\underline{M}=12,27$  correspondendo à percepção de maior competência atlética, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=8,53$  dos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,566)= 6,86$ ,  $p<0,0001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto e os das, Faculdade de Letras, de Economia e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e entre as dos alunos da Escola Secundária do Cerco e os da, Faculdade de Letras, e de Economia e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

### Auto-eficácia

Para a nota global de auto-eficácia não há diferenças significativas entre as médias inter-grupos e as intra-grupos. Para a sub-escala "eficácia social", o valor mais elevado era de  $\underline{M}=21,27$ , correspondendo à percepção de mais eficácia social, dos alunos da Escola Secundária do Cerco, e o mais baixo de  $\underline{M}=18,03$  dos alunos da Faculdade de Economia. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,585)= 2,41$ ,  $p<0,007$ .

### Locus de controlo de saúde

Para a nota da escala total o valor da média de grupo mais elevada era de  $\underline{M}=71,50$ , correspondente a indivíduos mais internos, dos alunos da Escola de Nutrição, e o mais baixo, de  $\underline{M}=62,23$ , dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(11,565)= 3,15$ ,  $p<0,0005$ . Para a sub-escala "outros poderosos" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=19,58$ , correspondendo à afirmação de maior independência de terceiros para a conservação da saúde, dos alunos da Escola de Nutrição, e o mais baixo de  $\underline{M}=19,58$  dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(11,583)= 5,50$ ,  $p<0,00001$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo e os das Faculdade de Arquitetura e da Escola e Nutrição.

### Frequência de interacção com amigos

O resultado desta escala apresenta como valores mais altos  $\underline{M}=17,77$ , correspondendo a contactos sociais mais intensos, dos alunos da Escola Secundária Fontes Pereira de Melo, e o mais baixo de  $\underline{M}=14,73$  dos alunos da Faculdade de Letras. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(11,593)= 2,48$ ,  $p<0,005$ .

O quadro 47 mostra as diferenças entre as diversas escolas para as variáveis psicológicas.

QUADRO 47

Diferenças estatisticamente significativas entre os alunos das escolas que compõem a amostra, assinalando com o sinal (+) os que têm resultado mais positivo e (-) o resultado menos positivo.

Esc.	ARQ	BIO	CIE	ECO	ENG	EDF	LET	NUT	PSI	AUR	CER	FON
Comport./atitudes	-					+						
Alimentação	-					-			+			
Poluição	-						+					
Exercício						+		-				
C.sexual							+					-
P.c.álcool		+									-	
Prot.automóvel				+	-							
Auto-conceito			-				+					
Aprec.global							+				-	
Moral								+				-
Rel.amorosas										+	-	
Aceitação social					-		+					
Aparência						+				-		
C.atlética		-				+						
Auto-eficácia												
Eficácia social					-							+
L. de controlo								+				-
Outros poderosos								+				-
Freq.cont. sociais							-					+

ARQ- F. de Arquitetura; BIO- I. C. Biomédicas Abel Salazar; CIE- F. de Ciências; ECO-F.de Economia; ENG-F.de Engenharia; EDF-F.de Ciências do Desporto e Educação física; LET-F.de Letras; NUT- Curso de Ciências da Nutrição; PSI-F.de Psicologia; AUR- Escola secundária Aurélia de Souza; CER- Escola secundária do Cerco; FON- Escola secundária Fontes Pereira de Melo.

Comport./atitudes-Comportamento/atitudes; Alimentação-cuidado com a alimentação; Poluição-preocupação com o ambiente poluído; Exercício- preocupação com o exercício; C.sexual-preocupação com as relações sexuais; P.c.álcool-preocupação com as bebidas alcoólicas; Prot.automóv- cuidados com o transporte automóvel; Auto-conceito- escala de auto-conceito; Aprec.global-sub-escala de apreciação geral; Moral- competência moral; Rel.amorosas-competência nas relações amorosas; Aceitação social-competência social; Aparência- satisfação com a aparência; C.atlética-competência atlética; Auto-eficácia- escala de auto-eficácia; Eficácia social-sub-escala de eficácia social; L. de controlo- locus de controlo de saúde; Outros poderosos- sub-escala outros poderosos; Freq.cont. sociais-frequência de contactos sociais.

O quadro 47 mostra que, para as variáveis psicológicas, os grupos das diversas escolas se diferenciam em mais de 50% dos resultados produzidos, com algumas escolas a salientar-se por tenderem a surgir com resultados positivos, e os grupos do ensino secundário a acumular a maioria dos resultados mais negativos.

### Em função da coabitação

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados dos grupos de indivíduos formados consoante o tipo de coabitação durante o período escolar, procedeu-se a uma análise de variância (ANOVA), procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe.



Este procedimento permite afirmar se as diferenças existentes entre os indivíduos consoante o tipo de habitação são devidos ao acaso ou não.

### Comportamentos/attitudes

Para o resultado da escala total não se verificaram diferenças para os grupos constituídos. Para a sub-escala "exercício", a nota média mais elevada era de  $\underline{M}=10,82$ , que significava a prática de mais exercício físico, do grupo que habitava só, e o mais baixo de  $\underline{M}=6,14$  do grupo que coabitava com a namorada ou cônjuge. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(6,589)= 3,95$ ,  $p<0,0008$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos referidos acima. Para a sub-escala "preocupação com tabaco e medicamentos", a nota média mais elevada era de  $\underline{M}=8,35$ , que significava a prática de mais cuidados de saúde, do grupo que habitava só, e o mais baixo de  $\underline{M}=7,33$  do grupo que coabitava com a namorada ou cônjuge. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(6,589)= 2,35$ ,  $p<0,03$

### Auto-conceito

Os diversos grupos não se diferenciavam para a nota da escala total. Para a sub-escala "apreciação global", a nota média mais elevada era de  $\underline{M}=21,45$ , correspondendo a uma apreciação pessoal global mais positiva, do grupo que coabitava com a namorada ou cônjuge, e o mais baixo de  $\underline{M}=17,43$  do grupo que habitava só. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(6,561)= 2,37$ ,  $p<0,03$ . Para a sub-escala "aceitação social" a nota média mais elevada era de  $\underline{M}=12,80$ , correspondendo a uma percepção de competência social mais positiva, do grupo que coabitava com a namorada ou cônjuge, e o mais baixo de  $\underline{M}=10,50$  do grupo que habitava com colegas. A diferença entre as médias

dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(6,567)= 2,48, p < 0,03$ . Para a sub-escala de "aparência" a nota média mais elevada era de  $M=13,05$ , correspondendo a uma percepção de aparência física mais positiva, do grupo que coabitava com a namorada ou cônjuge, e o mais baixo de  $M=10,34$  do grupo que habitava com colegas. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(6,568)= 2,49, p < 0,03$ .

O quadro 48 mostra as variáveis em que se manifestaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos formados em função da coabitação.

QUADRO 48  
Diferenças entre os grupos formados em função da coabitação, assinalando-se com o (+) os grupos com resultados mais positivos e (-) os menos positivos.

	VIVE SÓ	NAMORA/ CONJUGUE	C/COLEGAS
Comport./atitudes			
Exercício	+	-	
Preoc.c.tabaco	+	-	
Auto-conceito			
Apreciação global	-	+	
Aceitação social		+	-
Aparência		+	-

VIVE SÓ- vive só; NAMORA/CONJUGUE-vive com namorada ou cônjuge; C/COLEGAS-vive com colegas.

Comport./atitudes-Comportamento/atitudes; Exercício- preocupação com o exercício; Preoc.c.tabaco-preocupação com o tabaco e medicamentos; Auto-conceito- escala de auto-conceito; Aprec.global-sub-escala de apreciação global; Aceitação social-competência social; Aparência-satisfação com a aparência;

### Em função da percepção do aproveitamento escolar

Para identificar as diferenças entre os grupos formados -acham que têm aproveitamento escolar acima da média *versus* acham que têm aproveitamento escolar abaixo da média- recorreu-se ao teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

### Comportamentos/atitudes

Para os resultados do inventário de comportamentos/ atitudes para com a saúde não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois

grupos. Para a sub-escala "drogas semi-legais" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $M=9,54$ , correspondendo a comportamentos mais cuidadosos, do que o outro grupo  $M=8,75$ ,  $t(232)=3,00$ ,  $p<0,004$ .

### Auto-conceito

Quanto à variável "auto-conceito" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam uma nota da escala total significativamente mais elevada  $M=151,65$  do que o outro grupo  $M=130,25$ ,  $t(209)=6,05$ ,  $p<0,0001$ . Analisando as sub-escalas constituintes do questionário verifica-se que: para a sub-escala "apreciação global" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $M=21,06$ , correspondendo a auto-conceito mais elevado nesta área, do que o outro grupo  $M=15,50$ ,  $t(220)=7,86$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "criatividade" o mesmo grupo evidencia, igualmente, uma nota média significativamente mais elevada  $M=11,42$ , contra o outro grupo  $M=9,63$ ,  $t(224)=3,96$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "amizades íntimas" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam uma nota média significativamente mais elevada  $M=11,43$ , do que os outros  $M=10,19$ ,  $t(225)=2,14$ ,  $p<0,04$ ; para a sub-escala "aparência" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $M=11,20$ , correspondendo a auto-conceito mais elevado, do que os restantes  $M=9,80$ ,  $t(225)=2,38$ ,  $p<0,02$ ; para a sub-escala "competência intelectual" os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $M=15,66$ , correspondendo a auto-conceito mais elevado, do que os restantes  $M=11,33$ ,  $t(224)=8,83$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "competência académica" os indivíduos com

percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $\underline{M}=18,94$ , correspondendo a auto-conceito mais elevado, do que os restantes  $\underline{M}=12,77$ ,  $t(224)= 12,49$ ,  $p<0,0001$ .

#### Auto-eficácia

Para a nota total da variável "auto-eficácia", os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares evidenciam médias significativamente mais elevadas  $\underline{M}=80,81$  do que os outros  $\underline{M}=68,22$ ,  $t(226)=5,50$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "iniciação e persistência" verifica-se que os indivíduos com percepção de melhores resultados escolares manifestam médias significativamente mais elevadas  $\underline{M}=32,21$ , correspondendo a maior persistência, do que os outros  $\underline{M}=24,40$ ,  $t(232)= 6,79$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "eficácia perante a adversidade" o grupo com percepção de melhor aproveitamento escolar evidencia uma média significativamente mais elevada,  $\underline{M}=29,21$ , do que o outro grupo,  $\underline{M}= 23,85$ ,  $t(231)= 6,20$ ,  $p<0,0001$ .

#### Locus de controlo de saúde

Para a nota total da variável "locus de controlo de saúde" não se manifestam diferenças significativas entre os dois grupos: para a sub-escala "outros poderosos" o grupo com melhor percepção de sucesso escolar evidencia uma média significativamente mais elevada  $\underline{M}=23,45$ , correspondendo a mais independência de terceiros para manter a saúde, do que o outro grupo,  $\underline{M}=20,27$ ,  $t(230)= 2,59$ ,  $p<0,02$ .

#### Frequência de interacção com amigos

Os dois grupos diferenciam-se quanto à frequência de interacção com amigos, com o grupo dos que se percecionam com melhor aproveitamento a apresentarem valores de média significativamente mais

elevados,  $M=16,73$ , correspondendo a contactos sociais mais frequentes, do que o outro grupo,  $M=15,22$ ,  $t(233)= 2,17$ ,  $p<0,04$ .

O quadro 49 resume as diferenças entre os dois grupos -aproveitamento acima da média *versus* aproveitamento abaixo da média-, assinalando-se com sinal (+) os que têm resultados mais positivos para as variáveis psicológicas.

QUADRO 49  
Diferenças entre os grupos formados em função da percepção de aproveitamento escolar, assinalando-se com (+) os grupos com resultados mais positivos e (-) os menos positivos.

	APROVEITAMENTO ACIMA DA MÉDIA	APROVEITAMENTO ABAIXO DA MÉDIA
Compor.atitudes		
Drogas semi-legais	+	-
Auto-conceito	+	-
Aprec. global	+	-
Criatividade	+	-
Amizades íntimas	+	-
Aparência	+	-
Comp.intelectual	+	-
Comp.académica	+	-
Auto-eficácia	+	-
Persistência	+	-
Ef.pera.adversidade	+	-
Locus de controlo		
Outros poderosos	+	-
Frequência de int. c/amigos	+	-

Comport./atitudes-comportamento/atitudes; Drogas semi-legais- drogas semi-legais; Auto-conceito- escala de auto-conceito; Aprec.global-sub-escala de apreciação geral; Criatividade-criatividade; Aparência- satisfação com a aparência; Comp.competência intelectual- sub-escala de competência intelectual; Comp académica- sub-escala de competência académica; Auto-eficácia- escala de auto-eficácia; Persistência-sub-escala de iniciação e persistência; Ef.pera. adversidade-eficácia perante a adversidade; Locus de controlo- locus de controlo de saúde; Outros poderosos- sub-escala outros poderosos; Freq.contactos sociais-frequência de contactos sociais.

O quadro 49 mostra que em mais de um terço dos resultados nas variáveis psicológicas, os alunos com percepção de que têm aproveitamento escolar acima de média, exibem valores mais positivos do que os seus colegas com percepção de aproveitamento escolar abaixo da média.

O quadro 50 apresenta um resumo dos grupos, e das variáveis psicológicas em que se manifestavam diferenças significativas.

QUADRO 50  
Escala e sub-escalas em que os diversos grupos se diferenciam

	SEXO	ESCOLA	REP	COHA.	APROV.
COMP./ATIT.	X	X	X		
Alim.	X	X			
Pol		X			
Exer	X	X		X	
C.sexual	X	X			
Prev.			X		
Drogas semi-legais		X			X
P.c.álcool		X	X		
Preoc.c.tabaco			X	X	
Prot.automóvel	X	X			
A.CONCEITO	X	X			X
A.Glob.		X		X	X
Criat.	X				X
Acad.	X		X		X
Intel.	X		X		X
Atlet.	X	X			
Apar.	X	X		X	X
Amiz.					X
Aceit.		X	X	X	
R.Pais	X				
Amor		X	X		
Humor	X				
Moral	X	X			
A.EFICACIA			X		X
Persiste	X		X		X
Adverso			X		X
E.social		X			
CONTROLO		X			
Outros		X			X
FREQUÊNCIA		X			X

GRUPOS: SEXO- homens *versus* mulheres; ESCOLA- em função da escola de pertença; REP. -indivíduos que já reprovaram pelo menos uma vez *versus* os que nunca reprovaram; COHA.- grupos formado em função do tipo de coabitação durante as aulas; APROV.-grupos formados em função da percepção de aproveitamento escolar, acima da média *versus* abaixo da média.

VARIÁVEIS: COMP./ATIT.- -Comportamento/atitude; Alim-cuidado com a alimentação; Pol.- preocupação com o ambiente poluído; Exer- preocupação com o exercício; C.sexual-preocupação com as relações sexuais; Prev.-prevenção da doença; Drogas semi-legais- Drogas semi-legais; P.c.álcool-preocupação com as bebidas alcoólicas; Preoc.c.tabaco-preocupação com o tabaco e medicamentos; Prot.automóvel -protecção automóvel.

A.CONCEITO- escala de auto-conceito; A.Glob.-sub-escala de apreciação geral; Criat.-criatividade; Acad.- sub-escala de competência académica; Intel.- sub-escala de competência intelectual; Atlet.- competência atlética; Apar. - satisfação com a aparência; Amiz.-amizades íntimas; Aceit.- competência social; R.Pais- relações com os pais; Amor -competência nas relações amorosas; Humor- humor; Moral- competência moral;

A.EFICÁCIA-escala de auto-eficácia; Persiste- sub-escala de iniciação e persistência; Adverso-eficácia perante a adversidade; E.social-sub-escala de eficácia social;

CONTROLO- locus de controlo de saúde; Outros- sub-escala outros poderosos;

FREQUÊNCIA-frequência de contactos sociais.

A inspecção do quadro 50 mostra que as escalas de avaliação das características psicológicas que mais diferenças assinalam para os diversos grupos, são o inventário de comportamentos/atitude e o questionário de auto-conceito. As sub-escalas mais sensíveis são, do inventário de comportamentos/atitude, a de exercício, da escala de auto-conceito, as de apreciação global, de competência intelectual, de competência académica,

de aparência, de aceitação social, da escala de auto-eficácia, a de persistência perante a adversidade. Quanto aos grupos constituídos, os que mais diferenças assinalaram foram os formados em função da escola e do sexo de pertença, seguidos pelos formados a partir da percepção de aproveitamento escolar e das reprovações.

## **Variáveis Ambientais**

### **Em função do sexo**

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados das mulheres e homens, para as variáveis ambientais, recorreu-se ao teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

#### Intensidade dos acontecimentos

Os dois sexos não se diferenciavam relativamente ao número de acontecimentos susceptíveis de provocar *stress*, que tinham ocorrido na sua vida, mas diferenciavam-se quanto à intensidade com que os acontecimentos os afectaram. Os indivíduos do sexo feminino afirmavam que os acontecimentos que mais os afectaram o fizeram com mais intensidade  $M=5,98$ , do que os do sexo masculino  $M=5,36$ ,  $t(433)= 4,09$ ,  $p<0,0001$ .

#### Temas preocupantes

Os dois sexos manifestavam diferenças estatisticamente significativas para a variável "temas preocupantes". Os indivíduos do sexo feminino manifestavam valores mais elevados de preocupações  $M=31,83$  do que os do sexo masculino  $M=30,20$ ,  $t(589)= 3,08$ ,  $p<0,003$ . Para a sub-escala "preocupação com os afectos" os indivíduos do sexo feminino apresentavam valores mais elevados  $M=21,08$ , correspondendo a mais preocupações, do que os do sexo masculino  $M=20,01$ ,  $t(590)= 2,48$ ,  $p<0,02$ .

Para a sub-escala "preocupações com o tempo", os indivíduos do sexo feminino manifestavam igualmente maiores preocupações  $\underline{M}=10,72$ , do que os do sexo masculino  $\underline{M}=10,19$ ,  $t(600)= 2,60$ ,  $p<0,02$ .

### **Em função das reprovações**

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados dos 63,4% dos indivíduos da amostra que já tinham reprovado pelo menos uma vez e dos 36,6% que nunca reprovaram, para as variáveis ambientais, recorreu-se a um teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

### **Percepção de capacidade económica**

Para as variáveis ambientais verificam-se diferenças entre os grupos de reprovados e não reprovados para a escala "percepção de capacidade económica", com diferenças significativas a favor dos não reprovados ( $\underline{M}=33,29$ ), que se consideram com mais recursos económicos do que os reprovados ( $\underline{M}=30,75$ ),  $t(562)=4,99$ ,  $p<0,0001$ . Analisando as sub-escalas, verifica-se que na "necessidades económicas" o grupo dos não-reprovados afirma ter menos necessidades económicas ( $\underline{M}=20,75$ ) do que o grupo dos reprovados ( $\underline{M}=19,25$ ),  $t(593)= 4,96$ ,  $p<0,0001$ ; para a sub-escala "comparação económica", os não-reprovados consideram que têm melhores condições económicas ( $\underline{M}=12,58$ ), do que os reprovados ( $\underline{M}=11,50$ ),  $t(566)= 3,88$ ,  $p<0,0001$ .

### **Em função da escola de pertença**

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados dos grupos de indivíduos formados consoante a escola de pertença, para as variáveis ambientais, realizou-se uma análise de variância (ANOVA), procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe.



Este procedimento permite afirmar se as diferenças existentes entre os indivíduos das diversas escolas são devidos ao acaso ou não.

### Percepção de capacidade económica

Para esta escala a média da nota global mais elevada era de  $\underline{M}=34,61$ , correspondendo a maior percepção de disponibilidade económica, dos alunos do Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, e a mais baixa de  $\underline{M}=29,54$ , dos alunos da Faculdade de Ciências. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,558)= 2,39$ ,  $p<0,007$ . Para a sub-escala "necessidades económicas" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=21,77$ , correspondendo à afirmação de menores necessidades económicas, dos alunos de Ciência Biomédicas Abel Salazar, e o mais baixo de  $\underline{M}=18,92$  dos alunos da Faculdade de Psicologia. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,589)= 2,99$ ,  $p<0,0008$ .

### Temas preocupantes

O valor da nota média mais elevada para a nota global desta escala era de  $\underline{M}=33,42$ , correspondendo a mais preocupações, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e a mais baixa de  $\underline{M}=28,13$  dos alunos da Faculdade de Arquitetura. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,579)= 4,00$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "preocupação com os afectos" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=11,96$ , correspondendo a maior preocupação com temas afectivos, dos alunos da Faculdade de Ciências do Desporto, e o mais baixo de  $\underline{M}=8,12$  dos alunos da Faculdade de Arquitetura. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $E(11,580)= 3,97$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "preocupação com o tempo" o valor mais elevado era de  $\underline{M}=11,96$ , correspondendo a maior preocupação com a falta de tempo, dos alunos do

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e o mais baixo de  $\underline{M}=8,89$  dos alunos da Escola de Ciências da Nutrição. A diferença entre as médias dos grupos e as médias inter grupos é significativa,  $F(11,590)=3,21$ ,  $p<0,0004$ . O procedimento Scheffe mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos alunos dos dois grupos referidos acima.

### **Em função da coabitação**

Para avaliar se havia diferenças entre as médias dos resultados dos grupos de indivíduos formados consoante o tipo de coabitação, para as variáveis ambientais, realizou-se uma análise de variância (ANOVA), procedimento ONEWAY com teste de contrastação entre grupos Scheffe.

### **Preocupações económicas**

A única variável em que os indivíduos se diferenciavam em função da coabitação foi a "necessidades económicas", com a média mais elevada  $\underline{M}=20,88$ , do grupo dos indivíduos que vivem sós, correspondendo a afirmação de menores necessidades económicas, e o valor de média mais baixo  $\underline{M}=18,33$ , do grupo dos que vivem com a/o namorada/o ou cônjuge a afirmar ter mais necessidades,  $F(6,587)=2,08$ ,  $p<0,05$ .

### **Em função da percepção de aproveitamento escolar**

Para avaliar se havia diferenças entre os resultados do grupo formado pelos indivíduos que tinham uma percepção de aproveitamento académico abaixo da média e o grupo formado pelos que tinham uma percepção de aproveitamento acima da média, para as variáveis ambientais, procedeu-se a um teste  $t$  de *Student* para amostras não emparelhadas.

### Percepção de capacidade económica

Os dois grupos diferenciavam-se quanto ao resultado global desta escala com os indivíduos com percepção de aproveitamento acima da média, a apresentarem valores de média mais elevados,  $M=33,54$ , correspondendo a mais satisfação com o seu estatuto económico, do que o outro grupo  $M=29,44$ ,  $t(224)=3,71$ ,  $p<0,0001$ . Para a sub-escala "necessidades económicas" o grupo dos que se percebem com aproveitamento acima da média apresentam um valor de média mais elevado  $M=20,74$ , correspondendo a percepção de maior disponibilidade económica, do que o outro grupo  $M=18,54$ ,  $t(233)=3,42$ ,  $p<0,002$ . Para a sub-escala "comparação económica", o grupo de alunos com percepção de aproveitamento acima da média apresenta valores mais elevados da média  $M=12,75$ , correspondendo à opinião de que tem melhores condições económicas que a população estudante em geral, do que o outro grupo  $M=11,00$ ,  $t(225)=2,90$ ,  $p<0,005$ .

### Acontecimentos

Os dois grupos diferenciam-se relativamente ao número de acontecimentos que tinham ocorrido na sua vida susceptíveis de provocar *stress*, com o grupo com percepção de aproveitamento abaixo da média apresentando um valor de média mais elevado  $M=4,18$ , significando que sofreram maior número de acontecimentos geradores de *stress*, do que os que têm percepção de aproveitamento acima da média,  $M=2,89$ ,  $t(234)=2,91$ ,  $p<0,005$ .

### Intensidade dos acontecimentos

Quanto à intensidade com que os acontecimentos os afectaram, as diferenças foram, igualmente, significativas. Os indivíduos que se percebem com aproveitamento abaixo da média a afirmar que os acontecimentos que

mais os afectaram o fizeram com mais intensidade  $M=6,44$ , do que os restantes  $M=5,44$ ,  $t(177)= 2,86$ ,  $p<0,006$ .

No quadro 51 apresenta-se um resumo dos grupos, e das variáveis em que se manifestavam diferenças significativas.

QUADRO 51  
Resumo das variáveis em que os grupos se diferenciam

	SEXO	ESCOLA	REPROV.	COABIT.	APROV.
Econom.		X	X	X	X
Necess		X	X		X
Compa			X		X
Acontecim.					X
Intens.	X				X
Preocupa	X	X			
Afectos	X	X			
Tempo	X	X			

GRUPOS: SEXO- homens *versus* mulheres; ESCOLA- em função da escola de pertença; REPROV.- indivíduos que já reprovaram pelo menos uma vez *versus* os que nunca reprovaram; COABIT.- grupos formado em função do tipo de coabitação durante as aulas; APROV.- grupos formados em função da percepção de aproveitamento escolar, acima da média *versus* abaixo da média.

VARIÁVEIS: Econom.- escala de percepção de capacidade económica; Necess- sub-escala de necessidades económicas; Compa- sub-escala de comparação económica; Acontecim.- inventário de acontecimentos geradores de tensão; Intens.- Intensidade do impacto dos acontecimentos; Preocupa- escala de temas preocupantes; Afectos- sub-escala de preocupação com afectos; Tempo- sub-escala de preocupação com o tempo

O quadro 51 mostra que a escala "percepção de capacidade económica" é a mais sensível, sendo a que diferencia o maior número de grupos. Das sub-escalas, a "necessidades económicas" é a que diferencia mais grupos. Por grupos, aqueles em que se verificam mais diferenças são os definidos em função da percepção de aproveitamento escolar e em função da escola de pertença.

## PARTE E

### Amortecedor do *stress*

#### Redução do *Stress*

Nesta parte apresentar-se-ão os resultados do cruzamento entre as variáveis psicológicas, ambientais e de saúde. A hipótese subjacente é a de que a *stress* provocada pelas percepções de, acontecimentos, da situação económica pessoal e as preocupações do dia a dia, é amortecida pelas variáveis psicológicas.

A relação das variáveis ambientais com as de saúde pode ser inspeccionada de vários modos, nomeadamente, através da análise de correlação entre as variáveis e da análise de regressão múltipla em que as variáveis independentes são as ambientais.

A correlação de Pearson entre as variáveis ambientais e de saúde é exibida no quadro 52.

QUADRO 52  
Correlação entre as variáveis ambientais e as variáveis de saúde e nível de significância das correlações

	P.S.FÍSICA	S.MENTAL	P.A.SOCIAL	P.G.SAÚDE	SUNYA
P.C.ECONÓMICA	0,13 ( $p < 0,001$ )	0,16 ( $p < 0,0001$ )	0,22 ( $p < 0,0001$ )	0,13 ( $p < 0,001$ )	-0,19 ( $p < 0,0001$ )
ACONTEC.	n.s.	-0,08 ( $p < 0,03$ )	n.s.	n.s.	n.s.
INTE. ACONTE	n.s.	-0,18 ( $p < 0,0001$ )	n.s.	-0,13 ( $p < 0,004$ )	0,23 ( $p < 0,0001$ )
PREOCUPAÇÕES	n.s.	-0,22 ( $p < 0,0001$ )	-0,19 ( $p < 0,0001$ )	-0,18 ( $p < 0,0001$ )	0,23 ( $p < 0,0001$ )

VARIÁVEIS DE SAÚDE: P.S.FÍSICA-percepção de saúde física; S.MENTAL-saúde mental; P.A.SOCIAL- percepção de apoio social; P.G.SAÚDE-percepção de geral de saúde; SUNYA-sintomas físicos de mal-estar

VARIÁVEIS AMBIENTAIS: P.C.ECONÓMICA-percepção de capacidade económica; ACONTEC.-acontecimentos geradores de *stress*; INTE. ACONTE-intensidade do impacto dos acontecimentos; PREOCUPAÇÕES-temas preocupantes

A maioria das correlações são significativas, embora modestas. A análise de regressão múltipla permite avaliar o grau em que uma variável dependente se relaciona com um conjunto de variáveis independentes.

Tomando como variáveis independentes as variáveis de percepção do ambiente, apresenta-se no quadro 53 o valor da associação entre as variáveis independentes, "percepção de capacidade económica", "acontecimentos geradores de *stress*", "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*", e "temas preocupantes", sobre cada uma das variáveis dependentes, "percepção de saúde física", "saúde mental", "percepção de apoio social", "percepção geral de saúde" e "sintomas físicos de mal estar".

QUADRO 53  
Análise de regressão múltipla entre as variáveis de percepção do ambiente e cada uma das variáveis de saúde : coeficientes de regressão parciais (b) e coeficiente de regressão padronizado (beta)

	P.S.FÍSICA	S.MENTAL	P.A.SOCIAL	P.G.SAÚDE	SUNYA
P.C.ECONÓMICA	0,02 (0,13)**	0,38 (0,12)*	0,33 (0,21)***	0,14 (0,09)*	-1,58 (-0,17)***
ACONTECIMENTOS	-0,01 (-0,02)	-1,69 (-0,19)***	-0,63 (-0,15)**	-0,74 (-0,17)***	4,07 (0,15)**
INTE. ACONT.	-6,42 (-0,01)	-1,27 (-0,11)*	0,43 (0,08)	-0,30 (-0,05)	5,67 (0,16)**
PREOCUPAÇÕES	-0,01 (-0,06)	-0,51 (-0,17)**	-0,22 (-0,15)**	-0,31 (-0,22)***	2,39 (0,26)***
CONSTANTE	4,30	117,33	36,53	70,58	54,76
R <sup>2</sup>	0,02	0,13	0,10	0,11	0,18
N	401	393	389	391	381

\* P < 0,05; \*\* P < 0,01; \*\*\*P < 0,001.

VARIÁVEIS DE SAÚDE: P.S.FÍSICA-percepção de saúde física; S.MENTAL-saúde mental; P.A.SOCIAL- percepção de apoio social; P.G.SAÚDE-percepção de geral de saúde; SUNYA-sintomas físicos de mal-estar

VARIÁVEIS AMBIENTAIS: P.C.ECONÓMICA-percepção de capacidade económica; ACONTECIMENTOS-acontecimentos geradores de *stress*; INTE. ACONT.-intensidade do impacto dos acontecimentos; PREOCUPAÇÕES-temas preocupantes

A comparação entre os dois quadros permite verificar que a análise de regressão múltipla é mais expressiva na explicação dos resultados das variáveis dependentes do que a análise de regressão simples. Apesar do número de variáveis ambientais significativas na explicação do resultado de cada variável dependente, a observação do valor de R<sup>2</sup> mostra que a percentagem da variância que é explicada pelo conjunto de variáveis independentes é muito baixa. Comparando com a análise equivalente

realizada com as variáveis psicológicas (quadro 37), o grupo das variáveis ambientais apresenta maior número de variáveis com valores estatisticamente significativos, mas a variância explicada pelas variáveis psicológicas é muito mais elevada.

A variável de saúde melhor explicada pelas variáveis ambientais é a de sintomas físicos de mal-estar, com 18% da variância, mais elevado do que o que é explicado pelas variáveis psicológicas para esta mesma variável de saúde. Este resultado está de acordo com a teoria, na medida em que a escala SUNYA foi construída para medir sintomas psicossomáticos e as variáveis utilizadas no bloco de variáveis ambientais foram, também, construídas segundo o princípio da perspectiva psicossomática, segundo a qual o *stress* se reflecte em sintomas psicossomáticos.

Deste bloco as duas variáveis cuja variância é melhor explicada pelas variáveis ambientais -saúde mental e sintomas físicos de mal estar- pode-se afirmar, para a primeira, que os que têm uma percepção mais positiva da sua situação económica, que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e em que a intensidade desses acontecimentos foi menor, e que tiveram menos preocupações, terão, provavelmente, uma saúde mental mais elevada. Do mesmo modo, os que têm uma percepção de capacidade económica mais positiva, que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e com intensidade menor, que tiveram menos preocupações, terão, provavelmente, menos sintomas físicos de mal-estar.

As análises apresentadas não permitem verificar o papel mediador das variáveis psicológicas. Para tal escolheu-se o método de tabelas cruzadas (*crosstabulation*), de que se retirou o grupo de indivíduos com notas intermédias. Conservando somente os indivíduos com notas extremadas garante que os dois grupos (um de cada extremo de notas) são

grupos diferentes, em que um tem resultados francamente mais positivos do que o outro. Lembra-se que as medidas que são utilizadas nesta investigação não permitem diferenciar um grupo saudável de outro patológico. Ou seja, estes dois grupos extremos são, ambos, saudáveis para as variáveis consideradas. Considerar somente as notas extremas pretende conservar na análise os indivíduos que se colocaram com alguma certeza no espectro de notas.

Para testar a hipótese de que as variáveis psicológicas amortecem o impacto das variáveis ambientais na saúde, procedeu-se a uma contrastação dos resultados: para tal, foram retidos para análise, apenas os 25% dos indivíduos com piores, e os 25% com melhores resultados em cada variável. De seguida combinaram-se as variáveis -de saúde, psicológicas e ambientais- em tabelas que expressavam quantos indivíduos cabiam em cada cela resultante desse cruzamento. Numa primeira fase inspeccionou-se o resultado do cruzamento das variáveis ambientais e de saúde: deste cruzamento resultaram quatro celas. Na segunda fase repetiu-se o procedimento juntando a terceira variável -variável psicológica- pretensamente mediadora, de que resultaram dois conjuntos de quatro celas, semelhantes entre si e à anterior, provenientes do cruzamento de um grupo de indivíduos com resultados elevados, e outro com resultados baixos, na variável psicológica, com outros dois grupos da variável saúde e outros dois grupos da variável ambiente. Estes dois quadrantes podem então ser comparados entre si e com o primeiro, quanto à distribuição dos indivíduos pelas celas. Esta comparação faz-se entre o primeiro quadrante, resultante do cruzamento dos dois grupos de indivíduos com valores extremos na variável ambiental e de saúde, com os dois quadrantes que resultaram, quando às variáveis ambientais e de saúde se acrescentaram as variáveis psicológicas.

Procedeu-se assim a duas operações distintas e complementares:



**passo 1-** verificou-se se, cruzando os dois grupos -resultados elevados *versus* resultados baixos- da variável ambiental com os dois grupos da variável saúde -resultados elevados *versus* resultados baixos-, o de piores resultados na variável ambiental teriam piores resultados na variável saúde;

**passo 2-** juntou-se a variável psicológica e inspeccionou-se as alterações sofridas na distribuição dos resultados, devido à mediação desta variável. Esquemáticamente o procedimento é o seguinte:

		VARIÁVEL AMBIENTAL	
		BAIXA	ELEVADA
VARIÁVEL DE SAÚDE	BAIXA	A	B
	ELEVADA	C	D

		VARIÁVEL PSICOLÓGICA			
		BAIXA		ELEVADA	
		VARIÁVEL AMBIENTAL		VARIÁVEL AMBIENTAL	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
V.SAÚDE	BAIXA	A'	B'	A''	B''
	ELEVADA	C'	D'	C''	D''

A hipótese subjacente a esta análise é a de que, passando do passo 1 para o passo 2, por influência da introdução da variável psicológica, a distribuição dos casos pelas celas se altera do seguinte modo:

$$A' > A > A'' \text{ e que } D'' > D > D'$$

A análise debruça-se, simultaneamente, sobre a totalidade do quadro (as oito celas), do qual são consideradas quatro celas que são comparadas com duas do quadro de referência, tal como é apresentado acima.

A decisão de considerar apenas os 25% de melhores resultados e os 25% de piores resultados em cada uma das variáveis, retira muitos indivíduos da análise, tantos mais quantas mais variáveis se juntarem. Por exemplo, a inspeção do quadro 55, mostra que a junção da variável auto-eficácia -variável psicológica- às duas anteriores (quadro 54) (passagem do passo 1 para o passo 2) retirou cerca de 100 indivíduos da análise, aqueles que, tendo simultaneamente ou piores ou melhores resultados nas variáveis ambientais e de saúde, caem nos 50% dos resultados médios da auto-eficácia: isto sucederá para todas as variáveis. No entanto, dado o número de indivíduos conservados ser estatisticamente grande, facilita a decisão de manter este tipo análise: considera-se um número grande, se o valor total de indivíduos conservados no final fôr superior a 10 vezes o número de celas, ou seja, para esta análise, de 80. Esta asserção foi violada em variáveis em que, por serem compostas por um único item, não foi possível estabelecer o corte perto dos 25% ou dos 75%. Tal aconteceu com a variável intensidade dos acontecimentos que, para o grupo de maior impacto de acontecimentos reteve apenas 16% dos casos em vez dos cerca de 25% desejados.

Apresentar-se-à de seguida o resultado desta combinação de variáveis: serão apresentadas somente aqueles para os quais a mediação da variável psicológica provoca alterações sensíveis à inspeção visual, de acordo com a hipótese referida acima.

Como análise complementar, para cada um dos quadros resultantes apresenta-se o risco relativo de ter valor baixo em cada medida de saúde. O risco relativo (rr) é um procedimento que só se pode aplicar a tabelas 2X2, pelo que, nos quadros com oito celas, ele se refere apenas a quatro delas.

O risco relativo (rr) expressa o *ratio* entre dois índices de frequência (Norusis, 1990), por exemplo, a percepção de saúde física baixa entre os que têm percepção de capacidade económica baixa e elevada, ou entre os que têm, simultaneamente, percepção de capacidade económica baixa e auto-eficácia baixa e os que têm percepção de capacidade económica elevada e auto-eficácia elevada. No quadro 54, comparando os índices dos que têm percepção de capacidade económica baixa e percepção de saúde física baixa (77/16), com os que têm percepção de capacidade económica elevada e percepção de saúde física baixa (74/42), encontra-se um  $rr=2,73$   $((77/16) / (74/42))$ , o que significa que os indivíduos que se encontram no grupo com percepção de capacidade económica baixa, têm uma probabilidade 2,73 vezes maior de cair no grupo dos que têm percepção de saúde física baixa, do que os que se encontram no grupo que tem percepção de capacidade económica elevada. Os valores de rr serão arredondados para o número inteiro mais próximo, excepto nos casos em que esse arredondamento provocar alterações de grande magnitude (por exemplo de 1,5 para 2).

### **Percepção de Capacidade Económica**

De seguida mostram-se os resultados do cruzamento da variável "percepção de capacidade económica", primeiro com as variáveis de saúde a que acrescentam, depois, as variáveis psicológicas.

#### **Cruzamento da percepção de capacidade económica com percepção de saúde física**

Os resultados do cruzamento da variável "percepção de capacidade económica" (P.C.ECONÓMICA) com "percepção de saúde física" (P.S. FÍSICA) são apresentados no quadro 54:

QUADRO 54

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica e percepção da saúde física

		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA
P.S.FÍSICA	BAIXA	77(36%)	74(35%)
	ELEVADA	16(7,6%)	42(20%)

A análise dos resultados do quadro 54 mostra que a distribuição de indivíduos pelas celas não é a que seria esperada se fosse aleatória  $\chi^2$  (1,N=209)= 9,29,  $p<0,003$ . A inspecção visual mostra que, os indivíduos dos grupos contrastados não se diferenciam, para a percepção de saúde física baixa, em função da percepção de capacidade económica: o mesmo não acontece quanto à percepção de saúde física elevada, em que os indivíduos com percepção de capacidade económica elevada tendem a ter melhor percepção de saúde física. O rr dos indivíduos com capacidade económica baixa terem percepção de saúde física baixa é três vezes superior ao dos indivíduos com percepção de capacidade económica elevada.

A adição dos indivíduos com resultados elevados e baixos nas variáveis psicológicas redistribui os casos do quadro 54 conforme são apresentados nos quadros de 55 a 57.

QUADRO 55

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção da saúde física em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.S.FÍSICA	BAIXA	37(59%)	17(30%)	10(20%)	13(27%)
	ELEVADA	-	8(12%)	5(10%)	20(41%)

O quadro 55 mostra um padrão de distribuição de resultados, por influência da introdução da variável psicológica, em consonância com a hipótese: verifica-se que o padrão de distribuição de resultados, em percentagem, se

alterou, tanto nas celas A, crescendo de A para A' (de 36% para 59%) e diminuindo de A para A" (de 36% para 20%), como nas celas D, crescendo de D para D" (de 20% para 41%) e diminuindo de D para D' (de 20% para 12%). Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa que têm uma auto-eficácia baixa têm um  $rr=57$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-eficácia elevadas, ou uma probabilidade 57 vezes superior de ter percepção de saúde física baixa.

QUADRO 56

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica, e percepção da saúde física em função do número de amigos

Nº DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	27(39%)	28(45%)	13(26%)	17(34%)
	ELEVADA	4(6%)	9(14%)	8(16%)	12(24%)

O cruzamento das variáveis em consideração, com o número de amigos mostra um comportamento de acordo com a hipótese, embora com alterações pouco sensíveis, conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 39\% > 36\% > 26\%$$

$$D'' > D > D' = 24\% > 20\% > 14\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa que têm um número de amigos baixo têm um  $rr=5$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e número de amigos elevados, ou uma probabilidade cinco vezes superior de ter percepção de saúde física baixa.

QUADRO 57

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção da saúde física em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	38(62%)	17(28%)	6(17%)	7(20%)
	ELEVADA	2(3%)	4(7%)	5(14%)	17(49%)

Observa-se um padrão de distribuição de acordo com as hipóteses, conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 62\% > 36\% > 17\%$$

$$D'' > D > D' = 49\% > 20\% > 7\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa que têm um auto-conceito baixo têm um  $rr=464$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-conceito elevados, ou uma probabilidade 464 vezes superior de ter percepção de saúde física baixa.

### **Cruzamento da percepção de capacidade económica com saúde mental**

A análise do cruzamento da variável "percepção de capacidade económica" (P.C.ECONÓMICA) com "saúde mental" (S.MENTAL) mostra os seguintes resultados (quadro 58), e respectivamente com a mediação do "comportamento" (quadro 59), da "auto-eficácia" (quadro 60), do "auto-conceito" (quadro 61), da "frequência de relações com amigos" (quadro 62), e do "número de amigos" (quadro 63).

QUADRO 58  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica e saúde mental

		<b>P.C.ECONÓMICA</b>	
		<b>BAIXA</b>	<b>ELEVADA</b>
<b>S. MENTAL</b>	<b>BAIXA</b>	53(31%)	34(20%)
	<b>ELEVADA</b>	24(14%)	59(35%)

A análise dos resultados do quadro 58 , mostra que a distribuição não é a que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=170) = 17,55$ ,  $p < 0,0001$ : os indivíduos com percepção de capacidade económica elevada aglomeram-se na cela dos que têm melhor saúde mental, enquanto, inversamente, os que têm menor percepção de capacidade económica se aglomeram na cela dos que têm menor saúde mental. Os indivíduos com

percepção de capacidade económica baixa têm um  $rr=4$ , ou uma probabilidade quatro vezes superior do que os que têm percepção de capacidade económica elevada, de ter saúde mental baixa.

Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

**QUADRO 59**  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica, saúde mental e comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		PC.ECONÓMICA		PC.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S. MENTAL	BAIXA	19(51%)	5(13%)	6(12%)	10(20%)
	ELEVADA	6(16%)	7(19%)	7(14%)	26(53%)

Verifica-se que os indivíduos se tendem a aglomerar de acordo com a hipótese, conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 51\% > 31\% > 12\%$$

$$D'' > D > D' = 53\% > 35\% > 19\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa que têm nota baixa na variável comportamentos/atitude têm um  $rr=8$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e nota elevada na variável comportamentos/atitude, ou uma probabilidade oito vezes superior de ter saúde mental baixa.

**QUADRO 60**  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e saúde mental em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	29(63%)	11(24%)	4(9%)	2(5%)
	ELEVADA	1(2%)	5(11%)	4(9%)	33(77%)

A hipótese confirma-se, para a mediação da variável psicológica auto-eficácia, conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 63\% > 31\% > 9\%$$

$$D'' > D > D' = 77\% > 35\% > 11\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-eficácia baixas têm um  $rr=483$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e auto-eficácia elevadas, ou uma probabilidade 483 vezes superior de ter percepção de saúde mental baixa.

QUADRO 61

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e saúde mental em função da auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	31(66%)	13(28%)	3(7%)	1(2%)
	ELEVADA	2(4%)	1(2%)	11(24%)	31(74%)

A hipótese verifica-se para a variável psicológica auto-conceito conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 66\% > 31\% > 7\%$$

$$D'' > D > D' = 74\% > 35\% > 2\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-conceito baixos têm um  $rr=516$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e auto-conceito elevados, ou uma probabilidade 516 vezes superior de ter percepção de saúde mental baixa.

QUADRO 62

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e saúde mental em função da frequência da relação com amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	20(41%)	12(24%)	12(21%)	12(21%)
	ELEVADA	5(10%)	12(24%)	8(14%)	24(43%)

O quadro mostra que a hipótese se confirma para a esta variável conforme se pode ver a seguir:



$$A' > A > A'' = 41\% > 31\% > 12\%$$

$$D'' > D > D' = 43\% > 35\% > 24\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e frequência de contactos sociais baixos têm um  $rr=8$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e frequência de contactos sociais elevados, ou uma probabilidade oito vezes superior de ter percepção de saúde mental baixa.

QUADRO 63

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e saúde mental em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	19(39%)	19(39%)	10(22%)	4(9%)
	ELEVADA	2(4%)	9(18%)	10(22%)	22(48%)

O quadro mostra que a hipótese se verifica para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 39\% > 31\% > 22\%$$

$$D'' > D > D' = 48\% > 35\% > 18\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e reduzido número de amigos têm um  $rr=53$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e elevado número de amigos, ou uma probabilidade 53 vezes superior de ter percepção de saúde mental baixa.

### **Cruzamento da percepção de capacidade económica com percepção de apoio social**

O cruzamento da variável "percepção de capacidade económica" (P.C.ECONÓMICA) com "percepção de apoio social" (P.A.SOCIAL) mostra os seguintes resultados (quadro 64): por interposição das variáveis psicológicas, "comportamento/atitude" (quadro 65), "auto-eficácia" (quadro 66), "frequência de relações com amigos" (quadro 67), "número de amigos"

(quadro 68), e "auto-conceito" (quadro 69) aquele cruzamento sofre alterações de acordo com a hipótese.

QUADRO 64  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social

		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	46(27%)	36(21%)
	ELEVADA	22(13%)	68(39%)

A análise dos resultados do quadro 64, mostra que a distribuição não é a que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=172) = 17,98$ ,  $p < 0,0001$ : os indivíduos com percepção de capacidade económica mais baixa tendem a ter menor percepção de apoio social, enquanto os que têm percepção de capacidade económica mais elevada se aglomeram na cela dos que têm maior percepção de apoio social. Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa têm um  $rr=4$  do que os com percepção de capacidade económica elevada, de ter percepção de apoio social baixa.

Por mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 65  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(38%)	7(21%)	9(18%)	8(16%)
	ELEVADA	6(18%)	9(24%)	6(12%)	26(53%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver no quadro 65

$$A' > A > A'' = 38\% > 27\% > 18\%$$

$$D'' > D > D' = 53\% > 39\% > 24\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e comportamentos/ atitudes de saúde baixas têm um  $rr=7$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e comportamentos/ atitudes de saúde elevados, ou uma probabilidade sete vezes superior de ter percepção de apoio social baixa.

QUADRO 66

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	21(51%)	13(32%)	1(2%)	2(4%)
	ELEVADA	2(5%)	5(12%)	12(21%)	41(73%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 51\% > 27\% > 2\%$$

$$D'' > D > D' = 73\% > 39\% > 12\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-eficácia baixas têm um  $rr=263$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-eficácia elevadas, ou uma probabilidade 263 vezes superior de ter percepção de apoio social baixa.

QUADRO 67

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função da frequência de relações com amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	22(50%)	13(29%)	5(8%)	9(15%)
	ELEVADA	2(5%)	7(16%)	9(15%)	38(62%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 50\% > 27\% > 8\%$$

$$D'' > D > D' = 62\% > 39\% > 16\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e frequência de contactos sociais baixos têm um  $rr=48$  relativamente aos que têm

percepção de capacidade económica e frequência de contactos sociais elevados, ou uma probabilidade 48 vezes superior de ter percepção de apoio social baixa.

QUADRO 68

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
P.A.SOCIAL	BAIXA	BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
	ELEVADA	24(45%)	20(38%)	9(19%)	4(9%)
		2(4%)	7(13%)	5(11%)	28(61%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 45\% > 27\% > 19\%$$

$$D'' > D > D' = 61\% > 39\% > 13\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e reduzido número de amigos têm um  $rr=57$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e elevado número de amigos, ou uma probabilidade 48 vezes superior de ter percepção de apoio social baixa.

QUADRO 69

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
P.A.SOCIAL	BAIXA	BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
	ELEVADA	26(59%)	13(29%)	1(2%)	1(2%)
		2(4%)	3(7%)	9(21%)	33(75%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 59\% > 27\% > 2\%$$

$$D'' > D > D' = 75\% > 39\% > 7\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-conceito baixos têm um  $rr=433$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-conceito elevados, ou uma probabilidade 433 vezes superior de ter percepção de apoio social baixa.

### **Cruzamento da percepção de capacidade económica com percepção geral de saúde**

O cruzamento das variáveis "percepção de capacidade económica" (P.C.ECONÓMICA) e "percepção geral de saúde" (P.G.SAÚDE) mostra os resultados apresentados no quadro 70: com a mediação das variáveis psicológicas, "comportamento/atitude" (quadro 71), "auto-eficácia" (quadro 72), "locus de controlo de saúde" (quadro 73), "frequência de relações com amigos" (quadro 73), "número de amigos" (quadro 74), e "auto-conceito" (quadro 75) a distribuição do quadro 70 sofre alterações que evidenciam o efeito amortecedor das variáveis psicológicas.

QUADRO 70  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica e percepção geral de saúde

		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA
P.G.SAÚDE	BAIXA	39(23%)	36(21%)
	ELEVADA	31(18%)	65(38%)

A análise dos resultados do quadro 70, mostra que a distribuição não é a que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=171) = 6,76$ ,  $p < 0,01$ . O grupo de indivíduos com maior percepção de capacidade económica tende a ter maior percepção geral de saúde. Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa têm um  $rr=2$ , ou uma probabilidade duas vezes superior, de terem percepção geral de saúde baixa do que os com percepção de capacidade económica elevada.

Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 71

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G. SAÚDE	BAIXA	13(37%)	8(23%)	4(8%)	9(18%)
	ELEVADA	7(20%)	7(20%)	13(25%)	25(49%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver no quadro:

$$A' > A > A'' = 37\% > 23\% > 8\%$$

$$D'' > D > D' = 49\% > 38\% > 20\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e comportamentos/ atitudes baixos têm um  $rr=5$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e comportamentos/ atitudes elevados, ou uma probabilidade cinco vezes superior de ter percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 72

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G. SAÚDE	BAIXA	19(42%)	16(36%)	1(2%)	4(8%)
	ELEVADA	4(9%)	6(13%)	14(26%)	34(64%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver no quadro:

$$A' > A > A'' = 42\% > 23\% > 2\%$$

$$D'' > D > D' = 64\% > 38\% > 13\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-eficácia baixos têm um  $rr=43$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-eficácia elevados, ou uma probabilidade 43 vezes superior de ter percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 73

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função da frequência de relações com amigos

FREQ.AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G. SAÚDE	BAIXA	12(27%)	10(23%)	14(23%)	10(17%)
	ELEVADA	12(27%)	10(23%)	6(10%)	30(50%)

Conforme se pode ver a seguir, a hipótese verifica-se para a esta variável, embora com pouca amplitude para a cela A:

$$A' > A > A'' = 27\% > 23\% > 23\%$$

$$D'' > D > D' = 50\% > 38\% > 23\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e reduzidos contactos sociais têm um  $rr=3$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e contactos sociais frequentes, ou uma probabilidade três vezes superior de ter percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 74

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G. SAÚDE	BAIXA	12(25%)	15(31%)	9(19%)	7(15%)
	ELEVADA	10(21%)	11(23%)	10(21%)	21(45%)

A hipótese verifica-se para a esta variável, conforme se pode ver a seguir, mas as alterações à distribuição de casos pelas celas por influência da interposição da variável psicológica são muito suaves:

$$A' > A > A'' = 25\% > 23\% > 19\%$$

$$D'' > D > D' = 45\% > 38\% > 23\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica baixa e reduzido número de amigos têm um  $rr=4$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e muitos amigos, ou uma probabilidade quatro vezes superior de ter percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 75

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e percepção de apoio social em função da auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G. SAÚDE	BAIXA	17(39%)	14(33%)	3(7%)	2(5%)
	ELEVADA	9(21%)	3(7%)	10(23%)	28(65%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$A' > A > A'' = 39\% > 23\% > 7\%$$

$$D'' > D > D' = 65\% > 38\% > 7\%$$

Os indivíduos com percepção de capacidade económica e auto-conceito baixos têm um  $rr=26$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-conceito elevados, ou uma probabilidade 26 vezes superior de ter percepção geral de saúde baixa.

### Cruzamento da percepção de capacidade económica com sintomas físicos de mal-estar

O cruzamento da variável "percepção de capacidade económica" (P.C. ECONÓMICA) com "sintomas físicos de mal-estar" (SUNYA) mostra os resultados do quadro 76: por mediação das variáveis psicológicas, "comportamento/atitude" (quadro 77), "auto-eficácia" (quadro 78), "locus de controlo de saúde" (quadro 79), "frequência de relações com amigos" (quadro 80), "número de amigos" (quadro 81), e "auto-conceito" (quadro 82) verificam-se alterações na distribuição de casos pelas celas de acordo com a hipótese de que as variáveis psicológicas amortecem o impacto das situações de *stress* na saúde.

QUADRO 76

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar

		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	24(14%)	59(35%)
	ELEVADA	48(29%)	36(22%)



A análise dos resultados do quadro 76, mostra que a distribuição de casos pelas celas não é a que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $\chi^2(1, N=167) = 13,56$ ,  $p < 0,0003$ : o grupo de indivíduos com maior percepção de capacidade económica tende a aglomerar-se na cela dos que têm menos sintomas físicos de mal-estar, enquanto o com menor percepção de capacidade económica tende a aglomerar-se na cela dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar. Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica baixa têm um  $rr = 3$ , ou uma probabilidade três vezes superior de ter valores elevados de sintomas de mal-estar.

Dado que esta variável apresenta resultados inversos das anteriores (nota mais elevada corresponde a mais sintomas físicos da mal-estar e a pior resultado), a expressão da hipótese passa a ser:

$$B'' > B > B'$$

$$C' > C > C''$$

Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas:

QUADRO 77

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	7(19%)	6(17%)	6(13%)	25(54%)
	ELEVADA	13(36%)	10(28%)	7(15%)	8(17%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$B'' > B > B' = 54\% > 35\% > 17\%$$

$$C' > C > C'' = 36\% > 29\% > 15\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica baixa, e valores baixos de comportamentos/ atitudes de saúde, têm um  $rr = 6$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada, e

valores elevados de comportamentos/ atitudes de saúde, ou uma probabilidade seis vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 78

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	3(7%)	5(11%)	11(18%)	35(56%)
	ELEVADA	20(45%)	16(36%)	8(13%)	8(13%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$B'' > B > B' = 56\% > 35\% > 11\%$$

$$C' > C > C'' = 45\% > 29\% > 13\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica e de auto-eficácia baixos, têm um  $rr=30$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-eficácia elevadas, ou uma probabilidade 30 vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 79

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função do locus-de-controlo-de-saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	2(6%)	11(33%)	10(20%)	23(45%)
	ELEVADA	10(30%)	10(30%)	6(12%)	12(24%)

A hipótese verifica-se para a esta variável, embora a mudança de percentagem na distribuição pelas diversas celas seja muito suave, conforme se pode ver a seguir :

$$B'' > B > B' = 45\% > 35\% > 33\%$$

$$C' > C > C'' = 30\% > 29\% > 12\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica baixa e locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=10$  relativamente aos que têm

percepção de capacidade económica elevada e locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade 10 vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 80  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função da frequência de relações com amigos

FREQ.AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	9(20%)	14(30%)	6(11%)	21(40%)
	ELEVADA	16(35%)	7(15%)	10(19%)	16(30%)

A hipótese verifica-se para a esta variável, embora a mudança de percentagem na distribuição pelas diversas celas seja suave, conforme se pode ver a seguir:

$$B'' > B > B' = 40\% > 35\% > 30\%$$

$$C' > C > C'' = 35\% > 29\% > 19\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica baixa e frequência reduzida de contactos sociais, têm um  $rr=2$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e frequência elevada de contactos sociais, ou uma probabilidade duas vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 81  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	6(12%)	11(23%)	9(22%)	17(42%)
	ELEVADA	16(33%)	15(31%)	7(18%)	7(18%)

A hipótese verifica-se para a esta variável, embora a mudança de percentagem na distribuição pelas diversas celas seja suave, conforme se pode ver a seguir:

$$B'' > B > B' = 42\% > 35\% > 23\%$$

$$C' > C > C'' = 33\% > 29\% > 18\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica baixa e reduzido número de amigos, têm um  $rr=6$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica elevada e elevado número de amigos, ou uma probabilidade seis vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 82

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis de percepção de capacidade económica e sintomas físicos de mal-estar em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		P.C.ECONÓMICA		P.C.ECONÓMICA	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	6(14%)	2(5%)	7(18%)	23(57%)
	ELEVADA	20(48%)	14(33%)	6(15%)	4(10%)

A hipótese verifica-se para a esta variável conforme se pode ver a seguir:

$$B'' > B > B' = 57\% > 35\% > 5\%$$

$$C' > C > C'' = 48\% > 29\% > 15\%$$

Os indivíduos que têm percepção de capacidade económica e auto-conceito baixos, têm um  $rr=20$  relativamente aos que têm percepção de capacidade económica e auto-conceito elevados, ou uma probabilidade 20 vezes superior de ter valores elevados de sintomas físicos de mal-estar.

No quadro 83 apresentam-se, unicamente, as variáveis cuja percentagem de alteração dos sujeitos pelas celas se faz de acordo com a hipótese apresentada no início, quando se acrescenta a variável psicológica. Assinala-se a magnitude do risco relativo.

QUADRO 83  
Variáveis psicológicas que amortecem o impacto da percepção  
de capacidade económica sobre a saúde, e magnitude do rr.

rr sem mediação	P.S.FÍSICA 3	S.MENTAL 4	P.A.SOCIAL 4	P.G.SAÚDE 2	SUNYA 3
COMPORTAMENTO		8	7	5	6
AUTO-EFICÁCIA	57	483	263	43	30
LOCUS DE CONTROLO					10
FREQ.AMIGOS		8	48	3	2
NÚMERO AMIGOS	5	53	57	4	7
AUTO-CONCEITO	46	517	433	26	20

A observação do quadro 83 permite constatar que, exceptuando o locus de controlo de saúde, as restantes variáveis psicológicas têm efeito mediador entre a percepção de capacidade económica e as diversas variáveis do grupo saúde, de acordo com a hipótese, ou seja, quando se junta a variável psicológica, os que têm valores mais positivos na variável ambiental e psicológica têm valores mais positivos na variável saúde quando comparados com os que têm valores menos positivos nas variáveis psicológica e ambiental.

A análise a partir do risco relativo, que só toma em consideração metade das celas, confirma o papel amortecedor das variáveis psicológicas. Inspeccionando a magnitude do risco relativo de, simultaneamente, pertencer ao grupo dos que têm menor percepção de capacidade económica e valores mais baixos das variáveis psicológicas, quando comparado com os que pertencem ao grupo dos que têm valores mais positivos nestas duas variáveis verifica-se que, nalguns casos atinge valores elevados e que, são normalmente maiores do que o risco relativo sem a mediação da variável psicológica.

A análise da primeira coluna do quadro mostra, por exemplo, que para a percepção de saúde física, pertencer ao grupo dos que têm valores mais negativos de auto-eficácia, aumenta 19 vezes a probabilidade de a percepção de capacidade económica baixa estar associada a percepção de saúde física baixa (57/3). Tal aumento de probabilidade aumenta para

quase todas as variáveis psicológicas: é excepção a frequência de contactos sociais para os sintomas físicos de mal-estar (última coluna).

### **Variável Temas Preocupantes**

De seguida exibem-se os resultados do cruzamento da variável preocupações, respectivamente com as variáveis de saúde a que se acrescentam as variáveis psicológicas. Esta variável tem um comportamento diferente da anterior, ou seja, valores mais elevados da variável "temas preocupantes" expressam pior resultado, pelo que, para estar de acordo com a hipótese de amortecedor do impacto negativo da variável ambiental, o padrão de alteração de distribuição da frequência de indivíduos pelas celas passará a ser:  $B' > B > B''$ , e  $C' > C > C''$ .

### **Cruzamento da variável ambiental "temas preocupantes" com a variável de saúde "percepção de saúde física"**

O cruzamento da variável "temas preocupantes" (PREOCUPAÇÕES) com "percepção de saúde física" (P.S.FÍSICA) mostra os resultados exibidos no quadro 84: por interposição das variáveis psicológicas, "comportamento/attitudes" (quadro 85), "auto-eficácia" (quadro 86), e "auto-conceito" (quadro 87), verificam-se alterações no padrão de distribuição de casos pelas celas de acordo com a hipótese.

QUADRO 84  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis preocupações e percepção de saúde física

		<b>PREOCUPAÇÕES</b>	
		BAIXO	ELEVADO
<b>P.S.FÍSICA.</b>	BAIXA	66(31%)	87(41%)
	ELEVADA	31(15%)	28(13%)

A análise dos resultados do quadro 84, mostra que a distribuição não difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=212) = 1,51$ ,  $p$  n.s. A análise do risco relativo mostra que os indivíduos que têm um valor

mais elevado na variável preocupações têm um  $rr= 1,4$ , ou uma probabilidade uma vez e meia superior de ter percepção de saúde física baixa, do que os que pertencem ao grupo dos que têm valor mais baixo na variável ambiental. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 85  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de saúde física, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.S.FÍSICA	BAIXA	13(23%)	33(59%)	17(30%)	10(18%)
	ELEVADA	5(9%)	5(9%)	13(23%)	13(23%)

A hipótese confirma-se, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 59\% > 41\% > 18\%$$

$$C'' > C > C' = 23\% > 15\% > 9\%$$

O grupo dos que têm, simultaneamente, mais preocupações e auto-eficácia mais baixa, têm um  $rr=5$ , relativamente aos que têm menos preocupações e auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade cinco vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

QUADRO 86  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de saúde física, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.S.FÍSICA	BAIXA	13(21%)	39(63%)	17(37%)	5(11%)
	ELEVADA	7(11%)	3(5%)	10(22%)	14(30%)

A hipótese confirma-se, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 63\% > 41\% > 11\%$$

$$C'' > C > C' = 22\% > 15\% > 11\%$$

O grupo dos que têm, simultaneamente, mais preocupações e auto-conceito mais baixo, têm um  $rr=8$ , relativamente aos que têm menos preocupações e

auto-conceito elevado, ou uma probabilidade oito vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

### **Cruzamento de "temas preocupantes" com "saúde mental"**

O cruzamento da variável "temas preocupantes" (PREOCUPAÇÕES) com "saúde mental" (S.MENTAL) resulta na seguinte distribuição de casos conforme o quadro 87. A interposição das variáveis psicológicas "comportamento/attitudes" (quadro 88), "auto-eficácia" (quadro 89), "frequência de relações com amigos" (quadro 90), e "auto-conceito" (quadro 91), mostra alteração no padrão de distribuição de resultados de acordo com a hipótese.

QUADRO 87  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis preocupações e saúde mental

		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO
S. MENTAL	BAIXA	29(16%)	63(34%)
	ELEVADA	57(31%)	35(19%)

A análise dos resultados do quadro 87, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=184)=17,11$ ,  $p<0,0001$ : os indivíduos com poucas preocupações (valor baixo da variável preocupações), acumula-se no grupo dos que têm valores mais altos para a saúde mental, enquanto, inversamente, os que têm valores mais elevados de preocupações se acumulam no grupo dos que têm valores mais baixos para a saúde mental. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que tem mais preocupações têm um  $rr=4$ , ou uma probabilidade quatro vezes superior de pertencer ao grupo dos que têm saúde mental baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.



QUADRO 88

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e saúde mental, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
S.MENTAL	BAIXA	7(20%)	13(37%)	7(11%)	16(26%)
	ELEVADA	11(31%)	4(11%)	20(33%)	18(30%)

A hipótese confirma-se, embora com variações pouco sensíveis em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 37\% > 34\% > 26\%$$

$$C'' > C > C' = 33\% > 31\% > 31\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e que tem valores de comportamentos/ atitudes de saúde mais baixos, têm um  $rr=9$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e valores de comportamentos/ atitudes de saúde mais elevados, ou uma probabilidade nove vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 89

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e saúde mental, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
S.MENTAL	BAIXA	12(23%)	32(62%)	1(2%)	4(7%)
	ELEVADA	6(12%)	2(4%)	32(57%)	19(34%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 62\% > 34\% > 7\%$$

$$C'' > C > C' = 57\% > 31\% > 12\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-eficácia mais baixa, têm um  $rr=533$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e valores de

auto-eficácia mais elevada, ou uma probabilidade 533 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 90

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e saúde mental, em função da frequência de relações com amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
S.MENTAL	BAIXA	10(23%)	22(51%)	9(13%)	19(26%)
	ELEVADA	6(14%)	5(12%)	27(37%)	17(24%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 51\% > 34\% > 26\%$$

$$C'' > C > C' = 37\% > 31\% > 14\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e menor frequência de contactos sociais, têm um  $rr=13$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e maior frequência de contactos sociais, ou uma probabilidade 13 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 91

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e saúde mental, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
S.MENTAL	BAIXA	12(23%)	35(66%)	2(4%)	2(4%)
	ELEVADA	3(6%)	3(6%)	31(60%)	17(33%)

A hipótese confirma-se em função da variável mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 66\% > 34\% > 4\%$$

$$C'' > C > C' = 60\% > 31\% > 6\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-conceito baixo, têm um  $rr=194$ , relativamente aos que

pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 194 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

### **Cruzamento de "temas preocupantes" com "percepção de apoio social"**

O resultado do cruzamento da variável "temas preocupantes" (PREOCUPAÇÕES) com "percepção de apoio social" (P.A.SOCIAL) apresenta-se no quadro 92: a interposição das variáveis psicológicas, "auto-eficácia" (quadro 93), "frequência de relações com amigos" (quadro 94), "número de amigos" (quadro 95), e "auto-conceito" (quadro 96) provoca alterações no padrão de distribuição dos resultados de acordo com a hipóteses.

QUADRO 92  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis preocupações e percepção de apoio social

		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO
P.A.SOCIAL	BAIXA	23(13%)	55(31%)
	ELEVADA	57(32%)	44(24%)

A análise dos resultados do quadro 92, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=179) = 12,93$ ,  $p < 0,0004$ : os indivíduos com menos preocupações (valor baixo da variável preocupações), acumulam-se na cela dos que têm valores mais altos para a percepção de apoio social, enquanto, inversamente, os que têm valores mais elevados de preocupações se acumulam no grupo dos que têm valores mais baixos. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que tem mais preocupações têm um  $rr=3$ , ou uma probabilidade três vezes superior de pertencer ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa. Da mediação das variáveis psicológicas

verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 93  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de apoio social, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.A.SOCIAL	BAIXA	9(19%)	30(64%)	1(2%)	5(8%)
	ELEVADA	2(4%)	6(13%)	36(59%)	19(31%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 64\% > 31\% > 8\%$$

$$C'' > C > C' = 59\% > 32\% > 4\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-eficácia baixa, têm um  $rr=250$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 250 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 94  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de apoio social, em função da frequência de relações com amigos

FREQ.AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.A.SOCIAL	BAIXA	12(27%)	26(58%)	3(4%)	8(11%)
	ELEVADA	3(7%)	4(8%)	31(41%)	33(44%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 58\% > 31\% > 11\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 32\% > 7\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e reduzido contacto com amigos, têm um  $rr=72$ ,

relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e elevado contacto com amigos, ou uma probabilidade 72 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 95

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de apoio social, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.A.SOCIAL	BAIXA	8(19%)	26(62%)	3(5%)	8(14%)
	ELEVADA	5(12%)	3(7%)	30(53%)	16(28%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 62\% > 31\% > 14\%$$

$$C'' > C > C' = 53\% > 32\% > 12\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e poucos amigos, têm um  $rr=87$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e mais amigos, ou uma probabilidade 87 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 96

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção de apoio social, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.A.SOCIAL	BAIXA	11(23%)	32(65%)	3(5%)	1(2%)
	ELEVADA	-	6(12%)	32(55%)	22(38%)

A hipótese confirma-se em função da variável mediadora, conforme se pode ver a seguir

$$B' > B > B'' = 65\% > 31\% > 2\%$$

$$C'' > C > C' = 55\% > 32\% > 0\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-conceito baixo, têm um  $rr=59$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 59 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

### **Cruzamento de "temas preocupantes" com "percepção geral de saúde"**

O resultado do cruzamento da variável "temas preocupantes" (PREOCUPAÇÕES) com "percepção geral de saúde" (P.G.SAÚDE) é apresentado no quadro 97: a mediação das variáveis psicológicas "comportamento/atitude" (quadro 98), "auto-eficácia" (quadro 99), "locus de controlo de saúde" (quadro 100), "frequência de relações com amigos" (quadro 101), "número de amigos" (quadro 102) e "auto-conceito" (quadro 103), provoca alterações no padrão de distribuição dos casos pelas celas de acordo com uma ou ambas as hipóteses.

QUADRO 97  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis preocupações e percepção geral de saúde

		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	24(14%)	55(32%)
	ELEVADA	54(32%)	38(22%)

A análise dos resultados do quadro 97, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=171)=13,73$ ,  $p<0,0003$ : os indivíduos com poucas preocupações (valor baixo da variável "temas preocupantes"), acumula-se no grupo dos que têm valores mais altos para a "percepção geral de saúde", enquanto, inversamente, os que têm valores mais elevados de preocupações se acumulam no grupo dos que têm valores mais baixos de percepção geral de saúde. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que tem mais

preocupações têm um  $rr=3$ , ou uma probabilidade três vezes superior de pertencer ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas:

QUADRO 98  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.G.SAÚDE	BAIXA	9(24%)	13(34%)	4(8%)	11(23%)
	ELEVADA	9(24%)	7(18%)	19(40%)	14(29%)

A hipótese confirma-se, embora com variações pouco sensíveis, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 34\% > 32\% > 23\%$$

$$C'' > C > C' = 40\% > 32\% > 24\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e nota de comportamento/attitudes baixa, têm um  $rr=9$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e nota de comportamento/attitudes elevada, ou uma probabilidade 9 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 99  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
P.G.SAÚDE	BAIXA	8(19%)	26(60%)	2(4%)	4(7%)
	ELEVADA	6(14%)	3(7%)	28(51%)	21(38%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 60\% > 32\% > 7\%$$

$$C'' > C > C' = 51\% > 32\% > 14\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-eficácia baixa, têm um  $rr=124$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 124 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 100

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	4(11%)	13(36%)	7(19%)	6(17%)
	ELEVADA	9(25%)	10(28%)	12(33%)	11(31%)

A hipótese confirma-se, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 36\% > 32\% > 17\%$$

$$C'' > C > C' = 33\% > 32\% > 25\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=2$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e locus de controlo interno, ou uma probabilidade 2 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 101

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde, em função da frequência de relações com amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	4(10%)	22(56%)	12(18%)	15(22%)
	ELEVADA	8(21%)	5(13%)	22(32%)	19(28%)



A hipótese confirma-se, embora de modo pouco sensível, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 56\% > 32\% > 22\%$$

$$C'' > C > C' = 32\% > 32\% > 21\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e reduzido contacto com amigos, têm um  $rr=8$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e elevado contacto com amigos, ou uma probabilidade 8 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 102  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	9(22%)	22(54%)	5(9%)	11(20%)
	ELEVADA	6(15%)	4(10%)	27(50%)	11(20%)

A hipótese confirma-se, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 54\% > 32\% > 20\%$$

$$C'' > C > C' = 50\% > 32\% > 15\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e número de amigos reduzido, têm um  $rr=31$  relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e número de amigos elevado, ou uma probabilidade 31 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 103  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e percepção geral de saúde, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	8(16%)	31(62%)	5(9%)	3(6%)
	ELEVADA	5(10%)	6(12%)	25(47%)	20(38%)

A alteração da distribuição dos resultados faz-se de acordo com a hipótese, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 62\% > 32\% > 6\%$$

$$C'' > C > C' = 47\% > 32\% > 10\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-conceito baixo, têm um  $rr=22$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 22 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

### **Cruzamento de "temas preocupantes" com "sintomas físicos de mal-estar"**

O resultado do cruzamento da variável "temas preocupantes" (PREOCUPAÇÕES) com "sintomas físicos de mal-estar" (SUNYA) é mostrado no quadro 104: a mediação das variáveis psicológicas "comportamento/ atitudes" (quadro 105), "auto-eficácia" (quadro 106), "locus de controlo de saúde" (quadro 107), "número de amigos" (quadro 108) e "auto-conceito" (quadro 109), provoca alterações no padrão de distribuição de respostas de acordo com o que seria esperado na hipótese.

QUADRO 104  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar

		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO
SUNYA	BAIXA	50(32%)	29(18%)
	ELEVADA	15(9%)	64(41%)

A análise dos resultados do quadro 104, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=158) = 32,01$ ,  $P < 0,0001$ : os indivíduos com menos preocupações aglomeram-se na cela do grupo dos que têm menos sintomas físicos de mal-estar enquanto os que têm mais preocupações se aglomeram na dos que têm mais sintomas

físicos de mal-estar. Lembramos que esta variável se distribui de modo diferente das restantes e que para a hipótese original será:  $A'' > A > A'$ , e  $D' > D > D''$ . A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que tem mais preocupações têm um  $rr=7$ , ou uma probabilidade sete vezes superior de pertencer ao grupo dos que têm elevados sintomas de mal-estar físico. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 108  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar, em função do comportamento/attitudes

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXA ELEVADA		PREOCUPAÇÕES BAIXA ELEVADA	
SUNYA	BAIXA	11(32%)	4(12%)	20(43%)	10(22%)
	ELEVADA	4(12%)	15(44%)	3(7%)	13(28%)

A hipótese confirma-se, embora de modo pouco sensível, conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 43\% > 32\% > 32\%$$

$$D' > D > D'' = 44\% > 41\% > 28\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e nota baixa de comportamentos /attitudes têm um  $rr=25$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e nota elevada de comportamentos/ attitudes, ou uma probabilidade 22 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 106  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
SUNYA	BAIXA	8(19%)	2(5%)	28(48%)	18(31%)
	ELEVADA	3(7%)	29(69%)	2(3%)	10(17%)

A hipótese confirma-se, conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 48\% > 32\% > 19\%$$

$$D' > D > D'' = 69\% > 41\% > 17\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-eficácia baixa, têm um  $rr=207$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 207 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 107  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES		PREOCUPAÇÕES	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
SUNYA	BAIXA	8(23%)	9(26%)	15(33%)	9(20%)
	ELEVADA	2(6%)	16(46%)	4(9%)	17(38%)

A hipótese confirma-se, embora de modo pouco sensível, conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 33\% > 32\% > 23\%$$

$$D' > D > D'' = 46\% > 41\% > 38\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=7$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade sete vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 108

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
SUNYA	BAIXA	7(18%)	4(10%)	19(42%)	8(18%)
	ELEVADA	6(15%)	23(57%)	2(4%)	16(36%)

A alteração da distribuição dos resultados faz-se de acordo com a hipótese, conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 42\% > 32\% > 18\%$$

$$D' > D > D'' = 57\% > 41\% > 36\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e menos amigos, têm um  $rr=58$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e mais amigos, ou uma probabilidade 58 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 109

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis preocupações e sintomas físicos de mal-estar, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO		PREOCUPAÇÕES BAIXO ELEVADO	
SUNYA	BAIXA	6(15%)	2(5%)	17(38%)	15(33%)
	ELEVADA	2(5%)	29(74%)	5(11%)	8(18%)

A alteração da distribuição dos resultados faz-se de acordo com a hipótese, conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 38\% > 32\% > 5\%$$

$$D' > D > D'' = 74\% > 41\% > 18\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que têm mais preocupações e auto-conceito baixo, têm um  $rr=50$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que têm menos preocupações e auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 50 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

O quadro 110 assinala, unicamente, as variáveis psicológicas que amortecem o impacto da variável ambiental "temas preocupantes" nas variáveis de saúde de acordo com a hipótese inicial, com indicação do risco relativo correspondente a esse amortecimento.

QUADRO 110  
Variáveis psicológicas que amortecem o impacto dos  
temas preocupantes sobre a saúde

rr sem mediação	P.S.FÍSICA 1,4	S.MENTAL 4	P.A.SOCIAL 3	P.G.SAÚDE 3	SUNYA 7
COMPORTAMENTO		9		9	25
AUTO-EFICÁCIA	5	533	250	124	207
LOCUS DE CONTROLO		7		2	7
FREQ.AMIGOS		13	72	8	
NÚMERO AMIGOS			87	31	58
AUTO-CONCEITO	8	194	59	22	50

A observação do quadro 110 permite constatar que a maioria das variáveis psicológicas têm efeito mediador entre a variável ambiental "temas preocupantes" e as diversas variáveis do grupo saúde, de acordo com a hipótese, ou seja, quando se junta a variável psicológica, os que têm valores mais positivos na variável ambiental e psicológica têm valores mais positivos na variável saúde quando comparados com os que têm valores menos positivos nas variáveis psicológica e ambiental. Isto pode verificar-se pela alteração da distribuição da percentagem de indivíduos pelas celas por mediação da variável psicológica, como pela análise do risco relativo para aqueles em a distribuição se fez do modo esperado. Para o risco relativo não se verificou diminuição por mediação do locus de controlo de saúde sobre as variáveis de saúde em duas das três variáveis assinaladas.

### Variável Acontecimentos

De seguida mostram-se os resultados do cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*", com as variáveis de saúde a que se acrescentam as variáveis psicológicas. Dado que o comportamento desta variável tem uma relação inversa (valor maior, pior resultado) a hipótese

para a mediação da variável psicológica, considerando que a tabela da direita corresponde ao valor da variável psicológica mais positivo, passa a ser:

$$B' > B > B''$$

$$C'' > C > C'$$

### **Cruzamento de "acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção de saúde física"**

O resultado do cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" (ACONTECE) com a "percepção de saúde física" (P.S.FÍSICA) mostra-se no quadro 111: acrescentam-se os quadros que mostram o valor amortecedor po mediação as variáveis psicológicas "comportamento /atitudes" (quadro 112), "auto-eficácia" (quadro 113), "número de amigos" (quadro 114) e "auto-conceito" (quadro 115).

QUADRO 111  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis acontecimentos (número mais elevado de acontecimentos) e percepção de saúde física

		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO
P.S.FÍSICA	BAIXA	76(29%)	111(43%)
	ELEVADA	42(16%)	32(12%)

A análise dos resultados do quadro 111, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=261) = 5,55$ ,  $p < 0,02$ : os indivíduos que estiveram sujeitos a mais acontecimentos geradores de *stress* tendem a concentrar-se na cela dos que têm uma percepção de saúde física mais baixa. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu ais acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=2$ , ou uma probabilidade duas vezes superior de pertencer ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas:

QUADRO 112

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de saúde física, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	20(28%)	41(58%)	15(27%)	17(31%)
	ELEVADA	4(6%)	6(8%)	15(27%)	8(15%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 58\% > 43\% > 31\%$$

$$C'' > C > C' = 27\% > 16\% > 6\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes, têm um  $rr=7$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes, ou uma probabilidade 7 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

QUADRO 113

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de saúde física, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	21(29%)	41(57%)	14(18%)	13(17%)
	ELEVADA	7(10%)	3(4%)	15(19%)	11(14%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 57\% > 43\% > 17\%$$

$$C'' > C > C' = 19\% > 16\% > 10\%$$



O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=15$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 15 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa

QUADRO 114  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de saúde física, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	21(26%)	40(50%)	16(27%)	20(33%)
	ELEVADA	12(15%)	7(9%)	12(20%)	12(20%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 50\% > 43\% > 33\%$$

$$C'' > C > C' = 20\% > 16\% > 15\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm reduzido número de amigos, têm um  $rr=4$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm elevado número de amigos, ou uma probabilidade 4 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa

QUADRO 115  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de saúde física, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	24(32%)	39(52%)	10(22%)	11(24%)
	ELEVADA	8(11%)	4(5%)	13(28%)	12(26%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 52\% > 43\% > 24\%$$

$$C'' > C > C' = 28\% > 16\% > 11\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=13$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 13 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

### **Cruzamento de "acontecimentos geradores de *stress*" com "saúde mental"**

O resultado do cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" (ACONTECE) com "saúde mental" (S.MENTAL) é o apresentado no quadro 116: a mediação das variáveis psicológicas "comportamento/ atitudes" (quadro 117), "auto-eficácia" (quadro 118), "locus de controlo de saúde" (quadro 119), "frequência de relações com amigos" (quadro 120), "número de amigos" (quadro 121) e "auto-conceito" (quadro 122) altera o padrão de distribuição dos resultados pelas celas conforme previsto na hipótese.

QUADRO 116  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis acontecimentos (número mais elevado de acontecimentos) e saúde mental

		ACONTECE	
S.MENTAL	BAIXA	BAIXO 29(13%)	ELEVADO 87(39%)
	ELEVADA	65(30%)	39(18%)

A análise dos resultados do quadro 116, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=220) = 31,51$ ,  $p < 0,0001$ : os indivíduos que estiveram sujeitos a mais acontecimentos geradores de *stress* tendem a concentrar-se na cela dos que têm uma

saúde mental mais baixa, enquanto os que estiveram sujeitos a número menor de acontecimentos se aglomeram na cela dos que têm uma saúde mental mais elevada. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu mais acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=5$ , ou uma probabilidade cinco vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 117

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
S.MENTAL	BAIXA	7(15%)	24(50%)	8(13%)	20(32%)
	ELEVADA	7(15%)	10(21%)	22(35%)	12(19%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 50\% > 39\% > 32\%$$

$$C'' > C > C' = 35\% > 30\% > 15\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes, têm um  $rr=7$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes, ou uma probabilidade sete vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde mental baixa.

QUADRO 118

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
S.MENTAL	BAIXA	8(15%)	40(73%)	1(2%)	7(11%)
	ELEVADA	3(5%)	4(7%)	34(53%)	22(34%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 73\% > 39\% > 11\%$$

$$C'' > C > C' = 53\% > 30\% > 5\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=500$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 500 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 119

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	8(16%)	20(41%)	7(10%)	21(31%)
	ELEVADA	13(27%)	8(16%)	27(40%)	12(18%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 41\% > 39\% > 31\%$$

$$C'' > C > C' = 40\% > 30\% > 27\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo externo, têm um  $rr=10$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo interno, ou uma probabilidade 10 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 120

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função da frequência de relações com os amigos

FREQ.AMIGOS		BAIXA		ELEVADA	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	15(25%)	28(47%)	5(6%)	27(36%)
	ELEVADA	13(22%)	4(7%)	25(32%)	20(26%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 47\% > 39\% > 36\%$$

$$C'' > C > C' = 32\% > 30\% > 22\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm contactos pouco frequentes com amigos, têm um  $rr=35$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm contactos frequentes com amigos, ou uma probabilidade 35 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 121

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	10(17%)	40(67%)	6(10%)	11(18%)
	ELEVADA	7(12%)	3(5%)	25(41%)	19(31%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 67\% > 39\% > 18\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 30\% > 12\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm reduzido número de amigos, têm um  $rr=56$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que

viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e elevado número de amigos, ou uma probabilidade 56 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 122  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e saúde mental, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA	ELEVADA	ACONTECE BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	13(22%)	38(64%)	2(3%)	3(5%)
	ELEVADA	7(12%)	1(2%)	34(59%)	19(33%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 64\% > 39\% > 5\%$$

$$C'' > C > C' = 59\% > 30\% > 12\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=760$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 760 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

### Cruzamento de "acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção de apoio social"

O cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" (ACONTECE) com "percepção de apoio social" (P.A.SOCIAL) mostra os resultados exibidos no quadro 123: a mediação das variáveis psicológicas, "auto-eficácia" (quadro 124), "frequência de relações com amigos" (quadro 125), "número de amigos" (quadro 126) e "auto-conceito" (quadro 127) altera o padrão de distribuição dos resultados de acordo com o que era esperado.

QUADRO 123

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis acontecimentos (número mais elevado de acontecimentos) e percepção de apoio social

		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO
P.A.SOCIAL	BAIXA	39(19%)	64(30%)
	ELEVADA	62(30%)	45(21%)

A análise dos resultados do quadro 123, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se fosse aleatória  $X^2 (1, N=210) = 8,47, p < 0,004$ : os indivíduos que estiveram sujeitos a mais acontecimentos geradores de *stress* tendem a concentrar-se na cela dos que têm uma percepção de apoio social mais baixa, enquanto os que estiveram sujeitos a número menor de acontecimentos se aglomeram na cela dos que têm uma percepção de apoio social mais elevada. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu mais acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=2$ , ou uma probabilidade duas vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 124

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de apoio social, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(25%)	30(58%)	1(2%)	5(9%)
	ELEVADA	5(10%)	4(8%)	31(53%)	21(36%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 58\% > 30\% > 9\%$$

$$C'' > C > C' = 53\% > 30\% > 10\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um

$rr=250$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 250 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio baixa.

QUADRO 125

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de apoio social, em função da frequência de relações com os amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	18(35%)	28(53%)	4(5%)	11(14%)
	ELEVADA	5(10%)	1(2%)	32(41%)	31(40%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 53\% > 30\% > 14\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 30\% > 10\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm contactos sociais pouco frequentes, têm um  $rr=233$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm contactos sociais frequentes, ou uma probabilidade 233 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 126

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de apoio social, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	20(30%)	36(55%)	9(15%)	8(14%)
	ELEVADA	6(9%)	4(6%)	24(41%)	18(31%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 55\% > 30\% > 14\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 30\% > 9\%$$



O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm poucos amigos, têm um  $rr=24$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm muitos amigos, ou uma probabilidade 24 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 127  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de apoio social, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
P.A.SOCIAL	BAIXA	16(27%)	35(59%)	3(6%)	1(2%)
	ELEVADA	5(8%)	3(5%)	30(56%)	20(37%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 59\% > 30\% > 2\%$$

$$C'' > C > C' = 56\% > 30\% > 8\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=117$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 117 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

### Cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção geral de saúde"

O resultado do cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" (ACONTECE) com "percepção geral de saúde" (P.G.SAÚDE) é mostrado no quadro 128: a mediação das variáveis psicológicas "comportamentos /atitudes" (quadro 129), "auto-eficácia" (quadro 130), "número de amigos" (quadro 131) e "auto-conceito" (quadro 132), altera o

padrão de distribuição dos casos pelas celas de acordo com o que era esperado.

QUADRO 128  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, das variáveis acontecimentos e percepção geral de saúde

		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	24(12%)	79(39%)
	ELEVADA	58(28%)	44(21%)

A análise dos resultados do quadro 128, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=205) = 24,05$ ,  $p < 0,0001$ : os indivíduos que sofreram muitos acontecimentos geradores de *stress* (valor elevado da variável "acontecimentos geradores de *stress*"), acumulam-se no grupo dos que têm uma percepção geral de saúde mais baixa enquanto, inversamente, os que sofreram menos acontecimentos geradores de *stress* se acumulam no grupo dos que têm uma percepção geral de saúde mais elevada. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu mais acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=4$ , ou uma probabilidade quatro vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 129  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção geral de saúde, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	6(11%)	28(52%)	4(7%)	19(32%)
	ELEVADA	9(17%)	11(20%)	25(42%)	11(19%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 52\% > 39\% > 32\%$$

$$C'' > C > C' = 42\% > 28\% > 17\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes para com a saúde, têm um  $rr=16$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes para com a saúde, ou uma probabilidade 16 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 130  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção geral de saúde, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	6(12%)	29(59%)	2(4%)	7(13%)
	ELEVADA	8(16%)	6(12%)	24(46%)	19(37%)

A hipótese confirma-se em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 59\% > 39\% > 13\%$$

$$C'' > C > C' = 46\% > 28\% > 16\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=60$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 60 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 131  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção geral de saúde, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	9(17%)	28(54%)	6(11%)	14(26%)
	ELEVADA	7(13%)	8(15%)	16(30%)	17(32%)

A hipótese confirma-se, em função da variável pretensamente mediadora, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 54\% > 39\% > 26\%$$

$$C'' > C > C' = 30\% > 28\% > 13\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm reduzido número de amigos, têm um  $rr=9$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm elevado número de amigos, ou uma probabilidade nove vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 135  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção geral de saúde, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO	BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	12(21%)	31(55%)	3(6%)	8(15%)
	ELEVADA	6(11%)	7(13%)	26(48%)	17(31%)

A alteração da distribuição dos resultados faz-se de acordo com a hipótese, conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 55\% > 39\% > 15\%$$

$$C'' > C > C' = 48\% > 28\% > 11\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=40$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 40 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

**Cruzamento de "acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção de sintomas de mal-estar"**

O cruzamento da variável "acontecimentos geradores de *stress*" (ACONTECE) com "percepção de sintomas de mal-estar" (SUNYA) mostra os resultados do quadro 133: a mediação do "comportamento/attitudes" (quadro 134), da "auto-eficácia" (quadro 135), do "locus de controlo de saúde" (quadro 136), do "número de amigos" (quadro 137) e do "auto-conceito" (quadro 138) altera o padrão de distribuição de casos pelas celas, de acordo com o que era esperado.

QUADRO 133  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis acontecimentos (número mais elevado de acontecimentos) e percepção de sintomas de mal-estar

		ACONTECE	
		BAIXO	ELEVADO
SUNYA	BAIXA	54(28%)	28(15%)
	ELEVADA	31(16%)	80(41%)

A análise dos resultados do quadro 133, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=193) = 27,52$ ,  $p < 0,0001$ : os indivíduos que estiveram sujeitos a mais acontecimentos geradores de *stress* (valor mais elevado), tendem a concentrar-se na cela dos que têm percepção maior de sintomas de mal-estar, enquanto os que estiveram sujeitos a número menor de acontecimentos se aglomeram na cela dos que têm uma percepção de menos sintomas de mal-estar. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu mais acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=5$ , ou uma probabilidade cinco vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar. Dado que esta variável (SUNYA) tem comportamento inverso das restantes variáveis de saúde, a hipótese é:

$$A'' > A > A'$$

$$D' > D > D''$$

Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas

QUADRO 134

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de sintomas de mal-estar, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	6(15%)	7(17%)	17(34%)	8(16%)
	ELEVADA	3(7%)	25(61%)	9(18%)	16(32%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 34\% > 28\% > 15\%$$

$$D' > D > D'' = 61\% > 41\% > 32\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm valor baixo na variável comportamento/Atitudes, têm um  $rr=40$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm valor elevado na variável comportamento/ atitudes, ou uma probabilidade 40 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 135

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de sintomas de mal-estar, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		ACONTECE		ACONTECE	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	4(8%)	5(10%)	28(49%)	15(26%)
	ELEVADA	9(18%)	31(63%)	3(5%)	11(19%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 49\% > 28\% > 8\%$$

$$D' > D > D'' = 63\% > 41\% > 19\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=62$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma

probabilidade 62 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 136

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de sintomas de mal-estar, em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
SUNYA	BAIXA	11(26%)	6(14%)	23(38%)	10(17%)
	ELEVADA	6(14%)	18(43%)	7(12%)	20(33%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$A'' > A > A' = 38\% > 28\% > 26\%$$

$$D' > D > D'' = 43\% > 41\% > 33\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=10$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade 10 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 137

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de sintomas de mal-estar, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
SUNYA	BAIXA	11(19%)	4(7%)	14(30%)	10(21%)
	ELEVADA	10(18%)	32(56%)	7(15%)	16(34%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 30\% > 28\% > 19\%$$

$$D' > D > D'' = 56\% > 41\% > 34\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm número de amigos reduzido, têm um  $rr=16$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm número de amigos elevado, ou uma probabilidade 16 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 138

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis acontecimentos e percepção de sintomas de mal-estar, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		ACONTECE BAIXA ELEVADA		ACONTECE BAIXA ELEVADA	
SUNYA	BAIXA	4(8%)	3(6%)	20(48%)	9(21%)
	ELEVADA	11(22%)	31(63%)	6(14%)	7(17%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 48\% > 28\% > 8\%$$

$$D' > D > D'' = 63\% > 41\% > 17\%$$

O grupo dos que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram mais acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=34$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram menos acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 34 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

O quadro 139 assinala quais as variáveis psicológicas que amortecem o impacto da variável ambiental acontecimentos geradores de *stress* nas variáveis de saúde, de acordo com a hipótese inicial.



QUADRO 139  
Variáveis psicológicas que amortecem o impacto dos acontecimentos geradores de *stress* sobre a saúde com referência ao risco relativo

rr sem mediação	P.S.FÍSICA 2	S.MENTAL 5	P.A.SOCIAL 2	P.G.SAÚDE 4	SUNYA 5
COMPORTAMENTO	7	7		16	7
AUTO-EFICÁCIA	15	500	250	60	62
LOCUS DE CONTROLO		10			10
FREQ.AMIGOS		35	233		
NÚMERO AMIGOS	4	56	24	9	16
AUTO-CONCEITO	13	760	117	40	34

A observação do quadro 139 permite constatar que a maioria das variáveis psicológicas têm efeito amortecedor do impacto dos acontecimentos geradores de *stress* nas diversas variáveis do grupo saúde de acordo com a hipótese, ou seja, os que têm valores mais positivos nas variáveis psicológicas, têm maior probabilidade de estar entre os que têm valores mais positivos de cada uma das variáveis de saúde, quando sofrem impacto elevado de acontecimentos geradores de *stress*. A magnitude do efeito amortecedor (rr) varia consoante as variáveis psicológicas.

**Intensidade dos Acontecimentos Geradores de *Stress***

De seguida mostram-se os resultados do cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" respectivamente com as variáveis de saúde a que se acrescentam as variáveis psicológicas. Dado que o comportamento desta variável tem uma relação inversa (valor maior, pior resultado) a hipótese para a mediação da variável psicológica, considerando que a tabela da direita corresponde ao valor da variável psicológica mais positivo, passa a ser:

$$B' > B > B''$$

$$C'' > C > C'$$

## Cruzamento de "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção de saúde física"

O cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" (INTACONT) com "percepção de saúde física" (P.S.FÍSICA) mostra os resultados apresentados no quadro 140: com a mediação do "comportamento/ atitudes" (quadro 141), do "locus de controlo de saúde" (quadro 142), do "número de amigos" (quadro 143) e do "auto-conceito" (quadro 144), verifica-se uma alteração no padrão de distribuição dos casos pelas celas conforme esperado.

QUADRO 140  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física

		INTACONT BAIXO	ELEVADO
P.S.FÍSICA.	BAIXA	69(47%)	43(29%)
	ELEVADA	22(15%)	12(8%)

A análise dos resultados do quadro 140, mostra que a distribuição não difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=146)=0,11$ ,  $p$  n.s. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=1$ , ou uma probabilidade igual de pertencerem ao grupo dos que percepção de saúde física baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 141  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT BAIXA ELEVADA		INTACONT BAIXA ELEVADA	
P.S.FÍSICA	BAIXA	21(53%)	15(38%)	15(42%)	6(17%)
	ELEVADA	2(5%)	2(5%)	12(33%)	3(8%)



A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 38\% > 29\% > 17\%$$

$$C'' > C > C' = 33\% > 15\% > 5\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável de comportamentos/ atitudes, têm um  $rr=6$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável de comportamentos/ atitudes, ou uma probabilidade seis vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

QUADRO 142

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física, em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.S.FÍSICA	BAIXA	16(44%)	11(31%)	24(59%)	7(17%)
	ELEVADA	4(11%)	5(14%)	7(17%)	3(7%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 31\% > 29\% > 17\%$$

$$C'' > C > C' = 17\% > 15\% > 11\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e pertencem ao grupo com locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=0,64$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e pertencem ao grupo com locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade 0,64 vezes de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

QUADRO 143

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física, em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.S.FÍSICA	BAIXA	18(45%)	18((45%)	11(32%)	10(29%)
	ELEVADA	3(8%)	1(3%)	10(29%)	3(9%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora a modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora seja suave:

$$B' > B > B'' = 45\% > 29\% > 29\%$$

$$C'' > C > C' = 29\% > 15\% > 8\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm menor número de amigos, têm um  $rr=16$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm maior número de amigos, ou uma probabilidade 16 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

QUADRO 144

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de saúde física, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.S.FÍSICA	BAIXA	16(42%)	19(50%)	11(37%)	6(20%)
	ELEVADA	2(5%)	1(3%)	7(23%)	6(20%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 50\% > 29\% > 20\%$$

$$C'' > C > C' = 23\% > 15\% > 5\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm menor auto-conceito, têm um  $rr=12$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e

têm maior auto-conceito ou uma probabilidade 12 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de saúde física baixa.

### **Cruzamento de "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" com "saúde mental"**

o cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" (INTACONT) com "saúde mental" (S.MENTAL) mostra os resultados do quadro 145: com a mediação de "comportamento/atitude" (quadro 146), de "auto-eficácia" (quadro 147), do "locus de controlo de saúde" (quadro 148), do "número de amigos" (quadro 149) e do "auto-conceito" (quadro 150), verificam-se alterações no padrão de distribuição dos casos pelas celas de acordo com o que era esperado.

QUADRO 145  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental

		INTACONT	
		BAIXO	ELEVADO
S.MENTAL	BAIXA	24(20%)	45(37%)
	ELEVADA	36(29%)	17(14%)

A análise dos resultados do quadro 145, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2 (1, N=122) = 13,17$ ,  $p < 0,0003$ : indivíduos que sofrem o impacto de acontecimentos que sentem com elevada intensidade, tendem a aglomerar-se na cela dos que têm saúde mental baixa, enquanto os que sofrem acontecimentos com um impacto de baixa intensidade tendem a aglomerar-se na cela dos que têm saúde mental elevada. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=4$ , ou uma probabilidade quatro vezes maior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 146

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental, em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	6(21%)	13(45%)	6(18%)	5(15%)
	ELEVADA	7(24%)	3(19%)	14(41%)	9(26%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 45\% > 37\% > 15\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 29\% > 24\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm menor nota na variável comportamentos/ atitudes de saúde, têm um  $rr=11$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota mais elevada na variável comportamentos/ atitudes de saúde, ou uma probabilidade 11 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 147

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	12(32%)	19(51%)	1(3%)	5(16%)
	ELEVADA	4(11%)	2(5%)	17(53%)	9(28%)

A modificação da distribuição de casos por cela, em função da variável mediadora, no sentido da hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 51\% > 37\% > 16\%$$

$$C'' > C > C' = 53\% > 29\% > 11\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia

baixa, têm um  $rr=190$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 190 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 148

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		INTACONT BAIXA	ELEVADA	INTACONT BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	3(14%)	11(50%)	6(21%)	7(25%)
	ELEVADA	4(18%)	4(18%)	11(39%)	4(14%)

A modificação da distribuição de casos por cela, em função da variável mediadora faz-se no sentido da hipótese conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 50\% > 37\% > 25\%$$

$$C'' > C > C' = 39\% > 29\% > 18\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=5$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade cinco vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 149

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT BAIXA	ELEVADA	INTACONT BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	11(33%)	18(55%)	2(6%)	10(29%)
	ELEVADA	4(12%)	0	14(40%)	9(26%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 55\% > 37\% > 29\%$$

$$C'' > C > C' = 40\% > 29\% > 12\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm reduzido número de amigos, têm um  $rr=129$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm elevado número de amigos, ou uma probabilidade 129 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

QUADRO 150  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e saúde mental, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
S.MENTAL	BAIXA	12(33%)	19(53%)	1(3%)	4(14%)
	ELEVADA	4(11%)	1(3%)	14(48%)	10(34%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 53\% > 37\% > 14\%$$

$$C'' > C > C' = 48\% > 29\% > 11\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm um auto-conceito baixo, têm um  $rr=271$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 271 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm saúde mental baixa.

### **Cruzamento de "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção de apoio social"**

O cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" (INTACONT) com "percepção de apoio social" (P.A.SOCIAL) mostra os resultados do quadro 151: com a mediação de "comportamento/ atitudes" (quadro 152), da "auto-eficácia" (quadro 153), da "frequência de relações com amigos" (quadro 154), do "número de amigos"



(quadro 155) e do "auto-conceito" (quadro 156) verifica-se uma alteração no padrão de distribuição dos casos por cela conforme a hipótese.

QUADRO 151  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social

		INTACONT	
		BAIXO	ELEVADO
P.A.SOCIAL	BAIXA	29(24%)	24(20%)
	ELEVADA	33(28%)	34(28%)

A análise dos resultados do quadro 151, mostra que a distribuição não difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=120)=0,35$ ,  $p= n.s.$  A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* têm uma probabilidade semelhante (0,8) de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 152  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	9(30%)	7(23%)	7(28%)	2(7%)
	ELEVADA	8(27%)	6(20%)	11(39%)	8(31%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora de modo pouco sensível

$$B' > B > B'' = 23\% > 20\% > 7\%$$

$$C'' > C > C' = 39\% > 28\% > 27\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes de saúde, têm um  $rr=2$ , relativamente aos

que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes de saúde, ou uma probabilidade duas vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 153

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(37%)	12(34%)	3(10%)	2(7%)
	ELEVADA	5(14%)	5(14%)	10(34%)	14(48%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora de modo pouco sensível:

$$B' > B > B'' = 34\% > 20\% > 7\%$$

$$C'' > C > C' = 34\% > 28\% > 14\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=80$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 80 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 154

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social em função da frequência de relações com os amigos

FREQ. AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(39%)	11(33%)	1(2%)	3(7%)
	ELEVADA	3(9%)	6(18%)	20(45%)	20(45%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 33\% > 20\% > 7\%$$

$$C'' > C > C' = 45\% > 28\% > 9\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm frequência de contactos sociais reduzida, têm um  $rr=36$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm frequência de contactos sociais elevada, ou uma probabilidade 36 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 155

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social em função do número de amigos

NÚMERO DE AMIGOS		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(39%)	15(45%)	5(15%)	3(9%)
	ELEVADA	3(9%)	2(6%)	16(48%)	9(27%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 45\% > 20\% > 9\%$$

$$C'' > C > C' = 48\% > 28\% > 9\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm número de amigos reduzido, têm um  $rr=25$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm número de amigos elevado, ou uma probabilidade 25 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

QUADRO 156

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção de apoio social, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.A.SOCIAL	BAIXA	13(41%)	15(47%)	1(3%)	1(3%)
	ELEVADA	1(3%)	3(9%)	14(44%)	16(50%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 47\% > 20\% > 3\%$$

$$C'' > C > C' = 44\% > 28\% > 3\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=71$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 71 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção de apoio social baixa.

### Cruzamento de "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" com "percepção geral de saúde"

O cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" (INTACONT) com "percepção geral de saúde" (P.G.SAÚDE) mostra os resultados do quadro 157: a mediação de "comportamento/ atitudes" (quadro 158), da "auto-eficácia" (quadro 159), do "locus de controlo de saúde" (quadro 160) e do "auto-conceito" (quadro 161) provoca alterações no padrão de distribuição de casos por cela de acordo com a hipótese.

QUADRO 157

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde

		INTACONT	
		BAIXO	ELEVADO
P.G.SAÚDE	BAIXA	30(26%)	33(29%)
	ELEVADA	31(27%)	21(18%)

A análise dos resultados do quadro 160, mostra que a distribuição não difere da que seria esperada se a distribuição fosse aleatória  $X^2(1, N=115)=1,64$ ,  $p= n.s.$  A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=1,6$  ou uma probabilidade 1,6 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa. Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 158  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G.SAÚDE	BAIXA	10(32%)	9(29%)	3(11%)	6(22%)
	ELEVADA	8(26%)	4(13%)	11(41%)	7(26%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora de modo desprezível:

$$B' > B > B'' = 29\% > 29\% > 22\%$$

$$C'' > C > C' = 41\% > 27\% > 26\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes de saúde, têm um  $rr=8$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes de saúde, ou uma probabilidade oito vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 159

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXA		ELEVADA	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G.SAÚDE	BAIXA	12(37%)	15(47%)	3(11%)	4(15%)
	ELEVADA	4(13%)	1(3%)	10(37%)	10(37%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 47\% > 29\% > 15\%$$

$$C'' > C > C' = 37\% > 27\% > 13\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=50$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 50 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 160

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
P.G.SAÚDE	BAIXA	7(28%)	8(32%)	9(27%)	6(18%)
	ELEVADA	3(12%)	7(28%)	15(45%)	3(9%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 32\% > 29\% > 18\%$$

$$C'' > C > C' = 45\% > 27\% > 12\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=2$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade duas vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

QUADRO 161

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e percepção geral de saúde, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT BAIXA	ELEVADA	INTACONT BAIXA	ELEVADA
P.G.SAÚDE	BAIXA	11(35%)	13(42%)	3(10%)	4(14%)
	ELEVADA	5(16%)	2(6%)	11(38%)	11(38%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$B' > B > B'' = 42\% > 29\% > 14\%$$

$$C'' > C > C' = 38\% > 27\% > 16\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=24$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 24 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm percepção geral de saúde baixa.

### **Cruzamento de "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" com "sintomas físicos de mal-estar"**

O cruzamento da variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*" (INTACONT) com "sintomas físicos de mal-estar" (SUNYA) mostra os resultados do quadro 162: com a mediação de "comportamento/atitude" (quadro 163), da "auto-eficácia" (quadro 164), do

"locus de controlo de saúde" (quadro 165) e do "auto-conceito" (quadro 166) verificam-se alterações no padrão de distribuição de casos pelas celas de acordo com a hipótese.

QUADRO 162  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados das variáveis intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar

		INTACONT	
		BAIXO	ELEVADO
SUNYA	BAIXA	35(33%)	12(12%)
	ELEVADA	23(22%)	35(33%)

A análise dos resultados do quadro 162, mostra que a distribuição difere da que seria esperada se fosse aleatória  $X^2(1, N=105) = 12,72, p < 0,0004$ . Os indivíduos que sentiram os acontecimentos que sofreram, com maior impacto, tendem a aglomerar-se na cela dos que sentem mais sintomas físicos de mal-estar, enquanto os que sofreram acontecimentos com menor impacto tendem a aglomerar-se na cela dos que sentem menos sintomas físicos de mal-estar. A análise do risco relativo mostra que os que pertencem ao grupo que viveu com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* têm um  $rr=5$  ou uma probabilidade cinco vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm mais sintomas físicos de mal-estar.

Dado que esta variável (SUNYA) tem comportamento inverso das restantes variáveis de saúde, a hipótese é:  $A'' > A > A'$ , e  $D' > D > D''$ . Da mediação das variáveis psicológicas verificam-se as seguintes alterações na distribuição dos indivíduos pelas celas.

QUADRO 163  
Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar em função do comportamento

COMPORTAMENTO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	9(30%)	2(7%)	11(50%)	4(18%)
	ELEVADA	8(3%)	11(37%)	5(23%)	2(9%)



A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora de modo pouco sensível:

$$A'' > A > A' = 50\% > 33\% > 30\%$$

$$D' > D > D'' = 37\% > 33\% > 9\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota baixa na variável comportamentos/ atitudes de saúde, têm um  $rr=12$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm nota elevada na variável comportamentos/ atitudes de saúde, ou uma probabilidade 12 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 164

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar, em função da auto-eficácia

AUTO-EFICÁCIA		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT		INTACONT	
		BAIXA	ELEVADA	BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	6(18%)	1(3%)	14(48%)	5(17%)
	ELEVADA	9(27%)	17(52%)	3(10%)	7(24%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora, no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 48\% > 33\% > 18\%$$

$$D' > D > D'' = 52\% > 33\% > 24\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-eficácia baixa, têm um  $rr=81$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e

têm auto-eficácia elevada, ou uma probabilidade 81 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 165

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar em função do locus de controlo de saúde

LOCUS DE CONTROLO		EXTERNO		INTERNO	
		INTACONT BAIXA	ELEVADA	INTACONT BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	4(18%)	5(23%)	14(47%)	3(10%)
	ELEVADA	5(23%)	8(36%)	6(20%)	7(23%)

A modificação da distribuição de casos por cela em função da variável mediadora no sentido da hipótese, confirma-se conforme se pode ver a seguir, embora de modo pouco sensível:

$$A'' > A > A' = 47\% > 33\% > 18\%$$

$$D' > D > D'' = 36\% > 33\% > 23\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde externo, têm um  $rr=10$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm locus de controlo de saúde interno, ou uma probabilidade 10 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

QUADRO 166

Cruzamento dos 25% de indivíduos com melhores resultados e dos 25% com piores resultados, nas variáveis intensidade dos acontecimentos e sintomas físicos de mal-estar, em função do auto-conceito

AUTO-CONCEITO		BAIXO		ELEVADO	
		INTACONT BAIXA	ELEVADA	INTACONT BAIXA	ELEVADA
SUNYA	BAIXA	4(16%)	0	10(45%)	4(18%)
	ELEVADA	8(32%)	13(52%)	3(14%)	5(23%)

A hipótese confirma-se conforme se pode ver a seguir:

$$A'' > A > A' = 45\% > 33\% > 16\%$$

$$D' > D > D'' = 52\% > 33\% > 23\%$$

Os que, simultaneamente, pertencem ao grupo dos que viveram com mais intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito baixo, têm um  $rr=43$ , relativamente aos que pertencem ao grupo dos que viveram com menos intensidade os acontecimentos geradores de *stress* e têm auto-conceito elevado, ou uma probabilidade 43 vezes superior de pertencerem ao grupo dos que têm elevados sintomas físicos de mal-estar.

O quadro 167 assinala quais as variáveis psicológicas que amortecem o impacto da variável ambiental intensidade dos acontecimentos geradores de *stress* nas variáveis de saúde. Assinala-se a magnitude do  $rr$ .

QUADRO 167  
Variáveis psicológicas que amortecem o impacto da intensidade dos acontecimentos geradores de *stress* sobre a saúde

$rr$ sem mediação	P.S.FÍSICA 1	S.MENTAL 4	P.A.SOCIAL 0,8	P.G.SAÚDE 1,63	SUNYA 5
COMPORTAMENTO	6	11	2	8	12
AUTO-EFICÁCIA		190	80	50	81
LOCUS DE CONTROLO	0,64	5		2	10
FREQ.AMIGOS			36		
NÚMERO AMIGOS	16	129	25		
AUTO-CONCEITO	12	271	71	24	43

A observação do quadro 167 permite constatar que a maioria das variáveis psicológicas têm efeito amortecedor da intensidade dos acontecimentos geradores de *stress* nas diversas variáveis do grupo saúde, de acordo com a hipótese, ou seja, os que têm valores mais negativos (que se encontram no grupo dos que têm 25% dos valores mais negativos) nas variáveis psicológicas, têm maior probabilidade de estar entre os que têm valores mais negativos (nos 25% dos valores mais negativos) de cada uma das variáveis de saúde, quando sofrem impacto elevado (nos 25% mais elevado) de acontecimentos geradores de *stress*.

A magnitude da redução é diferencial para as diferentes variáveis psicológicas, com a auto-eficácia, o número de amigos e o auto-conceito com maior poder de amortecedor, e é diferencial quanto às variáveis de

saúde mais afectadas, com a saúde mental, a percepção de apoio social e os sintomas físicos de mal-estar a serem mais afectados.

No quadro 168 resume, apresentando o número de vezes que as diferentes variáveis psicológicas tiveram uma função amortecedora de acordo com as hipóteses, quando os indivíduos estão sujeitos a condições ambientais susceptíveis de influenciar a saúde.

QUADRO 168  
Número de vezes (para o máximo de cinco) que as variáveis psicológicas evidenciaram amortecer o impacto da intensidade dos acontecimentos geradores de *stress* sobre a saúde

	P.C.ECONÓM.	PREOCUPA.	ACONTECE	INTACONT
COMPORTAMENTO	4	5	4	5
AUTO-EFICÁCIA	5	5	5	4
LOCUS DE CONTROLO	1	3	2	4
FREQ.AMIGOS	3	3	2	1
NÚMERO AMIGOS	5	3	5	3
AUTO-CONCEITO	5	5	5	5

O quadro 168 mostra que as variáveis psicológicas que mais vezes tiveram um papel amortecedor entre a situação geradora de *stress*, susceptível de afectar a saúde, e a saúde, foram o auto-conceito, a auto-eficácia, o comportamento/ atitudes e o número de amigos, por esta ordem. Quanto às variáveis ambientais, o número de vezes que são mediadas pelas variáveis psicológicas é idêntico.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

## Introdução

Faz sentido pensar que variáveis psicológicas têm a ver com a saúde?	478
Há evidência de relações sistémicas entre as variáveis?	480
Há evidência de que as gerações têm características específicas?	482
Há evidência que os contextos têm culturas específicas?	484
Há evidência que a experiência de sucesso tem repercussão nas variáveis?	486
Há evidência de que os dois sexos são diferentes na expressão das variáveis?	489
Quais são as variáveis psicológicas mais importantes na expressão da saúde?	492
Saúde, bem-estar e aspectos psicológicos	498
Há diferenças entre os indivíduos que não respondem a perguntas sobre sexo e os que respondem?	501
Qual é o impacto das manifestações físicas de mal estar nas restantes variáveis de saúde?	504
Porque é que o locus de controlo de saúde parece não ter importância para a saúde?	506
Qual é a relação entre variáveis de saúde?	509
Que é que há de social nas variáveis da investigação?	515
Qual é a variável social que melhor explica resultados de saúde?	519
Implicações para a intervenção	522
Conclusão geral	529

## Introdução

No presente capítulo discutir-se-ão os aspectos que se salientaram na execução dos capítulos anteriores e as hipóteses subjacentes aos objectivos expressos na última parte do primeiro capítulo. As discussões serão iniciadas com questões que emergiram da descrição dos resultados. No âmbito deste capítulo serão levantadas questões de investigação sugeridas pelos resultados e pela discussão e serão avançadas questões relativas à intervenção.

### **Faz sentido pensar que variáveis psicológicas têm a ver com a saúde?**

As investigações de Antonovsky (1984;1987) e de Kobasa (1979), sugeriam que as variáveis psicológicas eram importantes amortecedores do *stress* a que as pessoas estavam submetidas no quotidiano. Inúmeras outras investigações, têm salientado a importância deste tipo de variáveis quer para proteger a saúde quer para a invulnerabilidade à doença. Por estas razões esperava-se encontrar relações significativas entre as variáveis psicológicas e a saúde.

Os procedimentos estatísticos utilizados, univariados ou multivariados, inferenciais ou diferenciais, permitem afirmar que as variáveis psicológicas, têm impacto na saúde. Os resultados mostram que:

- a) o conjunto de variáveis psicológicas correlaciona-se de modo significativo com o conjunto de variáveis de saúde;
- b) o conjunto de variáveis psicológicas correlaciona-se significativamente com cada uma das variáveis que compõem o grupo das variáveis de saúde;

c) há correlações significativas entre a maioria de cada uma das variáveis psicológicas e cada uma das variáveis de saúde;

d) quando são mediadoras do impacto de variáveis ambientais geradoras de stress, a maioria das variáveis psicológicas reduz substancialmente o impacto do *stress*.

As alíneas anteriores expressam diferentes procedimentos de análise das relações entre as variáveis psicológicas e de saúde de tal modo, que se pode dizer que a relação entre variáveis psicológicas e de saúde não é fortuita. Alguns dos procedimentos permitem, somente, afirmar que há associação entre variáveis sem se poder concluir que há relação de causalidade: é o caso das correlações. A análise das tabelas cruzadas, fornecendo outra imagem do relacionamento entre as variáveis, permite afirmar que medidas positivas nas variáveis psicológicas alteram o impacto das situações causadoras de *stress* na saúde. A investigação que se apresenta não permite concluir se esse efeito amortecedor seria maior caso se utilizassem mais variáveis psicológicas. Para testar esta hipótese teria de se fazer cruzamento de tabelas, não com três variáveis mas com quatro -duas psicológicas, uma ambiental e uma de saúde-, ou com cinco. Em última análise as variáveis poderiam ser todas cruzadas deste modo. A razão porque tal não foi feito prende-se com o número de casos por cela ficar reduzido a valores muito pequenos e, uma análise deste tipo precisar de, pelo menos, cerca de 10 casos por cela.



## **Há evidência de relações sistêmicas entre as variáveis?**

A perspectiva sistêmica tomada em sentido lato, é o aspecto mais saliente desta investigação. A análise dos resultados da investigação permite verificar que há indícios de relações sistêmicas entre as variáveis utilizadas. Foram realizados vários tipos de análise que permitem responder a esta questão: a correlação simples (quadro 35) entre cada uma das variáveis psicológicas e cada uma das variáveis de saúde dá uma primeira imagem de associação forte entre as variáveis; a regressão múltipla (quadro 37) entre o conjunto de variáveis psicológicas e cada uma das variáveis de saúde mostra associação forte entre as variáveis psicológicas e cada uma das variáveis de saúde; finalmente, a correlação canónica (quadro 38) entre o conjunto de variáveis psicológicas e o conjunto de variáveis de saúde mostra três associações fortes entre os dois grupos de variáveis .

A correlação canónica salienta um princípio importante da perspectiva sistêmica: o princípio da equifinalidade (Miller, 1978). Este princípio afirma que o estado final de qualquer sistema vivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes e através de diferentes processos. A correlação canónica, a análise estatística central da investigação, mostra a emergência de três correlações canónicas entre os dois grupos de variáveis. As três variantes canónicas evidenciam a existência de diferentes relações entre variáveis - entre o grupo de variáveis psicológicas e o grupo de variáveis de saúde -, de tal modo que se pode afirmar que, a existência de determinadas combinações de variáveis psicológicas, permitem atingir resultados positivos de saúde, por influenciarem a combinação de diferentes variáveis de saúde.

Do que foi afirmado deduz-se que há várias maneiras de ter saúde, que não se tem saúde só de uma maneira. Quando, por exemplo, se faz revisão da investigação sobre o impacto do comportamento social na

saúde, fica a ideia que um comportamento social positivo é essencial para a saúde. No entanto, a correlação canónica utilizada na presente investigação sugere que uma saúde positiva é possível com um comportamento social deficitário. Com efeito, a inspecção da segunda variante canónica permite verificar que relações pouco frequentes com amigos, a par de auto-eficácia elevada e locus de controlo interno estão associadas a saúde mental e percepção geral de saúde positivas, a baixa percepção de saúde física e apoio social, e a menos sintomas físicos de mal-estar. A terceira variante canónica mostra outra combinação com impacto positivo na saúde que incluem relações sociais deficitárias.

Esta constatação relativiza a importância das variáveis isoladas, salientando a importância dos efeitos compensatórios das variáveis agrupadas. Outra maneira de dizer a mesma coisa é que a saúde depende de uma constelação de acontecimentos específicos, biológicos, sociais, psicológicos, ambientais, que em interacção, no momento apropriado, contribuem para o bem-estar que caracteriza a saúde.

## Há evidência de que as gerações têm características específicas?

O período etário abrangido pela população do presente estudo, entre o final da adolescência e a adultez, que se convencionou chamar de jovem, é um período de grandes mudanças individuais. A observação do quadro 39 mostra que há mudanças que ocorrem entre o final do ensino secundário e o final da universidade. As mudanças não ocorrem sempre no mesmo sentido: por exemplo, enquanto nas sub-escalas de saúde mental, os alunos do secundário têm valores mais positivos de ansiedade do que os universitários, para a depressão, esses valores invertem-se e os universitários dos últimos anos apresentam valores mais positivos. Este exemplo pode significar que, durante o percurso escolar, os indivíduos desenvolveram estratégias para aprender a lidar com as pressões do quotidiano que permitem reduzir os estados depressivos embora com mais ansiedade.

O padrão de mudanças de mais negativo para mais positivo nuns casos e o inverso noutros, salienta alterações do padrão de funcionamento. Se as mudanças ocorressem sempre do mais negativo para o mais positivo, ou o contrário, poderia dizer-se que se estava em presença de um padrão de evolução incremental ou decremental. O padrão que se verifica dá origem a modos de actuar que não se podem caracterizar como melhores ou piores, mas sim como diferentes. Pode, portanto, concluir-se que as gerações de estudantes investigadas têm características diferentes umas das outras.

O objectivo cujos resultados se expressam nesta parte sugerem preocupações desenvolvimentais. No entanto o desenho investigativo que foi utilizado não é o mais adequado quando se tem tal intenção.

A arquitetura investigativa utilizada para examinar relações funcionais que têm a ver com a idade são conhecidas, geralmente, por

métodos transversais e métodos longitudinais. Os métodos transversais comparam diferentes grupos de idade observados num determinado ponto do tempo, enquanto os métodos longitudinais seguem o mesmo grupo através de todos os níveis de idade com observações repetidas. Um último método, conhecido por *time-lag* (Baltes, Reese & Nesselroade, 1977) é utilizado para identificar o significado potencial das influências históricas e das mudanças que elas geram. É um método simultaneamente transversal e longitudinal: um mesmo escalão etário é observado em intervalos de tempo  $x$  de modo a poder ser comparado. Entretanto o primeiro grupo continua, longitudinalmente, a ser seguido.

Segundo os autores referidos o método transversal não avalia as mudanças intraindividuais mas apenas as interindividuais. Muitos desenvolvimentistas consideram que este método -transversal- só permite chegar a conclusões aproximadas acerca do desenvolvimento. Apenas o método longitudinal fornece informação sobre as mudanças intraindividuais. O método transversal avalia as diferenças entre idades enquanto o método longitudinal avalia as mudanças inter-idades. Estas só seriam equivalentes se, por exemplo, os indivíduos que em 1990 têm 20 anos se comportassem em 1995 (quando tiverem 25 anos) como os indivíduos que em 1990 têm 25 anos. Ora, dadas as mudanças históricas e culturais a que a universidades portuguesa e a sociedade em geral estão submetidos, este pressuposto não pode ser aceite. Daí que só o método *time-lag* seria adequado para estudar o desenvolvimento individual, na medida em que permitia diferenciar as mudanças que eram devidas aos acontecimentos históricos das devidas às mudanças pessoais.

O tempo limite imposto para a realização de provas de doutoramento não se conforma com as necessidades dos estudos longitudinais ou *time-lag*, pelo que a presente investigação se limita a avaliar as mudanças inter-idades e entre anos escolares.

### **Há evidência que os contextos têm culturas específicas?**

A discussão das diferenças entre gerações poderia ser incluída na discussão das diferenças entre contextos. Na realidade, devido à velocidade das mudanças políticas e económicas das sociedades modernas, aceleradas pelo fenómeno mediático, pode dizer-se que as diferentes gerações que participaram no estudo viveram em diferentes contexto históricos, económicos, políticos e sociais. Por exemplo, o questionário que foi passado no estudo piloto incluía questões sobre o acesso à universidade, nomeadamente sobre as notas de acesso. As questões que, durante o preenchimento do questionário foram colocadas pelos alunos, mostraram que havia diferenças notáveis quanto ao modo como a nota de acesso tinha sido considerada de uns anos para outros, ao ponto de se ter decidido retirar esses itens do questionário. Com efeito, o ritmo de reformas do sistema de ensino português tem sido vertiginoso nos últimos anos, acarretando alterações aos currículos, ao funcionamento e à organização das escolas, e consequentemente na acção dos alunos.

Na análise serão consideradas somente as diferenças entre contextos físicos e não entre contextos temporais. A inspecção das diferenças entre contextos físicos debruça-se sobre as escolas e sobre o tipo de coabitação dos alunos durante as aulas. A análise dos quadros 41 e 47 mostra que, para as variáveis de saúde e psicológicas, há diferenças estatisticamente significativas entre a maioria das variáveis expressas pelos alunos das diferentes escolas. As diferenças entre escolas já se manifestara nas variáveis demográficas, nomeadamente, no número de reprovações (quadro 32) e na coabitação (quadro 33). Este resultado tende a salientar a heterogeneidade da população que frequenta as diversas escolas, e a especificidade dos contextos de experiência. Mais uma vez, a ideia que emerge da análise dos quadros é que há grande heterogeneidade na expressão das diferenças, com uns grupos a expressar valores mais

positivos numa variáveis e menos noutras, outros a expressar valores intermédios a par de valores negativos, salientando que os grupos são diferentes.

As diferenças em função da coabitação são menos notórias do que para as escolas: apenas uma sub-escala das variáveis de saúde mostra diferenças, enquanto para as variáveis psicológicas (quadro 48) se verificam diferenças em cinco sub-escalas pertencentes a duas escalas

## **Há evidência que a experiência de sucesso tem repercussão nas variáveis?**

Como variáveis que expressavam o sucesso foram consideradas as reprovações e a percepção de aproveitamento escolar. Na análise das reprovações, consideraram-se dois grupos: um formado pelos alunos que afirmaram que já tinham reprovado pelo menos uma vez durante o percurso escolar, e outro pelos que nunca tinham reprovado. Na análise do aproveitamento escolar consideraram-se, igualmente, dois grupos: os que tinham percepção de aproveitamento acima da média e os que tinham percepção de aproveitamento abaixo da média, retirando-se todos os que se consideravam com aproveitamento médio. A análise da significância das diferenças entre os grupos de reprovados e não reprovados quanto ao aproveitamento escolar, mostra que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com os não reprovados a evidenciarem percepção de melhor aproveitamento. A relação entre uma medida "objectiva" (reprovações) e uma medida "subjectiva" (percepção de aproveitamento escolar) pode ser utilizada para validar esta. Com efeito, é esperado que, em média, o grupo de reprovados tenha piores resultados do que os não reprovados e, se a percepção de rendimento escolar reflecte essa realidade, que o grupo de reprovados se percepcione com rendimento abaixo da média.

Para as reprovações verifica-se que apenas uma das sub-escalas da percepção geral de saúde -percepção de saúde passada- evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Para as variáveis psicológicas verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em cerca de um terço das medidas (quadro 46). Estas diferenças são maioritariamente a favor dos que nunca reprovaram, sendo favoráveis aos reprovados as de percepção de competência pessoal nas relações sociais. Para as variáveis ambientais verificam-se diferenças

significativas para a escala e sub-escalas da percepção de capacidade económica, com os que nunca reprovaram a afirmarem ter menos dificuldades em todas as medidas.

Entre os dois grupos com percepção extremada de aproveitamento escolar, verifica-se que, para as variáveis de saúde, se manifestam diferenças estatisticamente significativas em 10 das 18 medidas possíveis: em todos os casos o grupo que tem percepção de aproveitamento escolar acima da média apresenta resultados mais positivos dos que o outro. Para as variáveis psicológicas, em 13 das 33 medidas possíveis há diferenças estatisticamente significativas, com os que têm percepção de melhor aproveitamento escolar, evidenciando resultados significativamente mais positivos do que os outros. Para as variáveis ambientais verificam-se diferenças estatisticamente significativas em cinco das oito medidas possíveis, sempre a favor dos que têm percepção de melhor aproveitamento.

A análise do contexto de experiência de sucesso dos estudantes, medido pela percepção de sucesso escolar e pelo número de reprovações, mostra que estão associadas, quer às variáveis psicológicas, quer às de saúde, quer às ambientais. Mostra que há menos diferenças para a medida mais objectiva de sucesso -as reprovações-, do que para subjectiva -percepção de sucesso escolar-. Embora as reprovações sejam mais objectivas, são menos expressivas para o sucesso escolar: com efeito, um indivíduo pode ter reprovado no sexto ano de escolaridade e ser, actualmente, um aluno brilhante. A percepção do aluno -a medida subjectiva- é o que influencia o seu comportamento actual.

Poderia dizer-se que a reprovação é uma medida de capacidade intelectual enquanto a percepção de sucesso é mais uma medida emocional, de motivação. É uma questão que ficará em aberto, mas que se considera pouco importante. As medidas de capacidade são, excepto nos



casos patológicos, importantes até aos 16 anos e pouco importantes depois disso. A maioria das teorias de desenvolvimento intelectual reconhece que este termina por esta idade, com as teorias mais clássicas de inteligência a considerarem que se desenvolve até esta idade, sendo, o desenvolvimento posterior, reduzido. Ou seja, as diferenças nos resultados dos alunos neste nível de ensino, seriam menos marcadas por aspectos intelectivos do que por aspectos afectivos.

Concluindo, os resultados permitem afirmar que a percepção de sucesso está associada à percepção de saúde, à avaliação pessoal e à percepção do ambiente. A investigação de Terman e Oden (1959) que estudou 1500 indivíduos intelectualmente superdotados, durante 35 anos, verificou que estes eram, igualmente, mais saudáveis do que a média, o que aponta no mesmo sentido que os resultados da presente investigação.

## **Há evidência de que os dois sexos se diferenciam na expressão das variáveis?**

Inúmeros autores têm defendido que entre as mulheres e os homens há diferenças significativas quanto à expressão da saúde e da doença, ao ponto de justificar o estudo das duas populações como populações diferentes. Berkman e Breslow (1983) na parte do seu estudo que se pode considerar de epidemiologia da saúde encontram diferenças estatisticamente significativas na relação entre estilo de vida e saúde nos dois sexos. Do mesmo modo a investigação relata diferenças entre os dois sexos em inúmeros aspectos relacionados com a doença: Rodin e Ickovics (1990) citam doenças que são específicas das mulheres (histerectomia, dismenorreia, cancro da mama), ou que afectam predominantemente as mulheres (artrite reumatóide, osteoporose, desordens do comportamento alimentar); diferenças na prescrição medicamentosa, com 70% das drogas psicoactivas prescritas a mulheres; diferenças nas intervenções cirúrgicas em que dois terços são realizadas em mulheres.

Segundo estes autores, a dinâmica das doenças também é diferente entre os sexos. Por exemplo, como tem aumentado a percentagem de mulheres fumadoras, tem aumentado, igualmente, o cancro do pulmão entre as mulheres. Nos homens ocorre o oposto: diminui a percentagem de fumadores e a incidência de cancro no pulmão. Com efeito, nos Estados Unidos da América, o cancro no pulmão cresceu, entre 1979 e 1986, 7% para os homens e 44% para as mulheres, ultrapassando para estas, como causa de mortalidade o cancro da mama. Padrão idêntico de alteração do consumo se verifica para o álcool. Apesar de se constatar que, em todos os grupos etários até aos 65 anos, os homens estão representados em maior percentagem do que as mulheres, e que a expectativa de vida é maior nas mulheres, a morbilidade tem expressão inversa, afectando mais as mulheres do que os homens. A partir de constatações deste tipo Rodin e

Ickovics (1990) defendem a necessidade dos cientistas se debruçarem sobre cada um destes grupos específicos.

As relações entre factores psicológicos e saúde e, como é que as variáveis psicológicas influenciam a saúde das mulheres, têm sido menos estudadas. A presente investigação contribui, embora modestamente, para responder a esta questão. A análise das diferenças na expressão dos resultados de saúde entre os dois sexos mostra que, para a maioria das variáveis de saúde, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos (quadro 40): a análise da expressão dos resultados das variáveis psicológicas mostra que há diferenças estatisticamente significativas em cerca de 50% dos resultados (quadro 45). Para a percepção do ambiente as mulheres também expressam valores com diferenças estatisticamente significativas dos dos homens em cerca de 50% das variáveis. Para as variáveis de saúde e ambientais os valores são sempre mais positivos nos homens. Nas variáveis psicológicas, o padrão altera-se: para cerca de metade das variáveis que exibem diferenças, os resultados mais positivos são dos homens, enquanto na outra metade são das mulheres.

Os dois sexos também se diferenciam na expressão das variáveis demográficas. Embora não se diferenciem quanto à percentagem total de reprovações (quadro 28), diferenciam-se quanto à percentagem de reprovações por ano de escolaridade (quadros 30 e 31), parecendo que o factor geração tem um papel importante na expressão das diferenças. Quanto à percepção de aproveitamento escolar, as mulheres têm uma percepção mais baixa do que os homens, estando mais representadas no grupo que se considera com aproveitamento abaixo da média (4,4% dos homens e 7,7% das mulheres), invertendo-se no grupo dos que se consideram com aproveitamento acima da média (39,6% dos homens e 27% das mulheres). Estes valores de percepção de aproveitamento escolar

andam a par com a percepção de competência académica (sub-escalas de auto-conceito) em que as mulheres se consideram com menor competência nas escalas intelectivas do que os homens.

Globalmente, os resultados corroboram a opinião dos que defendem que os dois grupos -homens e mulheres- são diferentes o que justifica o seu estudo em separado. Se a expressão de saúde é diferente nos dois sexos, se a expressão das variáveis psicológicas e de percepção do ambiente também o é, provavelmente a relação entre estas variáveis é, igualmente, diferente.

## **Quais são as variáveis psicológicas mais importantes na expressão da saúde?**

É interessante investigar quais são as variáveis psicológicas que mais impacto têm na expressão da saúde. Para responder a esta questão analisou-se um conjunto de dados resultantes de procedimentos diferenciados, nomeadamente:

a) a correlação entre cada uma das variáveis psicológicas e uma medida compósita de saúde;

b) a relação entre o bloco de variáveis psicológicas e cada uma das variáveis de saúde;

c) a relação entre o bloco de variáveis psicológicas e uma medida compósita de saúde;

d) a correlação canónica entre o conjunto de variáveis psicológicas e o conjunto de variáveis de saúde;

e) a redução do risco relativo produzida por cada uma das variáveis psicológicas quando medidas extremadas das variáveis psicológicas eram acrescentadas à relação entre as variáveis ambientais e de saúde.

O procedimento referido em a), análise da correlação entre cada uma das variáveis psicológicas e uma medida compósita de saúde. A medida compósita de saúde é constituída pela soma de resultados das variáveis de saúde convertidas em notas equivalentes, ou seja, os resultados de cada uma das variáveis de saúde foi convertida de 1 a 100 e depois somadas para constituir a medida de saúde (apresentada na parte A do capítulo V sob o título "análise dos constructos"). O resultado mostra que o auto-conceito é a variável que exhibe maior correlação com essa medida compósita (0,60), seguida da auto-eficácia (0,52), do número de amigos (0,38), da frequência de contactos com amigos (0,24), dos comportamentos/ atitudes de saúde (0,23) e do locus de controlo de saúde (0,23).

O procedimento referido em b), consistiu na análise de regressão múltipla do conjunto de variáveis psicológicas sob cada uma das variáveis de saúde (apresentada no quadro 37). Este quadro mostra que o auto-conceito é a variável pertencente ao bloco de variáveis psicológicas que, do bloco, evidencia uma magnitude mais elevada para a explicação do resultado de cada uma das variáveis de saúde, e a única que contribui de modo estatisticamente significativo para o resultado de todas as variáveis de saúde. Segue-se-lhe a auto-eficácia que contribui de modo estatisticamente significativo para o resultado de três das variáveis de saúde, a frequência de contactos sociais que contribui para duas, e os comportamentos/ atitudes que contribuem para uma.

O procedimento referido em c), consistiu na análise de regressão múltipla do conjunto de variáveis psicológicas sobre uma medida compósita de saúde (já refeida em a). As variáveis do bloco de variáveis psicológicas, que contribuem de modo estatisticamente significativo para explicar o resultado de saúde são: auto-conceito (Beta= 0,46), comportamentos/ atitudes (Beta= 0,14), e número de amigos (Beta= 0,08): utilizando o método *Backward*, estas três variáveis são as únicas que, no final, se conservam na equação, explicando, após retirar o locus de controlo da saúde, a auto-eficácia, e a frequência de contactos sociais, e por esta ordem, 38,62% da variância do resultado de saúde, contra 39,33% quando todas as variáveis estavam na equação.

De notável neste resultado é o papel limitado da auto-eficácia, sugerindo que ela tem um papel redundante, enquanto todos os resultados apresentados até então tendiam a apresentá-la como a segunda mais importante. A explicação parece estar na elevada correlação entre auto-conceito e auto-eficácia. Com efeito, quando as variáveis independentes, que são incluídas na análise de regressão múltipla, têm uma forte correlação entre si (como é o caso destas duas que têm uma correlação de

0,70), a variância explicada na análise de regressão múltipla diminuí substancialmente. Tal acontece porque, em determinado momento da análise de regressão múltipla, a correlação entre as variáveis independentes entra no denominador de tal modo que, quanto maior este valor menor será o resultado final. A análise de regressão múltipla será maior quando as variáveis independentes que entram na equação têm uma correlação elevada com a variável dependente e uma baixa correlação entre si (Tabchnick & Fiedler, 1989).

O procedimento referido em d), consistiu na correlação canónica do conjunto de variáveis psicológicas com o conjunto de variáveis de saúde (apresentada no quadro 38). Esta mostra que, nas três correlações canónicas emergentes, a auto-eficácia tem um papel significativo em duas e o auto-conceito numa.

O procedimento referido em e) consistiu na análise da redução do risco relativo resultante da interposição de cada uma das variáveis psicológicas, entre cada uma das variáveis geradoras de *stress* e cada uma das variáveis de saúde. O quadro 169 mostra esse papel moderador. (este quadro é uma ampliação dos quadros 83, 110, 139, e 167).

QUADRO 169

Magnitude do risco relativo do impacto de variáveis ambientais na saúde, e do risco relativo da mediação de cada uma das variáveis psicológicas, quando são considerados os indivíduos que caem, simultaneamente, entre os 25% com piores ou melhores, resultados nas três variáveis referidas

	P.S.FÍSICA	S.MENTAL	P.A.SOCIAL	P.G.SAÚDE	SUNYA
<b>PERCEPÇÃO DE CAPAC. ECONÓMICA</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
COMPORTAMENTO	10	8	7	5	6
AUTO-EFICÁCIA	57	483	263	43	30
LOCUS DE CONTROLO	11	6	1	6	10
FREQ.AMIGOS	5	8	48	3	2
NÚMERO AMIGOS	5	53	57	4	7
AUTO-CONCEITO	46	517	433	26	20
<b>PREOCUPAÇÕES</b>	<b>P.S.FÍSICA 1</b>	<b>S.MENTAL 4</b>	<b>P.A.SOCIAL 3</b>	<b>P.G.SAÚDE 3</b>	<b>SUNYA 7</b>
COMPORTAMENTO	6	9	4	9	25
AUTO-EFICÁCIA	5	533	250	124	207
LOCUS DE CONTROLO	1	7	7	2	7
FREQ.AMIGOS	3	13	72	8	5
NÚMERO AMIGOS	3	26	87	31	58
AUTO-CONCEITO	8	194	59	22	50
<b>ACONTECIMENTOS</b>	<b>P.S.FÍSICA 2</b>	<b>S.MENTAL 5</b>	<b>P.A.SOCIAL 2</b>	<b>P.G.SAÚDE 4</b>	<b>SUNYA 5</b>
COMPORTAMENTO	7	7	7	16	7
AUTO-EFICÁCIA	15	500	250	60	62
LOCUS DE CONTROLO	2	10	2	8	10
FREQ.AMIGOS	4	35	233	13	8
NÚMERO AMIGOS	4	56	24	9	16
AUTO-CONCEITO	13	760	117	40	34
<b>INTENSIDADE DOS ACONTECIMENTOS</b>	<b>P.S.FÍSICA 1</b>	<b>S.MENTAL 4</b>	<b>P.A.SOCIAL 1</b>	<b>P.G.SAÚDE 1,63</b>	<b>SUNYA 5</b>
COMPORTAMENTO	6	11	2	8	12
AUTO-EFICÁCIA	3	190	80	50	81
LOCUS DE CONTROLO	1	5	1	2	10
FREQ.AMIGOS	3	12	36	3	2
NÚMERO AMIGOS	16	129	25	32	92
AUTO-CONCEITO	12	271	71	24	43

A inspeção do quadro mostra que o auto-conceito e a auto-eficácia são as variáveis que têm um papel mais poderoso no amortecimento do impacto das situações geradoras de *stress* na saúde. A primeira chega a reduzir a probabilidade do impacto dos acontecimentos geradores de *stress* na saúde mental em 152 vezes (760/5), e a segunda chega a reduzir a probabilidade do impacto das preocupações sobre a saúde mental em 133 vezes (533/4). O papel amortecedor é, claramente, maior sobre algumas



das situações geradoras de *stress* na saúde. A primeira chega a reduzir a probabilidade do impacto dos acontecimentos geradores de *stress* na saúde mental em 152 vezes (760/5), e a segunda chega a reduzir a probabilidade do impacto das preocupações sobre a saúde mental em 133 vezes (533/4). O papel amortecedor é, claramente, maior sobre algumas das variáveis, nomeadamente sobre a saúde mental e menor sobre a percepção de saúde física. O padrão de amortecimento é de alternância, sendo, para umas variáveis ambientais maior o da auto-eficácia e para outras o do auto-conceito. A mesma alternância se verifica para as variáveis de saúde: numa variáveis de saúde a auto-eficácia exerce maior amortecimento, enquanto para outras é o auto-conceito. A relação das variáveis psicológicas "auto-conceito" e "auto-eficácia" com a variável de saúde "saúde mental" não surpreende dado serem variáveis da mesma família, desenvolvidas na área tradicionalmente coberta pela psicologia.

Para as restantes variáveis a função amortecedora é importante nuns casos e menos importante noutros. Para outras ele é controverso, como é o caso do locus de controlo de saúde, em que diminui o papel amortecedor nuns casos enquanto noutros aumenta a probabilidade de ter piores resultados de saúde, controvérsia que será discutida noutra parte.

Voltando à questão inicial desta parte, as variáveis psicológicas mais importantes para a expressão de saúde, globalmente, parecem ser o auto-conceito e a auto-eficácia. No entanto quando se constrói uma medida compósita de saúde a segunda parece tornar-se redundante dada a elevada correlação entre elas. Tal pode levantar a questão teórica de as duas variáveis poderem pertencer ao mesmo constructo como sugere Lefcourt (1992) (para o auto-conceito tal como é concebido por Newman e Harter, 1986), ou de se justificar a construção de uma medida em que a auto-eficácia seja uma sub-escala do auto-conceito como o fez Serra (1986). Lembra-se que a teoria da auto-eficácia original é uma medida

específica de situação enquanto a utilizada na presente investigação é uma medida geral. Por esta razão, esta auto-eficácia talvez esteja a meio-caminho entre a auto-eficácia real (tal como foi definida originalmente por Bandura) e o auto-conceito. É uma questão teórica que deve ser considerada e estudada e que não será mais aprofundada aqui. A única variável pertencente ao bloco de variáveis psicológicas que parece ter um papel desprezível, pelo menos da maneira como foi medida, é o locus de controlo de saúde.

## Saúde, bem-estar e aspectos psicológicos

A definição de saúde implica a noção de bem-estar e sem bem-estar, por definição, não há saúde. A investigação psicológica utiliza termos tais como "bem-estar psicológico" e "bem-estar subjectivo" para se referir ao bem-estar (Ryff, 1989), e estes são temas que têm sido estudados na psicologia associados à saúde mental. Inspeccionando os resultados da presente investigação, levanta-se a questão de saber em que medida é que a noção de saúde é contaminada pela saúde mental por imposição, na definição de saúde, da expressão "bem-estar".

Zautra e Hempel (1984), numa revisão de investigação acerca da relação entre bem-estar subjectivo e saúde, concluem "que há poucas dúvidas acerca da existência de relações entre saúde e bem-estar" (p.105). Verificaram que as relações entre estas duas variáveis dependiam das medidas utilizadas: quando as medidas de avaliação da saúde eram auto-avaliações (entre má e excelente) as correlações com bem-estar eram boas (entre 0,32 e 0,45). Em oito dos 11 estudos em que não encontraram relações significativas entre as medidas de bem-estar e saúde, as avaliações eram mais "objectivas". Como medidas objectivas foram considerados aspectos como, por exemplo, "tem dores?", "quantas vezes foi ao médico?", "teve febre?". As medidas subjectivas eram do tipo "tem-se sentido bem?", "sente-se satisfeito?". Lawton (1984) confirma que têm sido identificados inúmeras variedades de bem-estar e que há correlações estreitas entre bem-estar e saúde.

Também têm sido identificadas relações estreitas entre variáveis psicológicas do tipo das usadas nesta investigação, e bem-estar: por exemplo, Morganti, Nehrke, Hulicka e Cataldo (1988), num estudo em que comparam o auto-conceito, locus-de-controlo e bem-estar, em 450 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos equitativamente por seis grupos de idade (14-16, 25-34, 45-54, 60-69, 70-79 e mais de 80), verificam que o auto-

conceito se correlaciona significativamente com bem-estar em cinco dos seis grupos de idade; que o locus-de-controlo não se correlaciona com a satisfação com a vida nem com o auto-conceito. Ishii-Kuntz (1990) numa investigação com 3692 indivíduos com mais de 20 anos em que pretendia avaliar o impacto da satisfação nas relações com familiares e amigos, confirma que estas se relacionam positivamente com o bem estar psicológico, em todas as idades.

Na presente investigação encontram-se relações entre variáveis psicológicas e de saúde, que alertam para a contaminação entre os dois grupos de variáveis. Voltando aos resultados apresentados no capítulo anterior sob o título análise dos constructos, a inspecção da análise factorial dos resultados das variáveis de saúde mostra que a saúde mental é a que contribui mais para o resultado do conjunto das variáveis do grupo. Analisando a correlação entre cada uma das variáveis psicológicas e uma medida compósita de saúde (resultante da soma de medidas equivalentes das variáveis que compõem o grupo saúde), verifica-se que, o auto-conceito e a auto-eficácia são as variáveis com maior correlação. Finalmente, observando a análise factorial de todas as escalas (quadro 36) verifica-se que, um primeiro factor agrupa as variáveis "saúde mental" e "percepção de apoio social", pertencentes ao grupo de variáveis de saúde e "auto-conceito", "auto-eficácia", "frequência de relações sociais" e "número de amigos", pertencentes ao grupo de variáveis psicológicas.

O facto destas variáveis terem sido agrupadas num factor significa que elas podem ser explicadas por esse factor, ou que as variáveis pertencem ao mesmo constructo, sendo, portanto, variáveis da mesma família. Ora, a variável "saúde mental" é a variável do bloco das variáveis de saúde que mais contribui para o resultado de saúde, enquanto o auto-conceito e a auto-eficácia são das que mais contribuem para o resultado do

psicológico. Esta imagem salienta o problema da contaminação dos dois blocos de variáveis.

Presentemente, o problema da separação e das relações entre os dois tipos de variáveis, não está resolvido. As consequências para a investigação que se debruce sobre a saúde são que se torna necessário dar particular atenção às medidas utilizadas, de modo que fique claro o que é que é do domínio da saúde e do psicológico. Uma separação, clara, entre as duas medidas não parece ser uma conclusão a alcançar brevemente. Para isso acontecer tornava-se necessário que a comunidade científica chegasse a acordo sobre o que media o quê. Embora tenha crescido a tendência internacional para recorrer a determinado tipo de medidas para avaliar a saúde, esta tendência é ainda recente e não parece haver unanimidade suficiente para que as dúvidas referidas terminem.

## **Há diferenças entre os indivíduos que não respondem a perguntas sobre sexo e os que respondem?**

Uma percentagem grande de respondentes que devolveram os questionários não responderam às questões que se referiam especificamente ao comportamento sexual. Estas perguntas pertenciam ao inventário de comportamentos/ atitudes de saúde, eram em número de três, e na análise factorial do inventário saturavam o mesmo factor (que só incluía estes três items). Dos 609 indivíduos que responderam ao questionário 37 (6%) deixaram estas questões em branco.

Bagnall (1991) no âmbito de uma investigação sobre a SIDA, questionava a importância que tinham as respostas dos que se recusavam a responder, para as conclusões a que se chegava sobre os comportamentos de risco, relativos à SIDA. A investigação de Bagnall abrangeu 1378 indivíduos de ambos os sexos (57% mulheres), com idade compreendidas entre os 16 e os 30 anos ( $M=23$  anos): algumas questões desse estudo não foram respondidas por 33% dos respondentes. Para a média dos entrevistadores, 30% dos indivíduos não respondeu às questões acerca das suas relações com o companheiro.

Ao contrário do estudo de Bagnall, a presente investigação não apresentou questões do foro íntimo, podendo-se considerar as que se debruçavam sobre o comportamento sexual como as mais íntimas. Justifica-se o detalhe que aqui se dá a este tema por ele estar, presentemente, no centro da atenção da sociedade e porque o grupo abordado na presente investigação ser um grupo susceptível de, facilmente, adoptar comportamentos de risco.

Procedeu-se à análise das diferenças entre os dois grupos um, formado pelos que responderam às três questões sobre o comportamento sexual e, outro pelos que não responderam, pelo menos, a uma dessas questões. As análises foram feitas para cada uma das variáveis

pertencentes a cada um dos grupos, de saúde, psicológicas, ambientais e demográficas, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre a maioria das variáveis.

Para as variáveis de saúde encontraram-se diferenças entre os dois grupos na escala de percepção de saúde física com os não respondentes ( $\bar{M}=5,0$ ) evidenciando valores de média superiores aos respondentes ( $\bar{M}=4,67$ )  $t(605)= 2,09$ ,  $p<0,04$ . Nenhuma das restantes escalas de saúde manifestava diferenças entre os dois grupos. Analisando as sub-escalas encontraram-se diferenças, estatisticamente significativas, para uma das sub-escalas da escala de percepção geral de saúde, a de atitudes para com a ida ao médico, em que os não respondentes afirmam gostar menos de ir ao médico ( $\bar{M}=5,36$ ) do que os respondentes ( $\bar{M}=6,33$ )  $t(604)= 2,21$ ,  $p<0,03$ .

Para as escalas e sub-escalas das variáveis psicológicas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Para as variáveis ambientais, encontraram-se diferenças para a variável "percepção de capacidade económica", com o grupo de não respondentes ( $\bar{M}=35,21$ ) a afirmar-se com melhor percepção de capacidade económica do que os respondentes ( $\bar{M}=32,20$ ),  $t(568)= 2,82$ ,  $p<0,005$ . Para a variável "intensidade dos acontecimentos geradores de *stress*", o grupo de não respondentes afirma que o impacto foi maior ( $\bar{M}=6,40$ ) do que os respondentes ( $\bar{M}=5,65$ ),  $t(433)= 2,04$ ,  $p<0,05$ . Para as sub-escalas das variáveis ambientais, a de necessidades económicas, pertencente à escala de percepção de capacidade económica, os não respondentes afirmam ter menos necessidades ( $\bar{M}=21,72$ ) do que os respondentes ( $\bar{M}=20,09$ ),  $t(599)= 2,62$ ,  $p<0,01$ .

Para as variáveis demográficas encontraram-se diferenças entre os seguintes grupos: idade, em que os não respondentes são mais novos ( $\bar{M}=17,75$ ) do que os respondentes ( $\bar{M}=19,92$ ),  $t(599)=4,03$ ,  $p<0,001$ ; sexo,

em que entre os não respondentes a percentagem de homens era de 28,2% enquanto no grupo de respondentes ela era de 49,6%. O valor de qui quadrado para a diferença de distribuição de casos por celas era de  $X^2(1, N=609) = 6,66$ ,  $p < 0,01$ . Para a variável coabitação não há diferenças sensíveis entre os dois grupos: de notar que para os não respondentes não há ninguém a viver com cônjuge ou namorado, e há um aumento da percentagem (de 70% para 78% ) dos que vivem com os pais. Para as escolas, todas as escolas universitárias têm menos representantes entre os não respondentes do a média, enquanto nas escolas secundárias, apenas uma diminui essa percentagem: uma das escolas secundárias tem 53,8% da percentagem global de não respondentes, que constituem 21,8% da totalidade dos que devolveram o questionário. Os não respondentes que são estudantes do secundário, constituem 76,9% do grupo de não respondentes, enquanto, na amostra total os alunos do secundário representam 40,22%.

Concluindo, entre os não respondentes encontram-se os mais novos e que estudam na escola secundária, do sexo feminino, e que vivem com os pais, resultados que são idênticos aos encontrados por Bagnall (1991). Embora a não resposta dos mais jovens possa sugerir que tal se deva a menos envolvimento em comportamentos sexuais, deverá haver o cuidado de, em questionários deste tipo, incluir questões específicas para a população mais nova, que permitam identificar o seu comportamento sexual. Outro aspecto a considerar é que, provavelmente, os grupos de estudantes do secundário e os da universidade, têm características diferenciadas que justifica abordagens diferentes. De entre o grupo de jovens (16-24 anos) poderiam ser constituídos dois grupos a ser abordados com estratégias diferentes, com o corte pelos 19 ou 20 anos.



## **Qual é o impacto das manifestações físicas de mal-estar nas restantes variáveis de saúde?**

A abordagem da saúde, em termos metodológicos, deve fazer-se pela positiva. A inclusão de uma variável que expressa dados objectivos de mal-estar pode contrariar a afirmação anterior. No entanto, as medidas que foram utilizadas -SUNYA- expressam mal-estar físico que afecta as pessoas que não estão doentes, nomeadamente estudantes. A inclusão desta medida no bloco de saúde, permitiu incluir uma medida "objectiva" de sensações físicas e, simultaneamente, utilizá-la como medida para validar as outras medidas "subjectivas".

Quanto à manifestação das sensações de mal-estar, já foram apresentados os resultados destas medidas em termos de escala e sub-escala. Como foi referido antes, cada item é uma amostra de comportamento (para além de indício). Porque é amostra de comportamento importa apresentar e discutir a sua expressão nesta população. Cada item da escala expressava um sintoma de mal estar que devia ser respondido em termos de frequência de ocorrência (nunca ocorre, ocorre menos de uma vez por mês, cerca de uma vez por mês, cerca de uma vez por semana, várias vezes por semana, diariamente). Considerou-se como frequência de ocorrência importante, pelo menos uma vez por semana, recolhendo-se os itens em que, pelo menos 15% dos indivíduos assinalavam esta frequência ou superior. Por magnitude decrescente verifica-se que a população estudantil tem, pelo menos uma vez por semana as seguintes manifestações de mal-estar: fadiga, referida por 55,5% dos alunos; dores nos olhos, por 34,4%; dores de cabeça, 32,9%; acne ou borbulhas, 31,7%; dores nas costas, 28%; tensão geral 26,7%; depressão, 25,4%; nariz tapado, 23,7%; dores musculares, 23%; insónia, 19,8%; diarreia ou prisão de ventre, 15,3%.

Verifica-se uma grande intensidade de manifestações de mal-estar, susceptíveis de alterar a sensação de bem-estar inerente à definição de saúde, por um lado, e susceptíveis de desencadear doenças por outro. Estes sintomas de mal-estar abrangem 11 dos 19 itens possíveis.

Diferenças nas manifestações entre os sexos são significativas nos seguintes 10 dos 19 itens: dor de cabeça, fadiga, depressão, enjôo, tensão geral, dores nos olhos associados à leitura, diarreia/prisão de ventre, tonturas, fraqueza, nariz tapado. Verifica-se que, para os primeiros nove, as mulheres evidenciam médias de ocorrência estatisticamente superiores aos homens, somente para o nariz tapado os homens expressam mais manifestações do que as mulheres.

Como conclusão da análise dos itens, enquanto amostras de comportamento, pode concluir-se que há uma ocorrência grande de manifestações de mal-estar nesta população particularmente saudável, e que esta ocorrência afecta particularmente as mulheres. Já se assinalara antes, durante a análise de constructos que, na expressão do resultado de saúde, as variáveis com mais peso (segundo o valor das comunidades) eram a saúde mental e as manifestação de sintomas físicos de mal-estar.

Utilizando o item de depressão para validar a sub-escala de depressão da escala de saúde mental, correlacionou-se a frequência da ocorrência expressa de um a seis, com a nota da sub-escala. Seria esperado que a correlação desta sub-escala fosse mais elevada com este item do que com o das outras sub-escalas. A correlação entre o item e a sub-escala com o mesmo nome era de -0,65, em magnitude, que corresponde a um valor superior em 10 pontos ao valor da correlação seguinte, com a sub-escala de ansiedade. Verifica-se que os que afirmam ter mais frequência de depressão são os que têm valores mais baixos na nota de depressão da sub-escala de saúde mental, correspondendo a maior depressão.

## **Porque é que o locus de controlo de saúde parece não ter importância para a saúde?**

Um dos resultados que provocou surpresa relaciona-se com o locus de controlo de saúde e permite levantar muitas questões que são úteis também para outras variáveis. As investigações de Rotter (1966), e depois as de Walltson e Walltson (1978), Walltson, Walltson e DeVellis (1978), Walltson, Walltson, Kaplan, e Maides (1976), faziam esperar que o locus de controlo fosse uma variável importante para a saúde: desde 1966, o locus de controlo mostrara-se predictivo de muitas variáveis dependentes, tanto na área da saúde como noutras (Lowery, 1981). No entanto, os resultados encontrados nesta investigação mostraram que esta variável tinha pouco significado para a saúde, não se relacionando de modo estatisticamente significativo com os resultados de saúde nos vários modos de os considerar. Recentemente, um dos autores que deu origem ao questionário de avaliação desta variável, afirmava que o constructo de locus de controlo tem um papel muito menos significativo na predição do comportamento relacionado com a saúde do que muitas outras variáveis equivalentes (Wallston, 1992). À mesma conclusão chegavam Dielman, Sharon, Leech, Lorenger, e Horvath (1984) sobre a importância do locus de controlo de saúde para os comportamentos de saúde de um grupo de 511 adolescentes.

Algumas das dúvidas levantadas perante os resultados encontrados ligavam-se à inadequação das qualidades métricas do instrumento utilizado para medir esta variável, questão que tem sido levantada por outros autores (King, Blair, Bild, Dishman; Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell e Yearger (1992). A dúvida mais importante, no entanto, diz respeito à estrutura do questionário utilizado.

Rotter(1990), afirmava que muitas das utilizações dadas aos resultados encontrados com os vários instrumentos que se propunham

medir o locus de controlo, eram inadequados e reflectiam desconhecimento da teoria. Explicava que o que a sua escala medía não eram traços de personalidade mas sim, de acordo com a teoria da aprendizagem social, aspectos representativos da multiplicidade de situações que um indivíduo pode encontrar no dia a dia. Este aspecto é essencial porque, segundo o autor da teoria, se reflecte no modo de construir os instrumentos de avaliação. Ou seja, a escala que foi utilizada no presente estudo, seguindo a metodologia que foi sugerida em inúmeras investigações que foram citadas na altura, em vez de considerar que os itens se propunham avaliar, cada um o seu aspecto, considerava os itens como medindo de várias maneiras o mesmo aspecto. Isto reflecte-se na consistência interna do seguinte modo: se cada item mede um aspecto diferente então a correlação, ou a consistência interna entre itens deve ser baixa; se os itens medem de diferentes maneiras o mesmo aspecto, a correlação ou consistência interna entre os itens deve ser muito alta.

A escala utilizada na presente investigação para avaliar o locus de controlo de saúde, foi reconstruída considerando que a consistência interna devia ser elevada, de acordo com os autores das escalas que serviram de modelo. Deste modo, alguns dos itens que a análise da validade de conteúdo dizia que eram dos mais adequados tiveram de ser retirados, deixando na escala outros que não pareciam tão adequados.

Outro aspecto que parece importante é saber se as respostas tipo *likert* permitem determinar se os indivíduos são externos ou internos do mesmo modo que o método de resposta de escolha forçada proposto por Rotter. Por exemplo, ao analisar o papel moderador do locus de controlo entre as variáveis geradoras de *stress* e as de saúde (quadro 169), verifica-se que, em mais de um terço das mediações, a nota mais elevada na variável (correspondendo a locus de controlo interno) aumenta a probabilidade de haver resultado baixo na variável de saúde, o que

contraria o que seria esperado. Porque será que tal acontece? Segundo a teoria do locus de controlo, a internalidade não é sempre a característica mais positiva. Por exemplo Strickland (1978) explicava que não é adequado ser interno quanto ao locus de controlo - isto é, considerar que a causa do acontecimento está sob controlo-, em situações que têm baixa probabilidade de ser controladas. Ou seja, pode dar-se o caso que, nalgumas das situações avaliadas com a escala, a resposta dos indivíduos os qualifique como externos e que essa seja a resposta mais adequada. Por exemplo, Linn, Ware e Greenfield (1980) confirmavam-no quando numa investigação acerca dos factores psicológicos que poderiam estar associados com o alívio de dores no peito em 150 doentes ambulatoriais, constataram que a crença de que os outros podiam ajudar (locus de controlo externo) era a variável que melhor predizia o alívio da dor.

Finalmente, pode dar-se o caso de que algumas das situações avaliadas pelo questionário de locus de controlo de saúde poderão permitir confusões entre internalidade e externalidade que falsificam os resultados. Lembra-se que no tipo de resposta original do questionário de Rotter (1966) o respondente tem de escolher uma de duas respostas em que uma qualifica a internalidade e outra a externalidade, enquanto na resposta tipo *likert* a resposta não permite definir tal fronteira. Admite-se (embora isso tenha de ser investigado) que, dois indivíduos com a mesma nota num questionário de resposta tipo *likert* possam ser, um interno e outro externo.

Os resultados da aplicação da escala foram desanimadores mas alertam para a necessidade de tomar cuidados especiais na construção de escalas deste tipo, nomeadamente, quanto à consistência interna, que deve ser adequada à natureza da escala, e quanto ao tipo de resposta, se deve ser de escolha forçada, tipo *likert* ou outra.

## Qual é a relação entre variáveis de saúde?

No final da parte A do capítulo V -análise dos constructos- referiu-se o modo como as variáveis de saúde contribuíam para o constructo "saúde". Esta questão é importante por várias razões: porque é um tema novo que está em fase de exploração e é necessário abordar cautelosamente; porque não é claro se é mais útil recorrer a medidas compostas, como um perfil, ou a medidas únicas; porque não há unanimidade àcerca das variáveis a incluir na definição de saúde; e finalmente, porque é necessário aperfeiçoar as técnicas de medição de saúde.

Se há sugestões, aceites com alguma facilidade, quanto às variáveis a incluir na avaliação da saúde (Ware,1991), (já foram explicadas quando se apresentaram as variáveis dependentes da investigação), o modo como as medidas devem ser consideradas não é claro. Bergner (1985), explica que todas as dimensões de saúde estão dependentes umas das outras, dado "fazerem parte de um único constructo" (p.698), Kaplan (1988), refere que diferentes componentes da saúde, incluindo saúde mental, física, e aspectos sociais, podem ser estatisticamente independentes, enquanto Ware (1991), explica que os aspectos mínimos a incluir na avaliação da saúde -funcionais, bem-estar e percepção de saúde- tendem a constituir eixos ortogonais, logo independentes.

Ou seja, enquanto Kaplan defende que, dado os diferentes componentes de saúde serem provavelmente independentes, "medidas agregadas de saúde seria o mesmo que somar maçãs com laranjas" (p.383), Ware defende, àcerca da decisão sobre o uso de medidas específicas de saúde *versus* genéricas, que "devem ser usadas ambas e em conjunto" (p.776). Na presente investigação as medidas de saúde foram utilizadas como medidas compósitas que contribuíam para o mesmo resultado, e a correlação canónica, que foi o tratamento estatístico privilegiado, toma em consideração o conjunto de medidas, ao invés de

medidas isoladas. Se se tivesse tomado a decisão de utilizar apenas um valor como expressão da medida de saúde não se teria desvirtuado o espírito da investigação dado que, ao contrário do que Kaplan e Ware referem, as diferentes medidas das variáveis de saúde utilizadas na presente investigação saturam apenas um factor e não se relacionam ortogonalmente.

Como foi referido anteriormente na análise dos constructos, as variáveis de saúde contribuem com magnitudes diferentes para o resultado de saúde: a análise de componentes principais mostra, através do valor da comunidade, que a magnitude de contribuição de cada variável para o resultado global de saúde é o seguinte: saúde mental 0,65, sensações físicas de mal-estar, 0,58, percepção geral de saúde, 0,55, percepção de saúde social 0,39 e percepção de saúde física, 0,31.

As diferentes escalas que avaliam as variáveis de saúde, são formadas por sub-escalas. Com vista a esclarecer o modo como as variáveis de saúde se relacionam e contribuem para a expressão do resultado de saúde, procedeu-se a uma análise das relações entre as sub-escalas das variáveis de saúde. As cinco escalas de saúde são compostas por 14 sub-escalas, e uma das escalas, a percepção de saúde física, é composta só por um item. A primeira análise da relação entre os itens foi realizada com recurso à correlação de Pearson. A correlação entre os resultados das escalas e sub-escalas de saúde são apresentadas no quadro 170.

QUADRO 170  
Correlações entre os componentes -escalas e sub-escalas- das variáveis de saúde

	1	2	2.1	2.2	2.3	2.4	3	3.1	3.2	4	4.1	4.2	4.3	4.4	5	5.1	5.2	5.3	5.4
1- S.Física		0,27	0,27	0,23	0,18	0,17	0,20	0,19	0,10	0,36	0,43	0,10	-0,02	0,09	-0,29	-0,31	-0,14	-0,14	-0,13
2-S.Mental			0,91	0,75	0,84	0,70	0,49	0,44	0,31	0,45	0,55	0,12	-0,01	0,13	-0,52	-0,61	-0,17	-0,24	-0,36
2.1-Ansied.				0,53	0,70	0,48	0,40	0,35	0,29	0,45	0,53	0,13	0,01	0,12	-0,54	-0,63	-0,19	-0,28	-0,35
2.2-A.Posit.					0,54	0,55	0,43	0,42	0,23	0,27	0,37	0,02	-0,08	0,14	-0,31	-0,36	-0,09	-0,10	-0,24
2.3-Depress.						0,53	0,40	0,35	0,29	0,41	0,48	0,13	-0,01	0,11	-0,48	-0,57	-0,11	-0,21	-0,34
2.4-Laços							0,41	0,39	0,22	0,29	0,35	0,06	0,01	0,08	-0,28	-0,30	-0,11	-0,08	-0,22
3-P.A.Social								0,94	0,54	0,27	0,32	0,07	-0,02	0,12	-0,31	-0,32	-0,06	-0,22	-0,26
3.1-Amizade									0,25	0,23	0,27	0,06	-0,01	0,12	-0,24	-0,27	-0,04	-0,16	-0,20
3.2-Família										0,21	0,27	0,07	-0,04	0,05	-0,28	-0,25	-0,08	-0,21	-0,26
4-P.G.Saúde											0,85	0,54	0,34	0,33	-0,48	-0,48	-0,26	-0,32	-0,33
4.1-S.Actual												0,28	0,06	0,14	-0,54	-0,55	-0,28	-0,33	-0,36
4.2-S.Passad.													-0,01	-0,01	-0,23	-0,22	-0,15	-0,16	-0,18
4.3-Preocu.														-0,10	-0,01	0,01	-0,03	-0,05	-0,01
4.4-A.Médico															-0,06	-0,08	0,01	-0,05	-0,07
5-SUNYA																0,86	0,57	0,71	0,70
5.1-S.Nerv.																	0,27	0,48	0,53
5.2-S.Resp.																		0,34	0,26
5.3-S.Musc.																			0,42
5.4-S.Diges.																			

1- S.Física- escala de percepção de saúde física

2-S.Mental - escala de saúde mental; 2.1-Ansied.-sub-escala ansiedade; 2.2-A.Posit.-sub-escala afecto geral positivo; 2.3-Depress.-sub-escala depressão; 2.4-Laços -sub-escala laços e estabilidade

3-P.A.Social -escala de percepção de apoio social; 3.1-Amizade-sub-escala amizade; 3.2-Família- sub-escala família

4-P.G.Saúde -escala de percepção geral de saúde; 4.1-S.Actual- sub-escala de percepção de saúde actual; 4.2-S.Passad. -sub-escala de percepção de saúde passada; 4.3-Preocu. -sub-escala de preocupação com a saúde; 4.4-A.Médico- sub-escala de atitude para com a ida ao médico.

5-SUNYA -escala de sintomas físicos de mal-estar; 5.1-S.Nerv. - sub-escala de sintomas nervosos de mal-estar; 5.2-S.Resp. -sub-escala de sintomas respiratórios de mal-estar; 5.3-S.Musc. -sub-escala de sintomas musculares de mal-estar; 5.4-S.Diges-sub-escala de sintomas digestivos de mal-estar.

A análise do quadro mostra que, algumas das sub-escalas têm valores de associação mais elevados com outras escalas de que a escala de que fazem parte: verifica-se isso com a ansiedade, que tem uma correlação mais elevada com a escala SUNYA do que a escala de saúde mental;



acontece com a sub-escala de percepção de saúde actual que tem correlação mais elevada com todas as escalas de saúde do que a escala mãe; acontece com a sub-escala de sintomas nervosos de mal-estar que tem valores mais elevados de correlação com todas as escalas do que a SUNYA. Verifica-se que para cada escala há uma sub-escala com associação mais forte às restantes escalas do que a escala mãe.

Em todos os casos a sub-escala mais importante é a que corresponde ao primeiro factor das soluções factoriais identificadas na análise de constructo e que explica a esmagadora maioria do resultado da escala: a sub-escala de ansiedade, explica 69% da variância comum e tem uma correlação de 0,91 com a escala de saúde mental; a de percepção de saúde actual, explica 43% da variância e tem uma correlação de 0,85 com a escala de percepção geral de saúde; a sub-escala de sintomas nervosos de mal-estar, explica 53% da variância comum e tem uma correlação de 0,86 com a SUNYA.

Uma das maneiras de inspeccionar a adequação do grupo de instrumentos utilizados, é verificar a magnitude da associação entre as sub-escalas. Implícito na maneira como os instrumentos foram construídos está a ideia que as sub-escalas que pertencem a determinada escala, devem ter relações mais fortes com as notas das sub-escalas e com a nota total da sua escala, do que com as das vizinhas (consistência interna). Observando as correlações entre as sub-escalas tal não se verifica: por exemplo a sub-escala "amizades" da escala "percepção de apoio social", tem correlações mais elevadas com todas as sub-escalas de saúde mental do que com a outra sub-escala da sua escala; a percepção de saúde passada tem uma correlação mais elevada com todas as restantes sub-escalas do que com as que, supostamente, pertencem à sua escala. Se a presente investigação tivesse recorrido à técnica de validação conhecida por "*multitrait-multimethod approach*" (Stewart, Hays & Ware, 1993), (em que uma medida

deve correlacionar-se de maneira significativamente mais elevada com outras medidas com as quais, teoricamente, está mais relacionada do que com aquelas com que não está), a organização das sub-escalas, provavelmente, seria diferente. Esta constatação deve servir de alerta para a necessidade de aperfeiçoar a construção de medidas de avaliação de saúde.

Pocedeu-se, de seguida, à análise de componentes principais das sub-escalas. Esta análise permite verificar: a magnitude da contribuição de cada sub-escala para o resultado global de saúde; quantos constructos explicam o resultado total; e permite identificar o tipo de constructos emergentes. Dado que, cada grupo de sub-escalas forma uma escala, utilizar, na mesma análise factorial, escalas e respectivas sub-escalas, implicaria utilizar um mesmo item duas vezes. Com é errado utilizar na análise factorial medidas diferentes que recebem a contribuição dos mesmos itens (Comrey,1973), nesta análise as escalas não foram consideradas. Exceptua-se do que anteriormente foi afirmado a escala de percepção de saúde física que, dado não ter sub-escalas, será considerada como uma sub-escala. O resultado da análise é dado no quadro 171.

A imagem emergente desta análise factorial aponta para uma solução mais expressiva do que a da análise das escalas: com efeito, a análise factorial das escalas (cujo resultado deriva dos mesmos itens das sub-escalas) explicava 50,1% da variância total e mostrava a emergência de um único factor, enquanto a análise factorial das sub-escalas explica 56,6% da variância total e evidencia a emergência de quatro factores.

A análise das comunidades mostra, como sub-escalas mais importantes, as do grupo da escala de saúde mental, a percepção de saúde actual, as manifestações nervosas e musculares de mal-estar físico e a percepção de saúde física. Da análise factorial emergiram quatro factores

que parecem reflectir a saúde mental, os sintomas físicos de mal-estar, a percepção de saúde e as preocupações com a saúde.

QUADRO 171  
Análise de componentes principais das sub-escalas componentes das escalas de avaliação das variáveis de saúde mais a escala de percepção de saúde física.

	comunidade	1	2	3	4
S.Física	0,65			0,77	
Ansied.	0,70	0,74			
A.Posit.	0,66	0,79			
Depress.	0,69	0,78			
Laços	0,60	0,77			
Amizade	0,38	0,59			
Família	0,33		-0,40		
S.Actual	0,67	(0,44)		0,60	
S.Passad.	0,38			0,55	
Preocu.	0,59				-0,77
A.Médico	0,50				0,69
S.Nerv.	0,66	(-0,48)	0,56		
S.Resp.	0,41		0,59		
S.Musc.	0,64		0,79		
S.Diges.	0,56		0,68		
<i>eigenvalue</i>		4,74	1,59	1,12	1,03
variância		31,6	10,6	7,5	6,9

S.Física- escala de percepção de saúde física

Da escala de saúde mental; Ansied.-sub-escala ansiedade; A.Posit.-sub-escala afecto geral positivo;

Depress.-sub-escala depressão; Laços -sub-escala laços e estabilidade

Da escala de percepção de apoio social; Amizade-sub-escala amizade; Família- sub-escala família

Da escala de percepção geral de saúde; S.Actual- sub-escala de percepção de saúde actual;

S.Passad. -sub-escala de percepção de saúde passada; Preocu. -sub-escala de preocupação com a saúde; A.Médico- sub-escala de atitude para com a ida ao médico.

Da escala de sintomas físicos de mal-estar; S.Nerv. - sub-escala de sintomas nervosos de mal-estar;

S.Resp. -sub-escala de sintomas respiratórios de mal-estar; S.Musc. -sub-escala de sintomas musculares de mal-estar; S.Diges-sub-escala de sintomas digestivos de mal-estar.

### **Que é que há de social nas variáveis da investigação?**

A dimensão social é importante para a saúde, mas não é claro o impacto que as diversas maneiras de avaliar o social têm na saúde, nem a relação que há entre estas diversas medidas. Pretende-se responder à seguinte questão: quais são as variáveis, das utilizadas para avaliar o domínio social, que explicam melhor o resultado do conjunto das variáveis? Para responder à questão procedeu-se a uma análise de componentes principais.

Na presente investigação, foram utilizadas várias escalas e sub-escalas que, devido à amplitude do conceito, são passíveis de ser consideradas como medidas de aspectos sociais. Estas escalas e sub-escalas estão incluídas em todos os grupos de variáveis -de saúde, psicológicas e ambientais-. Na análise que se vai mostrar todas estas sub-escalas foram agrupadas e o seu relacionamento inspeccionado. Do grupo de variáveis de saúde foram escolhidas as seguintes: da escala de saúde mental a sub-escala de laços e estabilidade que reflecte o quanto um sujeito se sente amado e querido; da escala de saúde social as duas sub-escalas, "amizade e actividades sociais" que reflecte a satisfação com as relações de amizade, e "família" que reflecte a satisfação com as relações familiares. Do grupo de variáveis psicológicas seleccionaram-se as seguintes: da escala de auto-conceito, "amizades íntimas", que reflecte a percepção de capacidade para estabelecer relações de amizade íntimas, "aceitação social" que reflecte a satisfação com a habilidade para fazer novos amigos, "relações com os pais" que reflecte a percepção de capacidade para se relacionar com os pais, "relações amorosas" que reflecte a percepção de capacidade para estabelecer relações amorosas, e o grau em que o sujeito se sente atraente para as pessoas em quem possa estar interessado; da escala de auto-eficácia, a sub-escala de eficácia social que reflecte as expectativas perante situações sociais, a sub-escala

de número de relações com amigos que descreve a frequência de relações com amigos, a sub-escala "número de amigos" que descreve o número de amigos. Do grupo de variáveis ambientais a sub-escala "afectos", da escala de temas preocupantes, que reflecte as preocupações com temas afectivos.

Como as diferentes sub-escalas pertencem a escalas diferentes seria esperado que as correlações entre elas fossem modestas dado que, por um lado não pertencem ao mesmo constructo, mas simultaneamente reflectem o social. No quadro 172 exibem-se as correlações entre as sub-escalas

QUADRO 172  
Correlações entre as sub-escalas utilizadas na investigação que são passíveis de reflectir aspectos sociais

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-Laços		0,40	0,22	0,32	0,38	0,19	0,49	0,26	0,16	0,18	-0,12
2-Amizades			0,26	0,60	0,56	0,23	0,36	0,40	0,45	0,35	-0,18
3-Família				0,07	0,15	0,52	0,05	0,16	0,03	0,06	-0,11
4-Amigo					0,50	0,15	0,38	0,42	0,43	0,31	-0,09
5-A.social						0,25	0,48	0,61	0,36	0,33	-0,13
6-R.Pais							0,09	0,15	0,10	0,11	-0,10
7-Amor								0,34	0,22	0,23	-0,15
8-E.social									0,25	0,24	-0,08
9-F.amigos										0,33	-0,02
10-N.amigos											-0,09
11-Afectos											

Laços-laços e estabilidade; Amizades-amizade e actividades sociais; Família-família; Amigo-amizades íntimas; A.social-aceitação social; R.Pais-relações com os pais; Amor- relações amorosas; E.social-eficácia social; F.amigos- frequência de relações com amigos; N.amigos-número de amigos; Afectos-afectos.

A inspecção do quadro mostra que cerca de 90% das correlações entre as variáveis são estatisticamente significativas (um  $r$  superior a 0,10, para este  $N$ , já é estatisticamente significativo). Se se considerar que, correlações entre variáveis acima de 0,80, na medida em que o resultado de uma explica mais de dois terços da variância do resultado da outra, permitem qualificar as variáveis como familiares, e que uma variância comum de 10% já se pode considerar importante, poderiam definir-se, arbitrariamente, valores de correlação entre os 0,30 e 0,80 como importantes, e abaixo disso como valores modestos. Os primeiros poderiam qualificar variáveis que medem constructos próximos, enquanto os segundos poderiam qualificar

variáveis complementares. Cerca de 50% das correlações está no primeiro grupo, ou seja, verifica-se que variáveis utilizadas em grupos diferentes são susceptíveis de medir constructos próximos.

A análise factorial permite reduzir um grande número de correlações a um grupo mínimo de factores que explique o máximo resultado de uma matriz de correlações. A inspecção do modo como as correlações se organizam num número mínimo de factores comuns, com recurso à análise de componentes principais, encontrou a distribuição apresentada no quadro 173.

QUADRO 173  
Análise de componentes principais das sub-escalas que têm conteúdo social

	Comunidade	Factor1	Factor 2	Factor 3
Laços	0,54		0,64	
Amizades	0,64	0,69		
Família	0,77			0,87
Amigo	0,58	0,73		
A.social	0,64	0,70		
R.Pais	0,71			0,83
Amor	0,64	(0,40)	0,69	
E.social	0,43	0,61		
F.amigos	0,55	0,73		
N.amigos	0,36	0,60		
Afectos	0,43		-0,65	
<i>Eigenvalue</i>		3,85	1,45	1,04
Variância		35,1	13,2	9,5

Laços-laços e estabilidade; Amizades-amizade e actividades sociais; Família-família; Amigo-amizades íntimas; A.social-aceitação social; R.Pais-relações com os pais; Amor- relações amorosas; E.social-eficácia social; F.amigos- frequência de relações com amigos; N.amigos-número de amigos; Afectos-afectos.

A imagem que emerge da matriz de correlações mostra três factores que explicam 57,8% do resultado do conjunto das sub-escalas: o primeiro parece reflectir as relações de amizade, o segundo as relações amorosas e o terceiro as relações com a família. A análise conjunta, da matriz de correlações, da análise de componentes principais, e da validade de conteúdo dos itens que compõem a totalidade das sub-escalas, permite identificar três famílias de variáveis: um primeiro grupo inclui as variáveis ligadas à amizade, outro, variáveis relacionadas com o afecto ou amor, e o terceiro variáveis ligadas à família. Na inspecção da comunidade de cada

sub-escala verifica-se que as que melhor explicam a dimensão social são, a família e as relações com os pais, ou seja as variáveis que se agrupam no terceiro factor.

## **Qual é a variável social que melhor explica resultados de saúde?**

A discussão anterior esclarece quais são as sub-escalas que melhor contribuem para o resultado comum do domínio social, mas não permite identificar quais são as que melhor contribuem para o resultado de saúde. Pretende-se responder à seguinte questão: quais são as que explicam melhor os resultados de saúde? Para responder à pergunta recorreu-se a uma análise de regressão múltipla, (quadro 174) em que as variáveis dependentes eram: uma medida compósita de saúde já utilizada; cada uma das variáveis de saúde por si. A escala de percepção de apoio social não foi considerada, enquanto variável de saúde, dado as duas sub-escalas que a compõem estarem incluídas nas variáveis independentes da análise de regressão múltipla.

A inspecção dos resultados dá a imagem de uma contribuição modesta das variáveis do domínio social para o domínio da saúde. Verificam-se valores elevados de variância explicada, para as variáveis saúde (54%) e saúde mental (56%), mas estes valores não têm significado dado serem explicados, na variável saúde, principalmente, pelas três variáveis independentes - "laços e estabilidade", "família", e "amizade e actividades sociais" que participam na soma do seu resultado, e na variável saúde mental pela sub-escala "laços e estabilidade" que contribuí para o resultado total da saúde mental.

Para completar a imagem do quadro 174, procedeu-se a outra análise de regressão múltipla, em que se retiraram da nota da variável saúde as sub-escalas que participaram como variáveis independentes. Para a nota global de saúde foram retiradas a sub-escala laços, da escala de saúde mental, e as duas sub-escalas que compõem a escala de percepção de apoio social. Os resultados desta análise mostram a contribuição das sub-escalas ligadas ao social, para a nota da saúde sem o



domínio social. O conjunto destas sub-escalas explica cerca de 15% da variância do resultado da saúde medida deste modo, e as únicas sub-escalas que contribuem significativamente para a sua expressão são "laços e estabilidade", da escala de saúde mental e "aceitação social", da escala de auto-conceito.

QUADRO 174

Análise de regressão múltipla do grupo de variáveis do domínio de suporte social sobre as variáveis de saúde, tomadas quer cada uma por si quer a soma de resultados convertidos, com indicação dos coeficientes de regressão parciais (b) e coeficientes de regressão padronizados (beta.)

	Saúde	S.física	S.mental	P.G.saúde	SUNYA
Laços	7,91 (0,29)***	0,01 (0,04)	3,15 (0,60)***	0,46 (0,18)**	-2,01 (-0,13)*
Amizades	4,19 (0,32)***	0,01 (0,05)	0,21 (0,08)	0,04 (0,03)	-0,45 (-0,06)
Família	8,19 (0,24)***	0,02 (0,07)	0,86 (0,13)**	0,40 (0,13)*	-4,12 (-0,21)***
Amigo	1,07 (0,03)	-7,38 (-0,01)	0,26 (0,04)	0,03 (0,01)	-1,93 (-0,10)
A.social	4,65 (0,12)***	0,09 (0,27)***	0,35 (0,05)	0,38 (0,11)	-1,24 (-0,06)
R.Pais	-1,50 (-0,04)	-0,02 (-0,06)	-0,22 (-0,03)	0,01 (0,01)	1,33 (0,06)
Amor	-2,27 (-0,01)	-0,01 (-0,01)	-0,17 (-0,02)	-0,01 (-0,01)	-0,51 (-0,02)
E.social	-0,41 (-0,01)	-0,02 (-0,11)*	0,07 (0,01)	0,02 (0,01)	0,54 (0,04)
F.amigos	-0,71 (-0,02)	0,01 (0,02)	0,06 (0,01)	-0,13 (-0,05)	0,83 (0,05)
N.amigos	0,81 (0,08)*	0,01 (0,06)	0,14 (0,07)*	0,04 (0,05)	-0,55 (-0,09)*
Afectos	-0,90 (-0,04)	0,01 (0,08)	-0,18 (-0,04)	-0,15 (-0,8)*	1,16 (0,10)*
Constante	-167,13	3,36	48,70	50,29	184,75
R <sub>2</sub>	0,54	0,10	0,56	0,14	0,16
N	434	445	445	445	445

S.Física- escala de percepção de saúde física; S.Mental - escala de saúde mental; P.G.Saúde -escala de percepção geral de saúde;SUNYA -escala de sintomas físicos de mal-estar

Laços-laços e estabilidade; Amizades-amizade e actividades sociais; Família-família; Amigo-amizades íntimas;A.social-aceitação social; R.Pais-relações com os pais; Amor- relações amorosas; E.social-eficácia social; F.amigos- frequência de relações com amigos; N.amigos-número de amigos; Afectos-afectos.

Em resumo, do grupo de variáveis do domínio social as que parecem mais promissoras são: tomando em consideração a expressão de resultados do domínio social, as que explicam melhor o resultado total do domínio são "família", pertencente à variável psicológica "percepção de apoio social", e "relações com os pais", pertencente à variável psicológica "auto-conceito"; tomando em consideração o impacto no conjunto das variáveis na saúde, as que têm mais impacto são "laços e estabilidade", pertencente à saúde mental, do grupo de saúde, e "aceitação social" pertencente à variável psicológica "auto-conceito"; a sub-escala "preocupações com os afectos", do grupo de variáveis ambientais "temas preocupantes", tem impacto significativo em algumas das variáveis que pertencem ao grupo "saúde".

Estes resultados contribuem para a discussão sobre o modo de avaliar a dimensão social na saúde. Tal como afirma Stewart (1993) para se referir às dimensões a integrar na avaliação da saúde, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, "poucos discordam acerca as dimensões de saúde físicas e mentais, mas é controverso se a saúde social é conceptualmente equivalente a estas duas dimensões"(p.12). No *Medical Outcome Study* (Riesenberg, & Glass, 1989), uma investigação com uma grande amostra, destinada a avaliar os resultados de saúde das intervenções na saúde hospitalar, são assumidas duas dimensões de saúde, saúde física e saúde mental, e os aspectos sociais são utilizados como indicadores destas duas dimensões (Stewart, 1993). Ou seja, os aspectos sociais continuam, hoje, a ser objecto de controvérsia, tanto no que diz respeito ao modo de os avaliar como, que aspectos sociais adoptar.

A partir dos resultados apresentados nesta parte, pode-se continuar a exploração da construção de medidas de avaliação de aspectos sociais que englobem o conjunto de sub-escalas que se mostraram mais promissoras.

## Implicações para a intervenção

A intervenção na promoção da saúde de pessoas saudáveis, realizada em organizações onde elas estão sediadas, tal como empresas ou universidades, não constitui novidade. Casos clássicos são o programa *Johnson & Johnson's Live for Life* (Nathan, 1984), patrocinado pela empresa com o mesmo nome, o programa *Staywell* (Naditch, 1984) desenhado para ser aplicado em empresas e aplicado em 14 cidades americanas, ou o programa *Wellness* (Hettler, 1984) aplicado na Universidade de Wisconsin/Stevens Point. Os objectivos do primeiro programa visam, a melhoria, sustentada, do estilo de vida do maior número de empregados possível através, do exercício físico, do abandono do tabaco, do controlo do peso, do controlo do *stress*, do conhecimento sobre a saúde, e da consciência sobre os programas de intervenção médica. O segundo persegue objectivos semelhantes. O terceiro aproxima-se mais dos princípios que são defendidos na presente investigação. Com efeito, enquanto os dois primeiros se centram, ainda muito, em aspectos preventivos, o último defende uma perspectiva de promoção da saúde. Os autores afirmam como princípio: "espera-se que os estudantes persigam um bem-estar óptimo através do desenvolvimento de perícias que facilitem essa perseguição, em vez de se limitarem a viver as suas vidas tal como o têm feito as pessoas das suas comunidades ou famílias durante gerações, à espera que as coisas corram mal e, então, esperando que o sistema de cuidados de saúde corrija o problema" (Hettler, 1984, p.1117).

A análise da saúde e doenças do grupo populacional abrangido por esta investigação mostra que, nos países desenvolvidos, o comportamento está associado à principal causa de mortalidade (acidentes motorizados) (WHO; 1986), e que os comportamentos desenvolvidos neste período de vida, são factores de risco com muito peso 20 anos mais tarde (doenças do aparelho circulatório, neoplasma maligno). Num *ratio* por 100 000, estas

três causas atingem valores elevadíssimos. Para estes grupos etários apontam para os seguintes valores: 40,7 para a primeira, 87,8 para a segunda (72,8 para as doenças do coração e 15,0 para as cérebrovasculares) e 68,9 para a terceira causa (Hettler,1984).

Este panorama é mais agudo em Portugal dado que, por exemplo, ao contrário do que é comum nos países desenvolvidos, em Portugal o grupo populacional mais instruído tende a fumar mais do que os menos instruídos (Pádua,1993), chamando a atenção para a importância que pode ter a intervenção sobre esta população. Pelas razões expostas, justifica-se a intervenção intencional neste grupo, visando a promoção da saúde. Tal intervenção constitui um investimento a curto, médio e longo prazo.

Como utilizar os resultados da presente investigação para a intervenção? Os resultados indicam que apesar da população ser particularmente saudável está submetida a pressões que são susceptíveis de influenciar a saúde. Isto pode verificar-se pela inspecção das manifestações de mal-estar. Ao mesmo tempo, a inspecção das mudanças que ocorrem durante o percurso escolar mostram que elas são significativas e com orientações contraditórias: nuns casos os resultados melhoram entre o grupo de estudantes mais novos e os mais velhos, enquanto noutros pioram.

A natureza e magnitude das mudanças que ocorrem durante este período da vida das pessoas, alertam para o currículo oculto que acompanha o percurso escolar a par do currículo manifesto. Para além de frequentar aulas, estudar e fazer exames, a parte visível do *iceberg*, há todo um conjunto de vivências que fazem parte da vida de estudante. Os currículos -tanto o manifesto como o oculto- são, provavelmente, geradores de *stress*, exigindo respostas adaptativas que estimulam o desenvolvimento.

A escolaridade, com as suas situações e ritmos específicos pode ser considerada um período de crise. A intervenção centrada na teoria da crise foi conceptualizada por Erikson (1959), autor que defende que a interacção activa e constante, do indivíduo com o meio, é crucial para o seu desenvolvimento. Desta interacção surgem problemas que são ultrapassados com mais ou menso sucesso. A resolução, com sucesso, da crise não significa que o problema foi resolvido, ou que desapareceu, mas sim que houve decisões importantes e estáveis em relação ao significado pessoal desse acontecimento. A crise bem sucedida é factor importante no desenvolvimento pessoal, enquanto a mal sucedida, ou não sucedida de todo, pode ser fonte de *stress* que afecta o bem-estar e a saúde.

Como contribuir para atenuar o *stress* que afecta os jovens? Por um lado parece positivo considerar que os factores geradores de *stress* fazem parte integrante do meio ambiente, e que é importante, por um lado, atenuá-los, e por outro, desenvolver perícias, ou habilidades (*skills*), que ajudem o confronto positivo com esses factores. Pegando no modelo conceptual defendido no capítulo III, a atenuação dos factores geradores de *stress* próprios do sistema escolar, constituem uma intervenção ao nível dos micro, meso, exo e macrossistemas, enquanto o desenvolvimento de perícias que reduzam o impacto desses factores, visam a intervenção com o indivíduo.

A intervenção ao nível dos micro, meso, exo e macrossistemas pode ser, por exemplo, a organização e a gestão de infra-estruturas da universidade de modo a tornar mais fácil ser estudante, como por exemplo horários, densidade dos currículos, instalações, lares, refeitórios, bibliotecas, actividades extra curriculares, etc. Estas podem ser consideradas a vários níveis do sistema tal como foi explicado no capítulo III.

A intervenção directa com o estudante visaria resolver os problemas consoante fossem percebidos pelos alunos. Os programas de apoio devem

visar dois grandes tipos de objectivos 1) ao nível das habilidades e, 2) ao nível das competências, nomeadamente:

1.1) desenvolver habilidades para lidar com a vida quotidiana, por exemplo: como recolher informação, como estudar, o que fazer quando tem dificuldades relacionadas com os estudos, que recursos estão à sua disposição na universidade ou na comunidade, que é que se exige aos estudantes, o que é que os espera quando acabarem a universidade, etc;

1.2) desenvolver habilidades pessoais para lidar com as situações normais do dia a dia, desde técnicas para enfrentar o *stress*, tais como controlo de pensamento, reestruturação cognitiva, relaxamento, *biofeedback*, treino de habilidades para enfrentar tarefas específicas, tais como estudar, fazer exames, relacionar-se com os colegas, ou habilidades comunicacionais relativamente a dimensões mais pessoais, mais íntimas, treino da capacidade de tomar decisões visando planificar o futuro e escolher e implementar estratégias para atingir os objectivos que se propõe a curto e longo prazo, etc.

2) desenvolvimento de competências pessoais. O desenvolvimento de competências, ao contrário do desenvolvimento de habilidades sugerido nos pontos anteriores, envolve características mais estruturais, mais estáveis, que estão subjacentes a toda a acção e influenciam todo o comportamento. Entre estas dimensões psicológicas mais profundas, mais estáveis, podem-se incluir as de personalidade e as cognitivas. De entre as de personalidade o auto-conceito e a auto-eficácia geral parecem ser de eleição, tal como os resultados da presente investigação indicam. De entre as cognitivas, os modelos desenvolvimentais do tipo do proposto por Piaget (1970) são uma das dimensões estruturais passível de ser influenciada pela implementação de programas intencionalizados.

Por exemplo, Harvey, Hunt e Schroeder (1961) apresentam uma teoria estrutural cognitiva do desenvolvimento psicológico que denominam de "sistema conceptual" na qual os indivíduos se desenvolvem ao longo de vários níveis. O nível conceptual é uma característica pessoal, indexando simultaneamente complexidade cognitiva (diferenciação, discriminação, integração), e maturidade interpessoal (aumento da responsabilidade pessoal pelos acontecimentos). Uma pessoa que funciona, do ponto de vista cognitivo, num nível conceptual elevado possui uma estrutura mais complexa, é mais capaz de implementar acções assumindo a sua responsabilidade, e de se adaptar a meios em mudança, do que uma pessoa que funciona num nível mais baixo. Exemplos doutras teorias deste tipo são, as de Kohlberg (1963), também aplicadas ao raciocínio moral, ou a de White (1959), aplicada à motivação. Na medida em que estas características são passíveis de estar associadas a melhor saúde, as experiências educativas em geral, ao facilitarem o desenvolvimento estrutural cognitivo, podem ter um papel importante na promoção da saúde. Os programas intencionalizados de desenvolvimento estrutural-cognitivo são passíveis de ser aplicados, e tem sido demonstrado que são praticáveis e úteis (Bernier & Rustad, 1977; Sprinthall & Sprinthall, 1981).

No entanto, embora se constate que a percentagem de indivíduos que utilizam predominantemente os níveis mais elevados de competência cognitiva aumenta com os níveis de escolaridade (Hunt, Butler, Noy & Rosser, 1978; Karplus & Karplus, 1972; McKinnon & Renner, 1971; Renner, Stafford, Lawson, McKinnon, Friots & Kellog, 1976; Sequeira 1981), a escolaridade, só por si, não promove o desenvolvimento cognitivo. Com efeito, a experiência tem demonstrado que grande parte da população escolarizada não atinge os níveis mais

elevados da raciocínio cognitivo, e que a maior parte dos adultos não utiliza, nas suas acções normais do dia a dia, o nível mais elevado de capacidades segundo as perspectivas estruturalistas (Karplus e Karplus, 1972; McKinnon & Renner, 1971; Renner, Stafford, Lawson, McKinnon, Friots & Kellog, 1976).

Pelas razões expostas se sugere a intervenção intencionalizada visando o desenvolvimento estrutural cognitivo no contexto de programas de promoção da saúde. A educação sempre foi uma dimensão considerada importante na promoção da saúde. Por exemplo, Dubos (1979) salienta esta dimensão, afirmando que "os estádios iniciais de vida são de excepcional importância devido a que, em larga medida, determinam aquilo em que o adulto se tornará (...) os primeiros anos de vida são a parte mais importante da ecologia humana (...). Não há dúvida que uma atmosfera favorável ao desenvolvimento biológico e mental da criança é a maneira mais económica de promover a saúde mundial" (p.394/5). Esta asserção é ainda demonstrada pela relação entre nível de instrução e saúde (Grosse & Auffrey, 1989), que se demonstrou mais importante do que a relação entre prosperidade e saúde (Pineault, 1990), embora prosperidade e instrução também estejam associadas.

Os objectivos da intervenção ao nível da estrutura, explicitados em 2) devem ser perseguidos em conjunto com qualquer dos objectivos do tipo dos incluídos em 1) dado que estes últimos se referem ao conteúdo visível da intervenção.

Todos estes objectos de intervenção estão ligados ao estilo de vida: adequar o estilo de vida de modo a que o confronto com o quotidiano seja mais fácil e melhorar a saúde é importante, quer em termos de rendimento da universidade, quer de saúde pública. Este tipo de intervenção pode ser realizado com diversos alvos, indivíduo, grupo, ou organização, e pode



ocorrer em dois grandes momentos: antes de haver crise, seguindo estratégias de promoção da saúde, ou quando o estudante está em crise seguindo estratégias remediativas. Estas são mais adequadamente implementadas individualmente ou em pequenos grupos consoante o elemento desencadeador da crise.

## Conclusão Geral

O presente estudo propunha-se atingir quatro grandes objectivos principais e outro conjunto de objectivos secundários. Tal deveria ocorrer em dois momentos: um primeiro momento visava a preparação da investigação e implicava, nomeadamente, a adaptação e reconstrução dos instrumentos de avaliação, e a experimentação do procedimento investigativo. Um segundo momento visava o estudo relativo aos objectivos principais.

Os objectivos principais propunham-se analisar os resultados de três modos distintos: o mais importante visava o modo como dois blocos de variáveis- de saúde e psicológicas- se relacionavam em grupo, tendo sido escolhido como tratamento estatístico a correlação canónica. O segundo modo visava inspeccionar como diversos grupos de indivíduos se diferenciavam quanto às variáveis em jogo, para o que foram adoptados procedimentos estatísticos como o teste t de *student* e a análise de variância, consoante se tratava de dois ou mais grupos. Finalmente, o último modo visava inspeccionar como se relacionavam resultados extremos de duas variáveis, e como esta relação era influenciada pela introdução de resultados extremos de uma variável psicológica. Para esta última análise recorreu-se ao procedimento estatístico denominado *crosstabulation*.

A perseguição dos objectivos principais foi precedida pela adaptação ou reconstrução das escalas, que teve lugar, num estudo piloto, e com os dados do estudo definitivo. As escalas utilizadas, depois de adaptadas ou reconstruídas, mostraram possuir características psicométricas adequadas para poderem ser consideradas instrumentos de medida. Com efeito, depois de traduzidos os items, de verificada a validade de conteúdo de cada um, de inspeccionada a interpretação dos respondentes, de verificada a distribuição das respostas por item, de verificada a distribuição dos

resultados por escala, de analisado o modo como os itens se agrupavam por constructos e de formadas sub-escalas, de verificada a consistência interna, nos casos em que tal se justificava, pode afirmar-se que, estas versões portuguesas, formam escalas -questionários ou inventários- com propriedades métricas idênticas às escalas originais. As respostas de cada escala distribuem-se segundo parâmetros de normalidade que permitem recorrer à estatística paramétrica com respeito pelas regras científicas.

Apesar de os instrumentos terem propriedades mínimas para poderem ser utilizados, é necessário continuar a aprofundar o seu estudo. Os instrumentos de medida são um recurso básico para qualquer ciência. Uma ciência que não tenha modo de medir o seu objecto epistemológico é porque não tem objecto epistemológico: se ele existe pode ser medido. A Psicologia deve ter cuidados especiais neste campo dado ter-se afirmado nesta área de subjectividade, exactamente, pela capacidade de delimitar e avaliar o seu objecto. A psicologia da saúde é uma área recente da psicologia. Os pouco mais de dez anos de existência justificam a imaturidade dos instrumentos específicos que se desenvolveram. Por outro lado, as técnicas que existem não estão adaptadas à língua e cultura portuguesas. Por esta razão, justifica-se que investigações deste tipo continuem a explorar variáveis, instrumentos, e relações entre variáveis, quer utilizando-as como variáveis independentes ou co-independentes, quer como dependentes ou co-dependentes.

Tomando em consideração a ordem dos objectivos da investigação expressos na última parte do primeiro capítulo, apresentados pela ordem de importância que lhes é atribuída, os resultados da presente investigação indicam que:

1-há indícios de forte associação entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas, quer tomadas isoladamente quer em conjunto. Há elevada probabilidade de haver variação associada nos valores das

medidas de saúde e psicológicas no sentido esperado ou seja, os indivíduos cujas variáveis psicológicas têm valores mais positivos expressam, também, saúde mais positiva. Analisando a relação entre variáveis com recurso a outra metodologia verifica-se que em situações passíveis de gerar *stress*, os indivíduos que têm valores mais positivos nas variáveis psicológicas, sofrem menos o impacto negativo dessas situações.

2- os contextos de experiência, geracionais, físicos, de sucesso, estão associados a melhores resultados de saúde e a melhores resultados das variáveis psicológicas. As diversas gerações de estudantes diferem, de modo estatisticamente significativo, quanto aos resultados das variáveis psicológicas e de saúde; as diversas escolas expressam de modo diferenciado as variáveis estudadas; os estudantes que se percebem com melhor sucesso escolar expressam valores mais positivos das variáveis de saúde e psicológicas;

3- os dois sexos expressam universos de experiência diferentes nomeadamente, mostram resultados de saúde, psicológicos e de percepção do ambiente, diferentes. Esta constatação justifica a organização da intervenção considerando duas populações distintas. Já não se trata de conceptualizar e respeitar minorias étnicas, trata-se de aceitar que os dois grupos são diferentes e que se justifica estratégias de intervenção diferentes;

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., & Ware, J. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1, 349-351.

Abanobi, O.C. (1986). Content validity in the assessment of health values. *Health Values*, 10(4), 37-40.

Abbott, M., & Raeburn, J. (1989). Superhealth: a community-based health promotion programme. *Mental Health in Australia*, 2 (1), 25-35.

Abdul-Quader, A., Tross, S., Friedman, S., & Kouzi, A. (1990). Street-recruited intravenous drug users and sexual risk reduction in New York City. *AIDS*, 4(11), 1075-1079.

Abelin, T. (1987). Approaches to the health promotion and disease prevention. In: T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.). *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, pp.29-46), Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Abelin, T. (1991). Health promotion. In: W. Holand, R. Detels, & G. Knox (Eds.) *Oxford textbook of public health* (2nd ed.), Vol 3. Oxford: Oxford University Press.

Abel, T., Cockerham, W., Lueschen, G., Kunz, G. (1989). Health lifestyles and self-direction in employment among American men: A test of the spillover effect. *Social Science and Medicine*. 28(12), 1269-1274.

Abler, R., & Fretz, B. (1988). Self-efficacy and competence in independent living among oldest old persons. *Journals of Gerontology*, 43(4), S138-S143.

Aday, L.A. (1989). *Designing and conducting health surveys*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Alexy, B.B. (1991). Factors associated with participation or nonparticipation in workplace wellness center. *Research in Nursing & Health*, 14, 33-40

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: Macmillan Publishing Company.

Anderson, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp.22-35). Oxford: Oxford University Press.

Angell, M. (1985). Disease as a reflection of the psyche. *The New England Journal of Medicine*, 312 (24), 1570-1572.

- Anstey, T. J., & Spence, N. (1986). Factors associated with stress in mothers of intellectually disabled children. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 12(4), 249-255
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In: J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp. 114-129). New York: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- APA task Force on Health Research (April, 1976). Contributions of psychology to health research: patterns, problems, and potentials. *American psychologist*, 31, 263-274.
- Armstrong, D. (1988). Historical origins of health behaviour. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp.8-21). Oxford: Oxford University Press.
- Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E., & Arena, J. (1984). Psychometric properties of SUNYA revision of the Psychosomatic Symptom Checklist. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 247-257.
- Auslander, G., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 3(4), 493-510.
- Bacelar, N., & Figueira, M. (1989). Análise exploratória da evolução do auto-conceito nos adolescentes através de modelos probabilísticos de classificação hierárquica. *Psiquiatria Clínica*, 10(1), 43-48.
- Baecke, J., Burema, J., & Frijters, J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Bagnall, G. (1991). Survey research and HIV-related behaviours: a case for caution. *Health Education Journal*, 50 (4), 171-173.
- Bailey-Britton, Ann M. (1987). The relationship between health and academic performance in school-age children. Special Issue: Health and school-age children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 10(5-6), 273-289.
- Baker, J. A. (1988). Breast self-examination among older women. *Health Education Research*, 3 (2), 181-189.
- Baker, T., & Brandon, T. (1990). Validity of self-reports in basic research. *Behavioral Assessment*, 12, 33-51.

Baltes, P.B., Reese, H.M., & Lipsit, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.

Baltes, P., Reese, H., & Nesselroade, J. (1977). *Life-span developmental psychology: introduction to research methods*. Monterey, Cal.: Brooks/Cole Publishing Company.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1981). Self-Referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: John H. Favel & Lee Ross (Eds.) *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.

Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (2), 464-469.

Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.

Barondess, J.A. (1979) Disease and illness- a crucial distinction. *The American Journal of Medicine*, 66, 375-376.

Basen-Engquist, K., & Parcel, G. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19(2), 263-277.

Bassler, T. & Scaff Jr., J. (Jun. 12, 1975) (carta ao editor) *The New England Journal of Medicine* 292, 1302.

Baumgartner, R.M., & Heberlein, T.A. (1984). Recent research on mailed questionnaire response rates. In: D. Lockhart (Ed.) *Making effective use of mailed questionnaires*. (pp. 65-76) San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.

Belar, C.D., Deardorff, W.W., & Kelly, K.E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.

Belloc, N. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.

Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.

Belloc, N., Breslow, L., & Hochstim, J. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93 (5), 328-336.

Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696-704).



- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 27 (3), S148-S156.
- Bergner, M., & Rothman, M. (1987). Health status measures: an overview and guide for selection. *Annual Review of Public Health*, 8, 191-210.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Berkman, L.F. & Breslow, L.(1983).*Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204.
- Bernier, J., & Rustad, K. (1977). Psychology of counseling curriculum: a follow-up study. *The Counseling Psychologist*, 6(4), 18-25.
- Bibace, R., & Walsh, M.E. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In: G.C.Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.). *Health Psychology-a Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Birkimer, J., Lucas, M., & Birkimer, S.(1991). Health locus of control and status of cardiac rehabilitation graduates. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(3), 629-640
- Black, D. (1980). Inequalities in health: *Report of a working group*. DHSS, HMSO; London.
- Blair, S.N. (1984). How to assess exercise habits and physical fitness. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.424-447). New York: John Wiley & Sons.
- Blair, S., Kohl, H., Paffenbarger, R., Clark, D., Cooper, K., & Gibbons, L. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. *Journal of American Medical Association*, 262(17), 2395-2401.
- Blanchard, E.B. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.
- Blaxter, M. (1987, July, 4). Health and social class. *The Lancet*, 30-33.
- Bonnevie, I. (1973). The concept of health: a socio-medical approach. *Scandinavian Journal of Sociology and Medicine*, 1, 41-43.
- Borysenko, J. (1984). Stress, coping, and the immune system. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.248-260). New York: John Wiley & Sons.
- Boyle, E., & Harrison, B. (1981). Factor structure of the health locus of control scale. *Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 819-824.

- Bradley, R., & Webb, R. (1976). Age-related differences in locus de control orientation in three behavior domains. *Human development*, 19,49-55.
- Bradstock, K., Forman, M., Binkin, N., Gentry, Eileen M.(1988). Alcohol use and health behavior lifestyles among U.S. women: The behavioral risk factor surveys. *Addictive Behaviors*, 13(1),61-71.
- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health. physical, mental and social wellbeing. *International Journal of Epidemiology*, 1,347-355.
- Breslow, L. (1987). Some fields of application for health promotion and disease prevention.In: T.Abelin, Z.J.Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.). *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, pp.47-60), Copenhagen: World Health Orhanization Regional Office for Europe.
- Breslow, L. (1989). Helath status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care*, 27 (3Sup.), S205-S216.
- Broadhead,W., Kaplan,B., James,S., Wagner,E., Schoenbach,V., Grimson,R., Heyden,S., Tibblin,G., & Gehlbach,S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537.
- Brody, H., & Sobel, D.S. (1979). A systems view of health and disease. In: S.D.Sobel (Edt.). *Ways of Health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine*. (pp.87-104).New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Brock, A. M.,e O'Sullivan, P. (1985). From wife to widow: Role transition in the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(12),6-12.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In: Paul Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology*, Vol. I. New York: John Wiley & Sons.
- Brook,R., Ware,J., Davies-Avery,A., Stewart,A., Donald, C., Rogers, H., Williams, & Johnston,S.,(1979) Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7),(supplement).
- Brown, J.D., & Lawton, M. (1986). Stress, and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *Journal of human stress*, 12, 125-131.
- Brown, J. D., & Siege, J. M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7 (4), 341- 353.

- Bruch, M., Heisler, B., & Comroy, C. (1981). Effects of conceptual complexity on assertive behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 28(5), 377-385.
- Bruhn, J. G. & Phillips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151-169.
- Buck, L. (1985). Beyond Lalonde-creating health. *Canadian Journal of Public Health*, 76 (Supl.), 19-23.
- Budd, R., Eiser, J., Morgan, M., Gammage, P. (1985). The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 16(2), 145-157.
- Burns, R.B. (1984). *The self concept: Theory, measurement and behaviour*. London; Longman Group Limited.
- Burton, D., Sussman, S., Hansen, W., Johnson, C., & Flay, B. (1989). Image attributions and smoking intentions among seventh grade students. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (8), 656-664.
- Byrne, B.M. (1984). The general/ academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54 (3), 427-456.
- Byrne, B.M., & Shavelson. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78(6), 474-481.
- Camacho, T.C., & Wiley, J. (1983). Health practices, social networks, and change in physical health. In: L. Berkman & L. Breslow (Eds.). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford Press University.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, J.D. (1975). Illness is a point of view: the development of children's concept of illness. *Child Development*, 46, 92-100.
- Canada's Health Promotion Survey (1990). Draft do questionário em estudo no Department of Community Health and Epidemiology da Universidade de Saskatchewan do Canadá, para aplicação nacional.
- Cannon, W.B. (1936). *The wisdom of the body*. New York: W.W. Norton.
- Canton, I. (June, 12, 1975). cartas ao editor. *The New England Journal of Medicine*, 292, p.1302.
- Carlson, B.R. & Petti, K. (1989). Health locus of control and participation in physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 32-37.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.

Cassis, C., & Birchmore, D. (1985). Developing human potencial- an awakening process. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 38-42.

Castro, F., Newcomb, M., & Cadish, K. (1987). Lifestyle differences between young adult cocaine users and their nonuser peers. *Journal of Drug Education*, 17(2), 89-111.

Centers for Disease Control. (1991). Health Objectives for the nation: consensus set of health indicators for the general assessment of community health status- United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40(27), 449-451.

Centers for Disease Control. (1989). Tobacco use by adults- United States, 1987. *Journal of American Medical Association*, 262(17), 2364 e 2369.

Chapman, S., & Fitzgerald, B. (1982). Brand preference and advertising recall in adolescent smokers: some implications for health promotion. *American Journal of Public Health*, 72(5), 491-494.

Charlton, J., & Velez, R. (1986). Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal*, 292, 295-301.

Chibnall, J. & Tait, R. (1989). The psychosomatic symptom checklist revisited: reliability and validity in chronic pain population. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (3), 297-307.

Chi, P. S. (1986). Variation in subjective well-being among Black migrant farm workers in New York. *Rural Sociology*; 51(2), 183-198

Clark, J.N. (1990). *Health, illness and medicine in Canada*. Toronto: McClelland & Stewart.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.

Cochrane, S.H., O'Hara, D.J., & Leslie, J. (1980). *The effects of education on health*. Working Paper No.405. Washington, D.C.: The World Bank.

Cockerham, M., Kunz, G, Leuschen, G. e Spaeth, J. (1986). Symptoms social stratification and self-responsability for health in United States and West Germany. *Social Science and Medicine*, 22(11), 1263-1271.

Cogan, R. & Spinnato, J. (1988). Social support during premature labor: Effects on labor and the newborn. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 8(3), 209-216.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of psysical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.

- Collins, B. (1974). Four components of the Rotter internal-external scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29 (3), 381-391.
- Comrey, A.L. (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.
- Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 754-761.
- Connell, C., & D'Augelli, A. (1990). The contribution of personality characteristics to the relationship between social support and perceived physical health. *Health Psychology*, 9 (2), 192-207.
- Connor, S., & Livengood, J. (1991). Academic centers for prevention research: making prevention a practical reality. *American Psychologist*, 46 (5), 525-527.
- Cononie, C.C., Graves, J.E., Pollock, M.L., Phillips, M.I., Sumners, C., & Hagberg, J.M. (1991). Effect of exercise training on blood pressure in 70 to 79 years old men and women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23(4), 505-511.
- Cooper, K.H., Pollock, M.L., Martin, R.P., White, S.R., Linnerud A.C., & Jackson, A. (1976). Physical fitness levels vs selected coronary risk factors: a cross-sectional study. *The Journal of the American Medical Association*, 236 (2), 166-170.
- Cox, D., Freundlich, A., & Meyer, R. (1975). Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(6), 892-898.
- Cramer, J. (1993, Julho). *Assessment of quality of life in epilepsy*. Comunicação apresentada no 20th International Epilepsy Congress, Oslo, Noruega.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663-680.
- Cress, M.E., Thomas, D.P., Johnson, J., Kasch, F.W., Cassens, R.G., Smith, E.L., & Agre, J.C. (1991). Effect of training on VO<sub>2</sub> max, Thigh strength and muscle morphology in septuagenarian women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23(6), 752-758.
- Crews, D.J., & Landers, D.M (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to social psychosocial stressors. *Medicine and Science Sports and Exercise*, 19(5), S114-S120.
- Cronbach, L. (1977). *Essentials of psychological Testing*. New York: Harper & Row.

D'Almeida, V.C (1985). Contribuição da medicina comportamental para a redução (controlo) dos factores de risco das doenças cardiovasculares. *Psiquiatria Clínica*, 1(1), 7-29.

Dawis, R.V. (1987). Scale construction. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 481-489.

Dean, D.(1961). Alienation: its meaning and measurement. *American Sociological Review*, 26, 753-758.

Dean, K. (1990). Nutrition education research in health promotion. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 51(4), 481-484.

DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R.(1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486-495.

Desharnais, R., Bouillon, J., & Godin, G. (1986). Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence. *Psychological Reports*, 59(3), 1155-1159

de-Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.

DiClemente, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2), 175-187.

Dielman, T., Leech, S, Lorenger, A., & Horvath, W. (1984). Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions. *Adolescence*, 19 (76), 935-950.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

DiFranza, J., Richards, J., Paulman, P., Wolf-Gillespie, N., Fletcher, C., Jaffe, R., & Murray, D. (1991). R J R Nabisco's cartoon camel promotes camel cigarettes to children. *Journal of American Medical Association*, 266 (22), 3149 -3153.

Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley & sons.

Dingle, J.H. (1973). The ills of Man. In: Scientific American(Edt.). *Life and death and medicine*. San Francisco; W.H. Freeman and Company

Doornbos, G., & Kromhout, D. (1990). Educational level and mortality in a 32-year follow-up study of 18-year-old men in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 19(2), 374-379.

Downie, R.S., Fyfe, C., & Tannahill, A. (1990). *Health promotion models and values*. Oxford; Oxford Press.

- Draper, P., Best, G., & Dennis, J. (1977). Health & wealth. *Royal Society of Health Journal*, 98(3), 121-126.
- Dubnoff, S. (1985). How much income is enough? measuring public judgements. *Public Opinion Quarterly*, 49, 285-299.
- Dubos, R. (1979a). Medicine evolving. In: D.S.Sobel (Ed). *Ways of health*. (pp.21-43). New York; Harcourt Brace Jovanovich.
- Dubos, R. (1979b). Human Ecology. In: S.D.Sobel (Edt.). *Ways of Health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine*. (pp.387-396). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Duffy, M.E.(1988).Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37(6),358-362.
- Duijn, C., & Hofman, A.(1991). Relation between nicotine intake and Alzheimer's disease. *British Medical Journal*, 302, 1491-4.
- Dunst, C., Trivette, C., Hamby, D., & Pollock, B. (1990). Family systems correlates of the behavior of young children with handicaps. Special Issue: Families. *Journal of Early Intervention*, 14(3), 204-218.
- Dutton, D., & Levine (1989). Socioeconomic status and health: overview, methodological critique, and reformulation. In: J:P:Bunker, D.S.Gomby & B.M. Kehrner (Edts.). *Pathways to health: the role of social factors*. Menlo Park, Ca: Henry J. Kaiser Family Foudation.
- Elkind, D. (1962). Quantity conceptions in college students. *Journal of Social Psychology*, 57, 459-465.
- Ekelund, L., Haskell, W., Johnson, J., Whaley, F., Criqui, M., & Sheps, D. (1988). Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic North American men. *The New England Journal of Medicine*, 319(21), 1379-1384.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Eriksen, M.P., LeMaistre C.A., & Newell G.R. (1988). Health hazards of passive smoking. *Annual Review of Public Health*, 9; 47-70.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological issues*, 1 (1), 18-171.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Essex, M.J. & Klein, M.H. (1989). The importance of the self-concept and coping responses in explaining physical health status and depression among older women. *Journal of Aging and Health*, 1(3), 327-348.

Evers, S. (1990). *Health for all indicators in health interview surveys*. Voorburg, Netherlands. ICP/HST 124/10/ Rev.1 (unedited) World Health Organization-Regional Office for Europe.

Ewbank, D. (1986). Population and public health. In: John M. Last (Edt.). *Public health and preventive medicine* (12 Ed.). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

Fabrega, H. (1974). *Disease and social behavior*. Cambridge: MIT Press.

Farid, B. T., Johnson, R. D., Lucas, E. G., Williams, R. (1988). Perception of illness among patients with alcoholic liver disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(4),375-377.

Ferketich, S. Mercer, R.(1989).Men's health status during pregnancy and early fatherhood. *Research in Nursing and Health*,12(3),137-148.

Feurstein, M., Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, A.R. (1986). *Health Psychology: a psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.

Finsterbusch, K., Liewellyn, L., & Wolf, C.P.(1983). *Social impact assessment methods*. Beverly Hills: Sage Publications.

Fisher, P., Schwartz, M., Richards,J., & Goldstein,A. (1991). Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years: Mickey Mouse and Old Joe the Camel. *Journal of American Medical Association*,266(22),3145-3148.

Flaherty, M.(1986).Preschool children's conceptions of health and health behaviors. *Maternal Child Nursing Journal*, 15(4),205-265.

Flanagan, J:C: (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Ford, D. (1987). *Humans as self-constructing living systems: a developmental perspective on behavior and personality*. New Jersey: Laurence erlbaum Associates, Publishers.

Ford, D. (1990) Positive health and living systems frameworks. *American Psychologist*, 45(8),980-81.

Ford, M. (1986). A living systems conceptualization of social intelligence: outcomes, processes, and developmental change. In:R. Sternberg (Edt.). *Advances in the psychology of human intelligence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Fries; J., & Spitz; P. (1990) The hierarchy of patient outcomes.In: B. Spilker (Edt.) *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.

Fusillier, M., Ganster, D., Mayes, B.(1987). Effects of social support, role stress, and locus of control on health. *Journal of Management*, 13(3),517-528.



Gatchel, R., Baum, A., & Krantz, D. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.

Gibbons, L.W., Blair, S.N., Cooper, K.H., & Smith, M. (1983). Association between coronary heart disease risk factors and physical fitness in healthy adult women. *Circulation*, 67(5), 977-983.

Gochman, D.C. (1972). Development of health beliefs. *Psychological Reports*, 31, 259-266.

Goertzel, L., Goertzel, T. (1991). Health locus of control, self-concept, and anxiety in pediatric cancer patients. *Psychological Reports*, 68(2), 531-540.

Goldberg, M., & Dab, W. (1987). Complex indexes for measuring a complex phenomenon. In: T.Abelin, Z.Brzezinski & V.Carstairs (Edtrs.) *Measurement in health promotion and protection*.(pp.174-194). Copenhagen: WHO Regional Publications.

Goldstein, A., Fisher, P., Richards, J., & Creten D. (1987). Relationship between high school student smoking and recognition of cigarette advertisements. *The Journal of Pediatrics*, 110(3), 488-491.

Goldstein, M., & Hurwicz, M. (1989). Psychosocial distress and perceived health status among elderly users of a health maintenance organization. *Journals of Gerontology*, 44(5), 154-156.

Gomes, M., & Cardoso, R. (1986). Aferição da Escala I.A.R. (Intellectual Achievement Responsibility Questionnaire) em duas amostras de crianças portuguesas do 6º ano de escolaridade. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 153-59.

Goodstadt, M.S., Simpson, R.I., & Loranger, P.O. (1987). Health promotion: a conceptual integration. *American Journal of Health Promotion*, 1(3), 58-63.

Gottlieb; N., & Green, L. (1984). Life events, social network, life-style, and health: an analysis of the 1979 National Survey of personal health practices and consequences. *Health Education Quarterly*, 11(1), 91-105.

Graves, A.J. (1972). Attainment of mass, weight and volume in minimally educated adults. *Developmental Psychology*, 7, 223.

Greene, J., Walker, L., Hickson, G., & Thompson, J. (1989). Stressful life events and somatic complaints in adolescents. In: T.W.Miller (Edtr.) *Stressful life events*.(pp.633-642. Madison: International Universities Press, Inc.

Green, L.W. (1984). Modifying and developing health behavior. *Annual Review of Public Health*, 5, 215-236.

Green, L.W., & Raeburn, J. (1990). Contemporary developments in health promotion: definitions and challenges. In: N.Bracht (Edr.) *Health promotion at the community level*. USA: Sage Publications.

Green, S., & Miyai, K. (1986). The impact of medical school on the student with respect to interpersonal relationships and life-styles. *Journal of Medical Education*, 61(3), 177-178.

Grosse, R.N., & Auffrey, C. (1989). Literacy and health status in developing countries. *Annual Review of Public Health*, 10, 281-297.

Guralnik, J., & Kaplan, G. (1989) Predictors of healthy aging: prospective study from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 79(6), 703-708.

Gutkin, T.B., Robbins, J.R., & Andrews, L. (1985) The health locus of control scale: psychometric properties. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 407-409.

Haan, M., Kaplan, G., & Camacho, T. (1987). Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology*, 125(6), 989-98.

Haggerty, R. (1977). Changing lifestyles to improve health. *Preventive Medicine*, 6, 276-289.

Hanson, B., Isacson, S., Janzon, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology*, 130 (1), 100-111.

Harre, D. (1982). *Principles of sports training*. R.D.A.: Sportverlag Berlin.

Harris, S.S., Caspersen, C.J., DeFries G.H., & Estes, E.H. (1989). Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in clinical setting. *The Journal of the American Medical Association*, 261(24), 3590-3598.

Harris, D.M. & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.

Harter, S., & Connell, J.P. (1984). A model of the relationships among children's academic achievement and their self-perceptions of competence, control, and motivational orientation. In: J. Nicholls (Ed.) *The development of achievement motivation* (pp.219-250). Greenwich, CT: JAI Press.

Harvey, O., Hunt, D., & Schroder, H. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. New York: Wiley.

Hayes, D., & Ross, C.E. (1986). Body and mind: the effect of exercise, overweight, and physical health on psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 387-400.

Hazzard, A., & Angert, L. (1986). Knowledge, attitudes, and behavior in children with asthma. *Journal of Asthma*, 23(2), 61-67

Heggenhougen, H., & Shore, L. (1986). Cultural components of behavioural epidemiology: implications for primary health care. *Social Science and Medicine*, 22(11), 1235-1245.

Hemminki, E., & Paakkulainen, A. (1976). The effects of antibiotics on mortality from infectious diseases in Sweden and Finland. *American Journal of Public Health*, 66, 1180-1184.

Hermanson, B., Omenn, G., Kronmal, R., & Gersh, B. (1988). Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. *The New England Journal of Medicine*, 319 (21), 1365-1369.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier MacMillan Publishers.

Hettler, W. (1984). Wellness- the lifetime goal of a university experience. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds.) *Behavioral health* (pp.1117-1124). New York: John Wiley & Sons.

Hinman, A.R. (1990). 1889 to 1989: a century of health and disease. *Public Health Reports*, 105(4), 374-380.

Hobbs, E.D. (1973). Adolescents' concepts of physical quantity. *Developmental Psychology*, 9, 431.

Hoffman, M.L. (1970). Moral development. In: P.H. Mussen (ed.). *Carmichael's manual of child psychology* (3e. Ed.) pp.261-359). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Hogelin, G. (1988). The behavioural risk factor surveys in the United States 1981-1983. In: R.Anderson, J.Davies, I.Kickbusch, D.McQueen, & J.Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp.111-124). Oxford: Oxford University Press.

Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16(1), 53-93.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Hopkins, P., & Williams, R. (1981). A survey of 246 suggested coronary risk factors. *Atherosclerosis*, 40, 1-52

Horley, J. (1984). Life satisfaction, Happiness, and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124-127.

Huber, W. (1977). *Introduction à la psychologie de la personnalité*. Bruxelles: Dessart et Mardaga, Editeurs.

Hubert (1986). The importance of obesity in the development of coronary risk factors and disease: the epidemiologic evidence. *Annual Review of Public Health*, 7, 493-502.

Hubert, H.B., Feinleib, M., McNamara, P.M., & Castelli, W.P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Study. *Circulation*, 67(5), 968-977.

Hueneman, R. L., Shapiro, L.R., Hampton, M.C., & Mitchel, B.W. (1966) A longitudinal study of gross body composition and body conformation and their association with food and activity in a teenage population. *American Journal of Clinical Nutrition*, 18,328-338.

Hunt, D. (1975). Person environment interaction. *Review of Educational Research*, 45(2),209-230.

Hunt, D., Butler, L., Noy, J., & Rosser, M. (1978). *Assessing conceptual level by the paragraph completion method*. Toronto: The Ontario Institute for Studies in Education

Ilich,I. (1975). *Limites para a medicina*. Lisboa:Livraria Sá da Costa Editora.

Ishii-Kuntz, M. (1990). Social interaction and psychological well-being: comparison across stages of adulthood. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(1), 15-36.

Jamison, R.N., Lewis, S., Burish, T.G.(1986). Cooperation with treatment in adolescent cancer patients. *Journal of Adolescent Health Care*,7(3),162-167.

Jessor R.(1984). Adolescent development and behavioral health. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.69-90). New York: John Wiley & Sons.

Jessor, R., Chase, J.A., & Donovan, J.E. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a nacional sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 70(6), 604-613.

Jouguin, E., & Davies, M. (1980). *Student distress: a study of problems experienced by students at the University of Saskatchewan*. Saskatchewan: University of Saskatchewan.

Justo, C. (1992). A evolução do conceito de qualidade em saúde: Uma perspectiva histórica. *Revista dos Médicos*, 9/10,16-19.

Kaemingk, K.,& Bootzin, R. (1990). Behavior change strategies for increasing condom use. *Evaluation and Program Planning*, 13(1),47-54.

Kaiser, H.(1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.

Kalimo, E. (1988). National surveys of health behaviour in Finland. In: R.Anderson, J.Davies, I.Kickbusch, D.McQueen, & J.Turner (Edts.). *Health*

*behaviour research and health promotion*. (pp.125-136). Oxford: Oxford University Press.

Kannel, W.B., & Schatzkin, A. (1983). Risk factor analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 24(4), 309-332.

Kannel, W.B., & Sortie, P. (1979). Some health benefits of physical activity: the Framingham Study. *Archives of Internal Medicine*, 139, 857-861.

Kaplan, B., Cassel, J., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.

Kaplan, G.A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3), 292-304.

Kaplan, R. (1984). The connection between clinical health promotion and health status. *American Psychology*, 39(7), 755-765.

Kaplan, R. (1985). Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Medical Care*, 23 (5), 564-583.

Kaplan, R. (1988). Health-related quality of life in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 382-392.

Kaplan, R., Atkins, C., & Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3(3), 223-242.

Kaplan, R.M., Bush, J.W., & Berry, C.C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Research*, 11(4), 478-507.

Kaplan, S. (1986). Patient reports of health status as predictors of physiologic health measures in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (Suppl.1), 27S- 36S.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (Feb. 1966,a). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (April, 1966,b). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: II sick-role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.

Kass, L. (1975). Regarding the end of medicine and the pursuit of health. *The Public Interest*, 40, 11-42.

Katz, S.H., & Wallace, A.F. (1974). An antropological perspective on behavior and disease. *American Journal of Public Health*, 64(11), 1050-1052.

Kelly, R.B., Zyzanski, S.J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, 32 (3), 311-320.

Kendal, P.C., & Turk, D.C. (1984). Cognitive-behavioral strategies and health enhancement. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.393-408). New York: John Wiley & Sons.

Kermis, M.D. (1984). *The psychology of human aging*. Boston: Allyn and Bacon.

Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

King, A., Blair, S., Bild, D., Dishman, R., Dubbert, P., Marcus, B., Oldridge, N., Paffenbarger, R., Powell, K., & Yeager, K. (1992) Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24 (6) Supplement, S221-S236.

Kingery, P.M., Ballard, D.J., & Pruitt, B.-E. (1990). The self-efficacy of school health promoters. *Health Values Health Behavior, Education and Promotion*, 14 (5), 25-33.

Kirshner, B., & Guyatt, G. (1985). A methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronical diseases*, 38(1), 27-36.

Knowles, J., & Norton, W. (1977). *Doing better and feeling worse: Health in the United States*. New York: Russell Sage Foundation.

Kobasa, S.C. (1979). Stress life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.

Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.

Kohlberg, L. (1968). Early education: a cognitive-developmental view. *Child Development*, 39, 1013-1062.

Kokény, M., Ajkán, Z., & Bogнар, I. (1988). Risk factors investigation of health behaviour: Hungarian experience. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Edts.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp.69-77). Oxford: Oxford University Press.

Kok, G., de-Vries, H., Mudde, A., Strecher, V. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy. *Health Education Research*, 6(2), 231-238.

Kolanowski, A., & Gunter, L. (1985). What are the health practices of retired career women? *Journal of Gerontological Nursing*, 11(12), 22-30

Kozlowski, L., & Heatherton, T. (1990). Self-report issues in cigarette smoking: state of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 53-75.

Kuller, L., Ockene, J., Meilahn, E., Wentworth, D., Svendsen K., & Neaton J. (1991) Cigarette smoking and mortality. *Preventive Medicine*, 20, 638-654.

Kumari, K. & Sharma, S. (1990). Social support, organizational role stress and well being: A study of medicos. *Psychological Studies*, 35(3), 163-169.

Kune, G.A., Kune, S., & Watson, L.F. (1990). Body weight and physical activity as predictors of colorectal cancer risk. *Nutrition and Cancer*, 13, 9-17.

Kvam, S., & Lyons, J. (1991). Assessment of coping strategies, social support, and general health status in individuals with diabetes mellitus. *Psychological Reports*, 68(2), 623-632.

LaCroix, A., Lang, J., Scherr, P., Wallace, R., Cornoni-Huntley, J., Berkman, L., Curb, D., Evans, D., & Hennekens, C. (1991). Smoking and mortality among older men and women in three communities. *New England Journal of Medicine*, 324(23), 169-25.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare

Lamb, K., Brodie, D., Minten, J., & Roberts, K. (1991). A comparison of selected health-related data from surveys of a general population and sporting population. *Sociological and Science Medicine*, 33(7), 835-839.

Lancet (1991, June, 8). What's new in public health. *The Lancet*, 373.1381-1383.

Last, J.M. (1986). Epidemiology and health information. In: John M. Last (Ed.) *Public health and preventive medicine* (12 Ed.). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

Lau, R. & Ware, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 11(11), 1147-1158.

Lawton, M.P. (1984) Investigating health and subjective well-being: substantive challenges. *International Journal of Aging and Human Development*, 19 (2), 157-165.

Lefcourt, H.M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112(3), 411-414.

Leigh, J.P. (1985). An empirical analysis of self-reported work-limiting disability. *Medical Care*, 23(4), 318-

Lemkow, L. (1986). Socio-economic status differences in health. *Social Science and Medicine*, 22(11), 1257-1262.

Lerner, R.M., & Spanier, G.B. (1978). A dynamic interactional view of child and family development. In: R.M. Lerner & G.B. Spanier (Eds.). *A life-span perspective*. New York: Academic Press.

- Leviner, E., Galili, D., Lowenthal, U., Sarna, O., (1991). The attitude of patients at risk for infective endocarditis toward dental treatment. *International Journal of Psychosomatics*, 38(1-4), Spec Issue, 48-51.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social change*. New York: Harper and Row.
- Lilienfeld, D.E. (1978). Definitions of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 107 (2), 87-90.
- Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399
- Linn, L., Ware, J., & Greenfield, S. (1980). Factors associated with relief from chest pain following emergency care. *Medical Care*, 18(6), 624-634.
- Linn, M., Sculthorpe, W., Evje, M., Slater, P., & Goodman, S. (1969). A social dysfunction rating scale. *Journal of Psychiatry Research*, 6, 299-306.
- Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34(1), 4-13.
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports*, 3(Monograph Supplement 9), 635-694.
- Lowery, B.J. (1981). Misconceptions and limitations of locus of control and the I-E scale. *Nursing Research*, 30 (5), 294-298.
- MacIntyre, S., & West, P. (1991). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*, 32 (4), 395-402.
- Madux, J. E., Roberts, M. C., Sled den, E. A., & Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41 (1), 25-34.
- Maisto, S.A., McKay, J.R., & Connors, G.J. (1990). Self-report issues in substance abuse: state of the art and future directions. *Behavioral assessment*, 12, 117-134.
- Maibach, E., Flora, J., Nass, C. (1991). Changes in self-efficacy and health behavior in response to a minimal contact community health campaign. *Health Communication*, 3(1), 1-15
- Mallick, M.J., Whipple, T.W., & Huerta, E. (1987). Behavioral and psychological traits of weight-conscious teenagers: a comparison of eating-disordered patients and high and low-risk groups. *Adolescence*, 22(85), 157-168.
- Manning, W.G., Keeler, E., Newhouse, J., Sloss, E., & Wasserman, J. (1991). *The costs of poor health habits*. A RAND study. Cambridge: Harvard University Press.



- Marmot, M.G., & Smith, G.D. (1989). Why are the Japanese living longer. *British Medical Journal*, 299, 1574-1551.
- Marshall, G.N.(1991).A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: Separating the wheat from the chaff? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3),483-491
- Mason, J., & Powel, K. (1985). Physical activity, behavioral epidemiology, and public health. *Public Health Reports*,100(2),113-115.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9),807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology.*American Psychologist*, 37(1),1-14.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.3-40). New York: John Wiley & Sons.
- May, J. (1958). *The ecology oh human disease*. New York: MD Publications.
- Mayton, Daniel M. (1986).Personality correlates of nuclear war threat perception. *Journal of Social Psychology*,126(6), 791-800.
- McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine*,15(1),65-88.
- McCaul, K., O'Neill, H., & Glasgow, R. (1988). Predicting the performance of dental hygiene behaviors: An examination of the Fishbein and Ajzen model and self-efficacy expectations. *Journal of Applied Social Psychology*,18(2), 114-128
- McGinnis, J. (1991). Health objectivs for the nation. *American Psychologist*, 46 (5). 520-524.
- McGinnis, J. (1992).The public health burden of a sedentary lifestyle. *Medicine and Science in Sports and Exercise*,24(6),(Suplement),S196-S200.
- Mcintyre; S. & West, P. (1991). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*, 32(4), 395-402.
- McKeown, T. (1972). An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Populations Studies*,27(3).
- McKeown, T., Record, R., & Turner, R. (1975). An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. *Populations Studies*,29(3): 391-422.

- McKibbin, M., & Joyce, B. (1980). Psychological states and staff development. *Theory into practice*, 19 (4), 248-255.
- McKinnon, J., & Renner, J. (1971). Are colleges concerned with intellectual development? *American Journal of Physics*, 39, 1047-1052.
- McLean, U. (1988). Ethnographic approaches to health. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp.41-44). Oxford: Oxford University Press.
- McQueen, D. (1987). A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. *Revue of épidémiologi et santé publique*, 35, 28-35.
- McQueen, D. (1988). Directions for research in health behaviour related to health promotion: an overview. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69(11), 1142-1145.
- Mechanic, D. & Cleary, P.D. (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 364-374.
- Michael, J. (1982). The seconde revolution in health: health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37 (8), 936-941.
- Milio, N. (1976). A framework for prevention: changing health-damaging to health-generating life patterns. *American Journal of Public Health*, 66 (5), 435-439.
- Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Philadelphia: F.A. Davies.
- Millar, W.J., & Wigle, D.T. (1986). Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 127-132.
- Miller, J. (1975). General systems theory. In :A. Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (pp.75-88). Baltimore: Williams & Wilkins Company.
- Miller, J.G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Miller, L. (1978). Healthy, wealthy, and wise: an essay review of doing better and feeling worse: health in the United States. *Social Science and Medicine*, 12, 429-433.

- Miller, N.E. (1984). Learning: some facts and needed research to maintaining health. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.). *Behavioral Health* (pp.199-208). New York: John Wiley & Sons.
- Miller, R., E., Golaszewski, T., J., Pfeiffer, G., J., Edington, D., W. (1990) Significance of the lifestyle system to employee health and assistance. *Health Values Health Behavior, Education and Promotion*. 14(4), 41-49.
- Miller, S. (1984). *Experimental design and statistics*. London: Methuen.
- Millon, T. (1982) On the nature of clinical health psychology. In: T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.). *Handbook of clinical health psychology*. (pp.1-27). New York: Plenum Press.
- Millstein, S.G., Adler, N.E., & Irwin, C.E. (1981). Conceptions of illness in young adolescents. *Pediatrics*, 68(6), 834-839.
- Millstein, S.G., & Irwin, C.E. (1987). Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6(6), 515-524.
- Minkler, M., & Langhauser, C. (1988). Assessing health differences in an elderly population: A five-year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(2), 113-118.
- Montag, I., & Comrey, A.L. (1987). Internality and externality as correlates of involvement in fatal driving accidents. *Journal of Applied Psychology*, 72(3), 339-343.
- Mor-Barak, M., & Miller, L. (1991). A longitudinal study of the causal relationship between social networks and health of the poor frail elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 10(3), 293-310.
- Mor-Barak, M., Miller, L., & Syme, L. (1991). Social networks, life events, and health of the poor, frail elderly: A longitudinal study of the buffering versus the direct effect. *Family and Community Health*, 14(2), 1-13.
- Morganti, J.B., Nehrke, M.F., Hulicka, I.M., & Cataldo, J.F. (1988). Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *International Journal of Aging and Human Development*, 26(1), 45-56.
- Moriyama, I. (1968). Problems in the measurement of health status. In: E. Sheldon and W. Moore (Eds.). *Indicators of social change: concepts and measurement*, (pp.585-586). New York: Russell Sage Foundation
- Morris, J., Chave, S., Adam, C., Sirey, C., Epstein, L., & Sheehan, D. (17 February, 1973). Vigorous exercise in leisure-time and the incidence of coronary heart-disease. *The Lancet*. 333-339
- Morris, J., & Crawford, M. (Dec.20, 1958). Coronary heart disease and physical activity of work: evidence of a national necropsy survey. *British Medical Journal*. 1485-1496.

- Morris, J., Heady, J., Raffle, P., Roberts, C., & Parks, J. (Nov. 21, 1953). Coronary heart-disease and psysical activity of work. *The Lancet*, 1053-1118.
- Morris, N.M. (1982c) Risk reduction for childbearing. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier Macmillan Publishers.
- Morris, N.M. (1982b). Risk reduction from birth to kindergarten age. In: M. M. Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier Macmillan Publishers.
- Morris, N.M. (1982c). Risk reduction in middle childhood years. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier Macmillan Publishers.
- Morris, N.M (1982d). Risk reduction in the adolescent years. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier Macmillan Publishers.
- Moss, N., & Dadds, M. (1991). Body weight attributions and eating self-efficacy in adolescence. *Addictive Behaviors*, 16, 71-78.
- Mossey, J., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Mucchielli, A., Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- Muhlenkamp, A., Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35(6), 334-338
- Mullen, K., Gold, R., Belcastro, P., & McDermott, R. (1986). *Connections for health*. Dubuque: Wm.C.Brown Publishers.
- Mullen, P., Gottlieb, N., Biddle, A., McCuan, R., & McAlister, A. (1988). Predictors of safety belt iniciative by primary care physicians: a social learning theory perspective. *Medical Care*, 26(4), 373-382.
- Myers, S., & Benson, H. (1992). Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. *Behavioral Medicine*, 18, 5-11
- Naditch, M. (1984) The Staywell program. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health*. (pp.1071-1078). New York: John Wiley & Sons.
- Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *The Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.
- Namir, S., Alumbaugh, M., Fawzy, F., & Wolcott, D. (1989). The relationship of social support to physical and psychological aspects of AIDS. *Psychology and Health*, 3(2), 77-86.

Natapoff, J.N. (1978). Children's views of health: a developmental study. *American Journal of Public Health*, 68(10), 995-1000

Nathan, P. (1984). Johnson & Johnson's Live for Life: a comprehensive positive lifestyle change program. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.1064-1070). New York: John Wiley & Sons.

Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver.

Nehrke, M., Hulicka, I., & Morganti, J. (1980). Age differences in life satisfaction, locus of control, and self-concept. *International Journal of aging and Human Development*, 11(1), 25-33.

Neuhauser, C., Amsterdam, B., Hines, P., & Steward, M. (1978). Children's concepts of healing: cognitive development and locus of control factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(2), 335-341.

Newcomb, M., & Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 64-75.

Nicholas, D., & Gobble, D. (1990). On the importance of disregulatory processes in models of health. *American Psychologist*, 45(8), 981-982.

Nie, N., Hull, C., Jenkins, J., Steinbrenner, K., & Bent, D. (1975). *Statistical package for the social sciences*. New York. McGraw-Hill Book Company.

Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In: T.Abelin, Z.J.Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.). *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, pp.5-28), Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Noland, M., Riggs, R., Hall, J. (1985). Relationships among health knowledge, health locus of control, and health status in secondary special education students. *Journal of Special Education*, 19(2), 177-187.

Norman, R. (1985). Studies of the interrelationships among health behaviours. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 407-410.

Norusis, M. (1990). *SPSS/PC+4.0 base manual*. Chicago: SPSS Inc.

O'Donnell, M.P. (1986a). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 4-5.

O'Donnell, M.P. (1986b). Definition of health promotion: Part II: levels of programs. *American Journal of Health Promotion*, 1(2), 6-9.

O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 5.

Olafsson, O., & Svensson, P. (1986) Unemployment-related lifestyle changes and disturbances in adolescents and children in the Western countries. *Social Science and Medicine*, 22(11),1105-1113.

O'Leary, A. (1985). Self-Efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23(4), 437-451.

O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2),229-245.

Olsen,O., Iversen,L., & Sabroe, S.(1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*,32(7),767-771.

OMS (1986). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

Ostberg,V., & Vagero, D. (1991). Socio-economic differences in mortality among children. Do they persist into adulthood? *Social Science and Medicine* 32(4), 403-410.

O'Sullivan, J.B. (1982). Body weight and subsequent diabetes mellitus. *The Journal of the American Medical Association*, 248(8), 949-952.

Ott, A. F. (1990) Life styles, job environment and health status: Some empirical findings for West Germany. *Social Science Journal*, 27(3),339-358

Pádua, F. (1993). Cessar de fumar. *Cardiologia Actual*,20,740.

Page, R., & Cole, G., (1985) Fishbein's model of behavioral intentions: a framework for health education research and curriculum development. *International Quarterly of Community Health Education*, 5(4), 321-328.

Paffenbarger, R., & Hale,W. (1975). Work activity and coronary heart mortality. *The New England Journal of Medicine*, 292(11),545-550.

Paffenbarger, R.S. ,Hyde, R.T.,Wing, A.L.,Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314 (10),605-613.

Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T, Wing, A.L., & Steinmetz, C.H. (1984). A natural history of athleticism and cardiovascular health. *The Journal of the American Medical Association*, 252(4), 491-495.

Paffenbarger,R.S., Laughlin,M., Gima,A., & Black,R.(1970). Work activity of longshoremen as related to death from coronary heart disease and stroke. *The New England Journal of Medicine*, 282(20), 1110-1114.

Papanek,H. (1975). Alfred Adler. In: A.Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (Edts.). *Comprehensive textbook of psychiatry/II* (Vol.1, 2de Edition). Baltimore: The Williams & Wilkins Company.

Patrick D. L., & Deyo, R.A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27 (3,Sup.), s217-s232.

Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Pelletier, K. (1988). Cost-effective data: searching for the unicorn continues. *American Journal of Health Promotion*, 3(1), 57-59.

Pender, N., J. Walker, S., N. Sechrist, K., R. Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing-Research*, 39(6), 326-332.

Pereira, O.G. (1980). Para uma psicologia da saúde: breve balanço das contribuições da psicologia para a psiquiatria. *Psiquiatria Clínica*, 1 (4), 233-238.

Perri, D., S., & Templer, D. (1984-85). The effects of an aerobic exercise program on psychological variables in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 20(3), 167-171.

Perrin, B. (1989, Summer). Literacy and health: making the connection. *Health Promotion*, 28, 2-5.

Perry, C., Baranowski, T., & Parcel, G. (1990). How individuals, environments, and health behavior interact: social Learning Theory. In: K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Peterson, S.E., Peterson, M.D., Raynond, G., Gilligan, C., Checovich, M.M., & Smith, E.L. (1991). Strength and bone density with weight training in middle-aged women. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 23(6), 499.

Peters, R., Cady, L., Bischoff, D., Bernstein, L., & Pike, M. (1983). Physical fitness and subsequent myocardial infarction in healthy workers. *Journal of American Medical Association*, 249 (22), 3052-3056.

Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet*, 399, 1268-1278.

Piaget, J. (1970). Piaget's theory. In: P.H. Mussen (ed.). *Carmichael's manual of child psychology* (3e. Ed.) (pp77-155). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Piaget, J. (1976). *Le comportement, moteur de l'évolution*. France: Gallimard.

Pierce, J., Gilpin, E., Burns, D., Whalen, E., Rosbrook, B., Shopland, D., & Johnson, M. (1991). Does tobacco advertising target young people to start smoking? *Journal of American Medical Association*, 266(22), 3154-3158.

Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Pinch, W.J., Heck, M., & Vinal, D. (1986). Health needs and concerns of male adolescents. *Adolescence*, 21(84), 961-969.

Plante, T., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology Research and Reviews*, 9(1), 3-24.

Pleas, J. (1988). Long-term effects of a lifestyle- change obesity treatment program with minorities. *Journal of the National Medical Association*, 80(7), 747-752.

Polgar, S., & Thomas, S. (1988). *Introduction to research in the health sciences*. Melbourne: Churchill Livingstone.

Pomerleau, O.F., & Rodin, J. (1986). Behavioral medicine and health psychology. In: Sol L. Garfield e Allen E. Bergin (Edts.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York; John Wiley & Sons.

Pomrehn, P., Wallace, R., & Burmeister, L. (1982). Ischemic heart disease mortality in Iowa farmers. *Journal of American Medical Association*, 248(9), 1073-1076.

Powell, K.E., Thompson, P.D., Caspersen, C.J., & Kendrick, J.S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 253-287.

Power, C. (1991). Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Social Science and Medicine*, 32 (4), 411-417.

PRB (1991). *World population data sheet*. Washington: population Research Bureau, Inc.

Quadrel, M.J., & Lau, R.R. (1989). Health promotion, health locus of control, and health behavior: two field experiments. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(18), 1497-1521.

Radius, S.M., Dillman, T.E., Becker, M.H., Rosenstock, I.M., & Horvath, W.J. (1980). Adolescents perspectives on health and illness. *Adolescence*, 15(58), 375-384.

Rakowski, W., & Cryan, C. (1990). Associations among health perceptions and health status within three age groups. *Journal of Aging and Health*, 2 (1), 58-80.

Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-79.



Rassaby, J., Hirst, S., Hill, D., & Bennett, R. (1991) Introduction of a breast self-examination teaching program in Victoria, Australia. *Health Education Research*, 6(3), 291-296.

Reckase, M.D. (1984). Scaling techniques. In: Gerald Goldstein & Michel Hersen (Eds.). *Handbook of psychological assessment*. New York: Pergamon Press.

Reed, R., & Lang, T. (1987). *Health Behaviors*. St. Paul: West Publishing Company.

Reed, W. (1983). Physical health status as a consequence of health practices. *Journal of Community Health*, 8(4), 217-228.

Reese, H., & Overton, W. (1970). Models of development and theories of development. In: L. Goulet & P. Baltes (Eds.). *Life-span development psychology: research and theory*. New York: Academic Press.

Relvas, J., Serra, A., Saraiva, L., & Coelho I. (1984). Resultados da aplicação da Escala IPC de Levenson a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*, 5(3), 119-124.

Relvas, J., Serra, A., Robalo, M., Saraiva, L., & Coelho I. (1984) Análise factorial da escala de I.P.C. de Levenson. *Psiquiatria Clínica*, 5(4), 197-202.

Renner, J., Stafford, D., Lawson, A., McKinnon, J., Friot, F., & Kellog, D. (1976). *Research teaching, and learning with the Piaget model*. Norman: University of Oklahoma Press.

Rentmeester, K., & Hall, J. (1982). Organizing a community for health promotion. In: M.M. Faber & A.M. Reinhardt (Eds.). *Promoting health through risk reduction* (pp. 239-253). New York: Macmillan Publishing Co. Inc.

Ribeiro, J.L. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, 8(2), 19-22.

Ribeiro, J.L. (1988a). Efeitos psicológicos da actividade física. *Jornal de Psicologia*, 7(5), 10-14.

Ribeiro, J.L. (1988b). *Características dos professores e percepção da sua competência social pelos alunos*. Porto: Edição do autor.

Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

Riesenberg, D., & Glass, R. (1989). The Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262(7), 943.

Rimpela, M., Rimpela, A., Rahkonen, O., & Teperi, J. (1988). The evolution of the juvenile health habit study 1977-1985. In: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*. (pp. 154-171). Oxford: Oxford University Press.

Rodin, J. (1986). Aging and health: effects of the sense of control. *Science*, 233: 1271-1276.

Rodin, J., & Ickovics, J.R. (1990). Women's health: review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*, 45(9); 1018-1034.

Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.

Roth, D.L., & Holmes, D.S. (1985). Influence of psysical fitness in determining the impact of stressful life events on physical and psychological health. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 164-173.

Rosenstock, I. (1987). Disease prevention and health promotion: is there a difference? In: M. Duffy & N. Pender (eds.). *Conceptual issues in health promotion: report of proceedings of a Wingspread conference*. Racine: Sigma Theta Tau International.

Rosenstock, I. (1990). The Health Belief Model: explaining health behavior through expectancies. In: K. Glanz, F.Lewis, & B. Rimer (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1) , 1-28.

Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable. *Americam Psychologist*, 45(4), 489-493.

Rutledge, Dana H.(1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36(2),117-121.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6),1069-1081.

Salazar,M. (1991) Comparison of four behavioral theories. *AAOHN Journal*, 39(3), 128-135.

Sameroff , A. (1983). Developmental Systems: context and evolution. In: Paul Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology*, Vol. I. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44(1), 127-139.

Saskatchewan Health (1990). *Saskatchewan heart health survey*. Department of Nacional Health and Welfare, City of Regina Health Department, Saskatoon Community Health Unit, Heart and Stroke Foundation of saskatchewan, & University of Saskatchewan.

Schcaie, K.W. (1990). Intellectual development in adulthood. In: J. Birren, & K. Schaie (Edts.) *The psychology of aging*.(pp.291-309). San Diego: Academic Press, Inc.

Schaie, K., & Willis, S. (1982). Life-span development. In: E. Mitzel (Edt.). *Encyclopedia of Educational Research* (Vol.3)(5th Edt.).New York: The Free Press.

Schechtman, K.B., Barzilai, B., Rost, K., & Fisher, E.B. (1991). Measuring physical activity with a single question. *American Journal of Public Health*, 81 (6), 771-773.

Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In: B. Spilker (Edt.) *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.

Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Fredman, L., & Kleinbaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in Evens County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123(4), 577-591.

Schroder, H.M. Driver, M., & Streufert, S. (1967). *Information processing in individuals and groups*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Schunk, D.H., & Carbonari, J.P. (1984). Self-efficacy models. In: J.D. Matarazzo, S.M.Weiss, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M.Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp.230-247). New York: John Wiley & Sons.

Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1040-1053.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*,3(1),1-15.

Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44 (8), 1099-1109.

Selye, H. (1974). *Stress sans détress*. Ottawa: La Press.

Sequeira, M. (1981). *Formal reasoning in Portuguese junior high school student*. Dissertação de Doutoramento policopiado.

Serra, A.V.(1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 8(3), 143-46.

Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987). Auto-conceito e Locus de Controlo. *Psiquiatria Clínica*, 5(3),119-124.

Seydel, E., Taal, E., Wiegman, O. (1990). Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behaviour related to cancer. *Psychology and Health*, 4(2),99-109.

- Shaten, B., Kuller, L., & Neaton, J. (1991) Association between baseline risk factors, cigarette smoking, and CHD mortality after 10,5 years. *Preventive Medicine*, 20, 655-669.
- Shepard, R. (1983). Employee health and fitness: the state of the art. *Preventive Medicine*, 12, 644-653.
- Shepard, R., Corey, P., Renzland, P., & Cox, M. (1982). The influence of an employee fitness and lifestyle modification program upon medical care costs. *Canadian Journal of Public Health*, 73, 259-263.
- Sherer, M., Madux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Siegel, K., Mesagno, F.P., Chen, J., Christ G. (1989) Factors distinguishing homosexual males practicing risky and safer sex. *Social Science and Medicine*, 28(6), 561-569.
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Sigerist, H.E. (1946). *The university at the crossroads: addresses & essays*. New York: Henry Schuman.
- Simopoulos, A.P. (1986). Obesity and body weight standards. *Annual Review of Public Health*, 7, 481-492.
- Sklar, L. S., & Anisman, H. (1979) Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205(3), 513-515.
- Slater, M.D. (1989). Social influences and cognitive control as predictors of self-efficacy and eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 13(3), 231-245.
- Smith, H.S. (1975). *Strategies of social research: the methodological imagination*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Smith, R., Woodward, N., Wallston, B., & Wallston, J. (1988). Health care implications of desire and expectancy for control in elderly adults. *Journals of Gerontology*, 43(1), 1-7
- Sobel, S.D. (1979). Introduction. In: S.D. Sobel (Ed.). *Ways of Health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Sobell, L., & Sobell, M. (1990). Self-reports across addictive behaviors: issues and future directions in clinical research settings. *Behavioral assessment*, 12, 1-4.
- Speake, D., Cowart, M., Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12(2), 93-100.

Speake, D.,L., Cowart, M.,E., Stephens, R. (1991). Healthy lifestyle practices of rural and urban elderly. *Health Values Health Behavior, Education and Promotion*, 15(1) ,45-51.

Spirduso, W., & MacRae, P. (1990). Motor performance and aging. In: J. Birren, & K. Schaie (Edts.) *The psychology of aging*.(pp.183-200). San Diego: Academic Press, Inc.

Sprinthall, R., & Sprinthall, N.(1981). *Educational Psychology: a developmental approach*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Company.

Stanley, M.,& Maddux, J .(1986). Cognitive processes in health enhancement: Investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model. *Basic and Applied Social Psychology*, 7(2), 101-113.

Stewart, A. (1993). The Medical Outcomes Study framework of health indicators. In: A.Stewart & J.Ware (Edts.) *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach* (pp.12-24). Durham: Duke University Press.

Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1993). Methods of validating MOS health measures. In: A.Stewart & J.Ware (Edts.) *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach* (pp.309-324). Durham: Duke University Press.

Stewart, A., & Salt, P. (1981). Life stress, life-styles, depression, and illness in adult women. *Journal of Personality and Social Psychology*,40(6),1063-1069.

Stewart, A., Ware, J., & Brook, R. (1981). Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indexes. *Medical Care*,19 (5),473-488

Stokols, D. (1978). Environmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 29, 253-295.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*,47(1),6-22.

Stone, A., Cox, D., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L. & Neale, J. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5),988-993.

Strecher, V., DeVellis, B., Becker, M., Rosenstock, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92.

Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,46(6),1192-1211.

Sudman, S., & Bradburn, N. (1984). Improving mailed questionnaire design. In: D. Lockhart (Ed.) *Making effective use of mailed questionnaires*. (pp.33-47). San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.

Sundberg, N.D. (1977). *Assessment of persons*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Syme, S.L. (1974). Behavioral factors associated with the etiology of physical disease: a social epidemiological approach. *American Journal of Public Health*, 64 (11), 1043-1045.

Syme, S., & Berkman, L. (1976). Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104(1), 1-8.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics* (2nd. Ed.) New York: Harper & Row, Publishers.

Tall, J.T., & Goldenthal, P. (1982). A factor analytic study of health habits. *Preventive Medicine*, 11, 724-728.

Tanner, J.M. (1970). Physical growth. In: P.H. Mussen (ed.). *Carmichael's manual of child psychology* (3e. Ed.) (pp.77-155). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Taylor, S.E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.

Taylor, S.E., Lichtman, R.F., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.

Terman, L. & Oden, M. (1959). *The gifted group at midlife: thirty five years follow-up of the superior child* (Vol.V). California: Stanford University Press.

Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.

Tessler, R., & Mechanic, D. (1978). Psychological distress and perceived health status. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 254-262.

Thomazi, J. (1969). *Functional literacy and health education: the goals are the same*. Proceedings of the VIIth International Conference on Health and Health Education. Buenos Aires.

Thoresen, C.E., & Eagleston, J. R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, 13 (1), 15-87.

Thornton, L.P., & DeBlassie, R.R. (1989). Treating bulimia. *Adolescence*, 24(95), 631-637.

Tinsley, H.E., & Tinsley, D.J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414-424.

Tedesco, L. A., Keffer, M.A., & Fleck-Kandath, C.(1991). Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: A social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(4), 341-355.

Terman, L., & Oden, M.(1959). *The gifted group at midlife: thirty-five years follow-up of the superior child* . California: Stanford University Press.

Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65 (10), 1037-1045.

Tomé, M. (Setembro, 1990). Conceito de saúde- inquérito em três escolas. *Saúde em Números*,5(4).

Tomlinson-Keasey, C. (1972), Formal operations in females from eleven to fifty-four years of age. *Developmental Psychology*,6,364.

Tran, T., Wright, R., & Chatters, L. (1991).Health, stress, psychological resources, and subjective well-being among older Blacks. *Psychology and Aging*, 6(1), 100-108.

Tsai, S.P., Cowles, S.R., & Ross, C.E. (1990). Smoking and mortality frequency in a working population. *Journal of Occupational Medicine*, 32(3), 245-249.

Turner, R. J., & Avison, W.R. (1992). Innovations in the measurement of life stress: crisis theory and the significance of event resolution. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 36-50

Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.

Vagero,D. (1991). Inequality in health-some theoretical and empirical problems. *Social Science and Medicine*,32(4),367-371.

Vena, J.E., Graham, S., Zielezny, M., Swanson, M.K., Barnes, R.E., & Nolan, J. (1985). Lifetime occupational exercise and colon cancer. *American Journal of Epidemiology*, 122(3), 357-365.

Veit,C.T., & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.

Vigotsky, L. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Waddington, C.H. (1968). The basic ideas of biology. In:C.H. Waddington (Ed.). *Towards a theoretical biology*. Prolegomena: an IUBS symposium. London: Aldine Publishing Company.

Wagner, E. H., Grothaus, L.C., Hecht,J.A., LaCroix, A.Z. (1991) Factors associated with participation in a senior health promotion program. *Gerontologist* ,31(5) 598-602.

Waller, K., & Bates, R. (1992). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *American Journal of Health Promotion*, 6(4), 302-309.

Waller, P., Crow, C., Sands, D., & Becker, H. (1988). Health related attitudes and health promoting behaviors: Differences between health fair attenders and a community comparison group. *American Journal of Health Promotion*, 3(1) 17-24.

Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.

Wallston, B.S., Alagna, S., DeVellis, B., DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2(4), 367-391.

Wallston, B.S., & Wallston, K.A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6(2), 107-117.

Wallston, B.S., Wallston, K.A. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585.

Walters, S.A. & Strivers, E. (1977). The relation of student teachers classroom behavior and eriksonian ego identity, *Journal of Teacher Education*, 28(6)47-50.

Ware, J. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronical Diseases*, 40(6), 473-480.

Ware, J. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67(3, Supl), 775-779.

Ware, J., Brook, R., Davies, A., Lohr, K. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, 71(6), 620-625.

Washburn, R.A., & Montoye, H.J. (1986). The assessment of physical activity by questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 123(4), 563-576.

Weathers, P., Furlong, M., & Solórzano, D. (1993). Mail survey research in counseling psychology: current practice and suggested guidelines. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 238-244.

Weissman, M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.



Weitzel, M.H.(1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research*,38(2),99-104.

West, R.,R. & Evans, D. A.(1986).Lifestyle changes in long term survivors of acute myocardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40(2),103-109.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 78-89.

White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66,297-333.

WHO.(1948).*Officials Records of the World Health Organization*, no.2, p.100. United Nations, World Health Organization. Geneva, Interim Commission.

WHO.(1957).*Measurement of levels of health: report of a study group*. World Health Organization Technical Report Series,137. Geneva: World Health Organization.

WHO.(1986).*Young people's health- a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series,731. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Wigal, J.K., Creer, T.L., & Kotses, H. (1991). The COPD self-efficacy scale. *Chest*, 99, 1193-1196.

Wiley, J.A., & Camacho, T.C. (1980). Life-style and future health: evidence from the Alameda County Study. *Preventive medicine*, 9, 1-21.

Wilkes, C. (1985). What are the health practices of retired career women?. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(12),22-30.

Williams, C.L, & Uchiyama, C. (1989). Assessment of life events during adolescence: the use of self-report inventories. *Adolescence*, 24(93), 95-118.

Winett, R., King, A., & Altman, D. (1989). *Health psychology and public health: an integrative approach*. New York: Pergamon Press.

Wingard, D.L., Berkman, L.F., & Brand, R.J. (1982). A multivariate analysis of health-related practices. *American Journal of Epidemiology*, 116(5), 765-775.

Witherrell, C.S. & Erickson, V.C. (1978). Teacher education as adult development. *Theory into practice*, 17,229-238.

Wohlgemuth, E., & Betz, N. (1991). Gender as a moderator of the relationships of stress and social support to physical health in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 38(3), 367-374.

Wojcik, J.V.(1988). Social learning predictors of the avoidance of smoking relapse. *Addictive Behaviors*, 13(2), 177-180.

Wood, E.A., Olmstead, G.W., Craig, J.L.(1989) An evaluation of lifestyle risk factors and absenteeism after two years in a worksite health promotion program. *American Journal of Health Promotion*, 4(2), 128-133

Woodward, N., Wallston, B. (1987). Age and health care beliefs: Self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology and Aging*, 2(1), 3-8.

Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion (1987). Health promotion: concepts and principles. In: T.Abelin, Z.J.Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.). *Measurement in health promotion and protection* (WHO Regional Publications, Europe Series No 22, pp.653-658), Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Wu, A.H, Paganini-Hill, R.K., & Henderson, B.E. (1987). Alcohol, physical activity and other risk factors for colorectal cancer: a prospective study. *British Journal of Cancer*, 55, 687-694.

Zakowski, S., McAllister, C., Deal, M., & Baum, A. (1992). Stress, reactivity, and immune function in healthy men. *Health Psychology*, 11(4), 223-232.

Zautra, A., & Hempel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19 (2), 95-110.

Zwi, A., & Cabral, A. (1992). Identificar «as situações de alto risco» para prevenir a SIDA. *British Medical Journal*, 1(3)(Tradução Portuguesa), 200-202.

**ANEXO**



UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
Rua das Taipas, 76 - Telef. 325510-315007 - Fax 2004277  
4000 Porto - Portugal

Caro aluno

A saúde é uma dimensão essencial no dia a dia das sociedades modernas. A saúde das pessoas é, cada vez mais, influenciada pela maneira como pensam, pelas coisas em que acreditam, pelo seu comportamento. No entanto, não é claro, ainda, em que medida é que os aspectos que referi -Saúde, Pensamentos, Sentimentos, Comportamento- se relacionam. A juventude estudantil constitui um grupo particularmente importante para a Promoção da Saúde, dado tratar-se da idade em que os indivíduos começam a decidir, a fazer escolhas, acerca da sua vida pessoal, acerca do seu Estilo de Vida.

A turma a que pertence é um dos grupos cuja participação está a ser solicitada para se pronunciar sobre este assunto. Constitui uma amostra de alunos da Universidade do Porto, e de alunos pré-universitários com alta probabilidade de aceder à universidade. Para que os resultados representem, verdadeiramente, o modo de pensar e de actuar dos estudantes, é importante que cada questionário seja completamente preenchido e devolvido. Por isso lhe peço a sua colaboração. O questionário é confidencial, as respostas são anónimas, e é identificado por um número de três algarismos que pode ver na primeira página.

Os resultados desta investigação serão colocados à disposição das autoridades académicas e de todos os cidadãos interessados, com vista a melhorar as condições de saúde dos estudantes. Serão também apresentados em reuniões científicas, quer em Portugal quer no estrangeiro, e poderão ser comparados com os de outros países que estão a realizar estudos semelhantes. Se estiver interessado nos resultados poderá enviar-me uma carta a solicitar uma cópia do artigo que resumirá a investigação. Assim que estiver disponível ser-lhe-á enviado. Este projecto é supervisionado pelos Professores Doutores Isolina Borges, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e Nuno Grande, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Obrigado pela sua colaboração

Atenciosamente

Porto, 5 de Março de 1992

José Luís Pais Ribeiro

## AVALIAÇÃO DA SAÚDE

Nas páginas seguintes vai encontrar inúmeras perguntas acerca do modo como pensa, da maneira como se sente, da sua maneira de actuar, relativamente a uma grande variedade de assuntos que estão de algum modo relacionados com a saúde. Essas perguntas são de resposta fácil e estão agrupadas em vários tipos de questionário. Cada um desses questionários é precedido por um título e um pequeno texto. Isto não é um teste e não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que é possível dar são igualmente correctas. Peço-lhe que, no caso de não preencher tudo de uma vez, não interrompa a meio de um dos questionários; interrompa apenas no final de um qualquer dos questionários que compõem este conjunto de questões. Se se enganar numa resposta risque-a e assinale outra.

Por favor responda a todas as perguntas.

Obrigado

# IA O QUE SOU CAPAZ DE FAZER

1- Por razões de saúde está de algum modo limitado(a) na sua movimentação?

não ☐

sim ☐  
↓

Se marcou sim assinale as limitações a que está sujeito:

(por causa da minha saúde...)

- ☐ ..preciso de ajuda para me vestir, comer e lavar;
- ☐ ..tenho de estar acamado, sentado, ou em cadeira de rodas a maior parte do tempo;
- ☐ ..quando saio, tenho de ser apoiado por alguém;
- ☐ ..tenho de estar em casa a maior parte do tempo;
- ☐ ..não posso guiar um carro .

2- Por razões de saúde está de algum modo limitado(a) na actividade física que pode praticar?

não ☐

sim ☐  
↓

se marcou sim assinale todas as limitações a que está sujeito:

(por causa da minha saúde...)

- ☐ ..tenho dificuldade em andar um quarteirão (mais ou menos 400 metros) ou em subir um lanço de escadas;
- ☐ ..tenho dificuldade em me deslocar em distâncias de vários quarteirões ou em subir vários lanços de escadas;
- ☐ ..tenho dificuldade em participar em actividades que requeiram muito esforço físico, tais como correr, levantar objectos pesados ou jogar desportos extenuantes

3- Por razões de saúde está limitado na realização das suas obrigações?

não ☐

sim ☐  
↓

se marcou sim assinale as limitações a que está sujeito:

Por razões físicas fico impossibilitado de me deslocar à escola ou universidade;

Sim ☐

Por vezes ☐

Não ☐

Por razões físicas há tarefas que não posso realizar;

Sim ☐

Por vezes ☐

Não ☐

Por razões físicas preciso de mais tempo para realizar as tarefas escolares (por exemplo, necessito sempre de mais tempo do que os meus colegas para escrever os exames)

Sim ☐

Por vezes ☐

Não ☐

Por razões físicas, não consigo realizar as tarefas escolares tal como eu desejaria;

Sim ☐

Por vezes ☐

Não ☐

Por razões físicas não consigo fazer algumas coisas que desejaria fazer

Sim ☐

Por vezes ☐

Não ☐

4-A minha condição, ou forma, física é

- ☐ excelente  
☐ muito boa  
☐ boa

☐ razoável

- ☐ sofrível  
☐ má  
☐ péssima

## IB COMO ME CORRE A VIDA

As próximas perguntas são acerca do modo como se sente, e de como a sua vida correu, durante o último mês. Para cada questão marque uma cruz [x], na casa que antecede uma única das respostas, a que mais se aproxima da maneira como se sentiu no último mês

1- Quanto feliz, satisfeito, tem você estado com a sua vida pessoal durante o último mês?

- [ ] extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita  
 [ ] muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo  
 [ ] geralmente satisfeito e feliz  
 [ ] por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz  
 [ ] geralmente insatisfeito, infeliz  
 [ ] muito insatisfeito, infeliz, a maior parte do tempo

2- Durante quanto tempo se sentiu só durante o passado mês?

- [ ] sempre  
 [ ] quase sempre  
 [ ] a maior parte do tempo  
 [ ] durante algum tempo  
 [ ] quase nunca  
 [ ] nunca

3- Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, durante o mês passado?

- [ ] sempre  
 [ ] com muita frequência  
 [ ] frequentemente  
 [ ] com pouca frequência  
 [ ] quase nunca  
 [ ] nunca

4- Durante o mês passado, com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?

- [ ] sempre  
 [ ] com muita frequência  
 [ ] frequentemente  
 [ ] com pouca frequência  
 [ ] quase nunca  
 [ ] nunca

5- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?

- [ ] sempre  
 [ ] com muita frequência  
 [ ] frequentemente  
 [ ] com pouca frequência  
 [ ] quase nunca  
 [ ] nunca

6- Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

7- Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

8- Durante o último mês, teve alguma vez razão para questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, pensamentos, sentimentos ou memória?

- ☐ não, nunca
- ☐ talvez, um pouco
- ☐ sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- ☐ sim, e fiquei um bocado preocupado
- ☐ sim, e isso preocupa-me
- ☐ sim, e estou muito preocupado com isso

9- Sentiu-se deprimido durante o último mês?

- ☐ sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- ☐ sim, muito deprimido quase todos os dias
- ☐ sim, deprimido muitas vezes
- ☐ sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- ☐ não, nunca me sinto deprimido

10- Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte das vezes
- ☐ algumas vezes
- ☐ muito poucas vezes
- ☐ nunca

11- Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

12- Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?

- ☐ Sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca



13- No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum do tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

14- Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções, sentimentos?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ sim, geralmente
- ☐ sim, penso que sim
- ☐ não muito bem
- ☐ não, e ando um pouco perturbado por isso
- ☐ não, e ando muito perturbado por isso

15- Durante o último mês, com que frequência sentiu as suas mãos a tremer quando fazia alguma coisa?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

16- Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

17- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

18- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ da maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

19- Quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

20- Com que frequência, no mês passado, se sentiu como se fosse chorar?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

21- Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor, se você não existisse?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

22- Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

23- No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas, eram total e completamente satisfatórias?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

24- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo lhe acontecia ao contrário do que desejava?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

25- Durante o último mês, quão incomodado é que se sentiu devido ao nervoso?

- ☐ extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- ☐ muito incomodado
- ☐ um pouco incomodado pelos meus nervos
- ☐ algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- ☐ apenas de forma muito ligeira
- ☐ nada incomodado

26- No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida constituía uma aventura maravilhosa?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

27- Com que frequência, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

28- Durante o último mês, alguma vez pensou acabar com a sua vida?

- ☐ sim, muitas vezes
- ☐ sim, algumas vezes
- ☐ sim, umas poucas de vezes
- ☐ sim, uma vez
- ☐ não, nunca

29- No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto ou impaciente?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

30- No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

31- Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?.

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

32- Durante o último mês, com que frequência se sentiu, confuso ou perturbado?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

33- Durante o último mês, sentiu-se ansioso ou preocupado?

- ☐ sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase
- ☐ sim, muito
- ☐ sim, um pouco
- ☐ sim, o suficiente para me incomodar
- ☐ sim, de forma muito ligeira
- ☐ não, de maneira nenhuma

34- Durante o último mês, durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ a maior parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

35- Com que frequência durante o último mês, se sentiu com dificuldade em se manter calmo?

- ☐ sempre
- ☐ com muita frequência
- ☐ frequentemente
- ☐ com pouca frequência
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

36- No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ uma boa parte do tempo
- ☐ durante algum tempo
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca

37- Com que frequência, durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?

- ☐ sempre, todos os dias
- ☐ quase todos os dias
- ☐ frequentemente
- ☐ algumas vezes, mas normalmente não
- ☐ quase nunca
- ☐ nunca acordo com a sensação de descansado

38- Durante o último mês, esteve, ou sentiu-se debaixo de grande pressão, ou *stress*?

- ☐ sim, quase a ultrapassar os meus limites
- ☐ sim, muita pressão
- ☐ sim, alguma, mais do que e costume
- ☐ sim, alguma, mas o costume
- ☐ sim, um pouco
- ☐ não, nenhuma

## IC AS AMIZADES

A seguir encontra várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você acha que as pessoas são naturalmente amigas e dispostas a ajudar, deverá marcar a letra A. Se discorda totalmente dessa afirmação deverá marcar a letra E.

CONCORDO  
TOTALMENTE

CONCORDO NA  
MAIOR PARTE

NÃO CONCORDO  
NEM DISCORDO

DISCORDO NA  
MAIOR PARTE

DISCORDO  
TOTALMENTE

	A	B	C	D	E
1- Em geral as pessoas são, naturalmente, amigas e interessadas em ajudar					
2- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
3- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
4- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
5- Amigos verdadeiros são tão fáceis de encontrar agora como dantes					
6- As pessoas apreciam o que eu faço					
7- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
8- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
9- As vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
10- Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
11- Gostava de participar mais em actividades de organizações (ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
12- Gosto de estar só					
13- Às vezes as pessoas procuram-me e eu evito estar com elas					
14- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
15- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					

	CONCORDO TOTALMENTE			DISCORDO TOTALMENTE	
	A	B	C	D	E
16- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
17- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
18- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
19- Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
20- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					

## ID A MINHA SAÚDE

Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e, depois, escolha de entre as letras que estão na linha à frente de cada afirmação, a que melhor se aplica a si e faça um círculo a volta dessa letra. Não há respostas certas ou erradas

- se a afirmação é totalmente verdadeira marque A
- se é maioritariamente verdadeira marque B
- se não sabe se é verdadeira ou falsa marque C
- se é maioritariamente falsa marque D
- se é totalmente falsa marque E

Algumas afirmações podem parecer iguais, mas cada uma é diferente e deverá ser assinalada

	TOTALMENTE VERDADE				
	A	B	C	D	E
1- De acordo com os médicos que tenho consultado, a minha saúde é actualmente excelente					
2- Faço os possíveis para evitar que as doenças interfiram com a minha vida					
3- Parece que fico doente com mais facilidade do que as outras pessoas					
4- Sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida					
5- No futuro, provavelmente vou ficar doente muitas vezes					
6- Nunca fico preocupado com a minha saúde					
7- A maioria das pessoas fica doente com mais facilidade do que eu					
8- Não gosto de ir ao médico					
9- Sou uma pessoa um pouco doente					

	TOTALMENTE VERDADE			TOTALMENTE FALSA	
	↓			↓	
10- No futuro, espero ter uma saúde melhor do que as outras pessoas que eu conheço	A	B	C	D	E
11- Já estive tão doente que pensei que ia morrer	A	B	C	D	E
12- Não sou tão saudável agora como costumava ser	A	B	C	D	E
13- Preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua	A	B	C	D	E
14- Quando estou doente tento fazer a minha vida do costume	A	B	C	D	E
15- O meu organismo parece resistir muito bem às doenças	A	B	C	D	E
16- Ficar doente de vez em quando faz parte da minha maneira de ser	A	B	C	D	E
17- Sou tão saudável como qualquer das pessoas que conheço	A	B	C	D	E
18- Penso que a minha saúde, no futuro, será pior do que é agora	A	B	C	D	E
19- Nunca tive uma doença que durasse muito tempo	A	B	C	D	E
20- As outras pessoas parecem-me mais preocupadas com a sua saúde do que eu com a minha	A	B	C	D	E
21- Quando estou doente tento que ninguém dê por isso	A	B	C	D	E
22- Tenho uma saúde excelente	A	B	C	D	E
23- Espero ter uma vida muito saudável	A	B	C	D	E
24- A minha saúde é uma das minhas preocupações	A	B	C	D	E
25- Às vezes sinto-me doente mas não o admito	A	B	C	D	E
26- Ultimamente tenho-me sentido mal	A	B	C	D	E
27- Ir ao médico não é coisa que me incomode	A	B	C	D	E
28- Nunca estive seriamente doente	A	B	C	D	E
29- Quando me aproximo de alguém doente normalmente apanho a doença	A	B	C	D	E
30- Os médicos dizem que a minha saúde é actualmente fraca	A	B	C	D	E
31- Quando me parece que estou a ficar doente luto contra isso	A	B	C	D	E
32- Sinto-me tão bem agora como em qualquer outro momento da minha vida	A	B	C	D	E

## IE COMO ME COSTUMO SENTIR

Abaixo encontra um conjunto de sintomas que muitas pessoas costumam sentir. Assinale a frequência e a intensidade com que esses sintomas o afectam, de acordo com as escalas que apresentamos de seguida:

### VALOR DE FREQUÊNCIA

- 5-Ocorre diariamente
- 4-Ocorre várias vezes por semana
- 3-Ocorre cerca de uma vez por semana
- 2-Ocorre cerca de uma vez por mês
- 1-Ocorre menos de uma vez por mês
- 0-Nunca ocorre

### VALOR DE INTENSIDADE

- 4-É extremamente incómodo quando ocorre
- 3-Muito incómodo quando ocorre
- 2-Moderadamente incómodo quando ocorre
- 1-Ligeiramente incómodo quando ocorre
- 0-Não é problema

### VALOR DE FREQUÊNCIA

### VALOR DE INTENSIDADE

1-DOR DE CABEÇA

2-DOR NAS COSTAS

3-DORES NO ESTÔMAGO

4-INSÓNIA

5-FADIGA

6-DEPRESSÃO

7-ENJÓO

8-TENSÃO GERAL

9-PALPITAÇÕES CARDÍACAS

10-DORES NOS OLHOS ASSOCIADAS À LEITURA

11-DIARREIA/PRISÃO DE VENTRE

12-TONTURAS

13-FRAQUEZA

14-DORES MUSCULARES

15-DORES DE GARGANTA

16-TOSSE

17-ALERGIAS

18-ACNE OU BORBULHAS

19-NARIZ TAPADO



## IIA O MEU ESTILO DE VIDA

Nesta secção pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A- Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B- Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C- Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D- Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E- Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	QUASE SEMPRE	COM MUITA FREQUÊNCIA	MUITAS VEZES	OCASIONALMEN.	QUASE NUNCA
	↓	↓	↓	↓	↓
1- Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana,	A	B	C	D	E
2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3- Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc)	A	B	C	D	E
4- Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
6- Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
7- Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
8- Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
9- Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
10- Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
11- Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
12- Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	A	B	C	D	E
13- Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14- Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
15- Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
16- Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
17- Evito fumar	A	B	C	D	E
18- Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E

	QUASE SEMPRE			QUASE NUNCA	
	A	B	C	D	E
19- Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola					
20- Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames					
21- Evito tomar tranquilizantes					
22- Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)					
23- Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco					
24- Evito os ambientes muito ruidosos					
25- Evito os ambientes que tenham o ar poluído					
26- Evito mudar de parceiro sexual					
27- Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal					
28- Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções					

## IIB AS COISAS EM QUE ACREDITO

A seguir encontra algumas afirmações em que lhe é perguntado se concorda que determinados comportamentos fazem mal à saúde. Deve responder, assinando a letra apropriada, em que medida concorda com a afirmação.

NÃO SEI

	CONCORDO TOTALMENTE CONCORDO PARCIALMENTE NEM CONCORDO NEM DISCORDO DISCORDO PARCIALMENTE DISCORDO TOTALMEN. ↓					
	A	B	C	D	E	F
1- Fazer exercício físico é indispensável para uma boa saúde						
2- Uma alimentação equilibrada é indispensável para ter uma boa saúde						
3- Fumar prejudica gravemente a saúde						
4- Bebidas alcoólicas são prejudiciais para a saúde						
5- A actividade física que as pessoas fazem nas tarefas do dia a dia (andar, transportar coisas etc.) é suficiente como exercício físico.						
6- Tomar medicamentos sem ser por receita médica pode prejudicar a saúde						
7- A obesidade é prejudicial para a saúde						

	NÃO SEI ↓					DISCORDO TOTALMENTE ↓
8- A alimentação normal que as pessoas fazem no dia a dia é o suficiente para manter uma boa saúde	A	B	C	D	E	F
9- Bebidas alcoólicas em excesso prejudicam a saúde	A	B	C	D	E	F
10- Uma vida apressada e cheia de preocupações é prejudicial para a saúde	A	B	C	D	E	F
11- As mulheres devem fazer exame da mama regularmente, para procurar caroços ou nódulos	A	B	C	D	E	F
12- As mulheres devem fazer o Papanicolaou regularmente	A	B	C	D	E	F
13- Ter relações sexuais com pessoas que não se conhecem, ou que se conhecem há pouco tempo, é perigoso para a saúde	A	B	C	D	E	F
14- Ter relações sexuais com mais de um parceiro é perigoso para a saúde	A	B	C	D	E	F
15- Com o advento da SIDA as pessoas devem ter mais cuidado com o seu comportamento sexual	A	B	C	D	E	F
16- O consumo de drogas mesmo ligeiras, tais como marijuana ou haxixe, é prejudicial para a saúde	A	B	C	D	E	F
17- Expôr-se ao sol o dia inteiro, no verão, faz mal à saúde	A	B	C	D	E	F
18- A pressão arterial elevada é prejudicial à saúde.	A	B	C	D	E	F
19- Os homens devem fazer exame do testículo tal como a mulher faz da mama para pesquisar caroços	A	B	C	D	E	F

## IIC COMPARANDO-ME COM OS OUTROS

Vamos apresentar um conjunto de frases que permitem aos estudantes universitários e pré-universitários descrever-se a si próprios. Não há boas nem más respostas, dado que os estudantes diferem bastante entre si. Em primeiro lugar, deve decidir se é a frase do lado esquerdo da folha que o descreve melhor ou se é a do lado direito(veja o exemplo no fundo da página). Uma vez escolhida a frase que melhor o descreve, deve decidir se você "é mesmo assim" ou se é "mais ou menos assim" e assinalar com uma cruz o quadrado respectivo. Para cada pergunta só deve colocar uma cruz. Uma vez vai colocar a cruz no lado direito da folha, outras vezes no lado esquerdo. Nunca deve colocar cruzes simultaneamente do lado direito e esquerdo: só deve assinalar um dos quatro quadrados que estão na mesma linha. Comece na página seguinte.

### EXEMPLO

Sou  
mesmo  
assim

☐

Sou mais  
ou menos  
assim

☐

Alguns estudantes gostam  
de ser como são

MAS

Sou mais  
ou menos  
assim

☐

Sou  
mesmo  
assim

☐

Outros estudantes gostam  
de ser diferentes.

Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim			Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostam de ser como são	MAS	Outros estudantes gostariam de ser diferentes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não estão muito orgulhosos com os trabalhos que fazem	MAS	Outros estudantes estão muito orgulhosos com os trabalhos que fazem.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem que dominam as matérias escolares	MAS	Outros estudantes sentem que não as dominam.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não estão satisfeitos com as suas competências de relacionamento social	MAS	Outros estudantes acham que as suas competências de relacionamento social são boas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não estão satisfeitos com o seu aspecto físico	MAS	Outros estudantes estão satisfeitos com o seu aspecto físico.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostam da sua forma de agir quando estão com os seus pais	MAS	Outros estudantes gostariam de agir de forma diferente quando estão com os seus pais.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se sós porque não têm um amigo íntimo com quem partilhar as coisas	MAS	Outros estudantes não se sentem sós porque têm um amigo íntimo com quem partilhar as coisas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se tão espertos, ou até mais, do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão espertos como os outros.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes questionam frequentemente a moralidade do seu comportamento	MAS	Outros estudantes acham que o seu comportamento é habitualmente moral.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem que as pessoas por quem estão apaixonados se sentirão atraídas por eles	MAS	Outros estudantes duvidam que as pessoas por quem estão apaixonados se sentirão atraídas por eles.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando alguns estudantes fazem algo de estúpido que mais tarde lhes parece divertido, dificilmente riem de si mesmo	MAS	Outros estudantes quando fazem algo de estúpido que mais tarde lhes parece divertido, facilmente riem de si mesmo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim			Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se tão criativos, ou até mais, do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão criativos como os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham que conseguiriam sair-se bem em qualquer actividade desportiva que não tenham experimentado antes	MAS	Outros estudantes rejeiam não se sair bem em qualquer actividade desportiva que não tenham experimentado antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes estão frequentemente desiludidos consigo mesmo	MAS	Outros estudantes normalmente sentem-se satisfeitos consigo mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham que são muito bons nos trabalhos que fazem	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam capazes de fazer os seus trabalhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes vão muito bem nos seus estudos	MAS	Outros estudantes não vão muito bem nos seus estudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham difícil fazer novos amigos	MAS	Outros estudantes são capazes de fazer novos amigos facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes estão satisfeitos com o seu peso e altura	MAS	Outros estudantes gostariam que o seu peso e altura fossem diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham difícil agir com à vontade quando estão com os seus pais	MAS	Outros estudantes acham fácil agir com à vontade quando estão com os seus pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes são capazes de fazer amigos íntimos em quem podem realmente confiar	MAS	Outros estudantes acham difícil fazer amigos íntimos em quem possam realmente confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não se sentem muito capazes intelectualmente	MAS	Outros estudantes sentem que são muito capazes intelectualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes costumam fazer o que é moralmente certo	MAS	Outros estudantes algumas vezes não fazem aquilo que sabem ser moralmente certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim			Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim	
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham difícil estabelecer relações amorosas	MAS	Outros estudantes não têm dificuldades em estabelecer relações amorosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não se importam que os amigos gozem com eles	MAS	Outros estudantes aborrecem-se quando os amigos gozam com eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes preocupam-se por não serem tão criativos ou inventivos como os outros	MAS	Outros estudantes sentem que são muito criativos e inventivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não sentem que tenham boas capacidades atléticas	MAS	Outros estudantes sentem que têm boas capacidades atléticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes habitualmente gostam de si mesmo como pessoa	MAS	Outros estudantes muitas vezes não gostam de si mesmo como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se confiantes nas suas capacidades para realizar novas tarefas	MAS	Outros estudantes duvidam da sua capacidade para realizar tarefas que nunca tentaram antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes têm dificuldades em resolver os seus trabalhos de casa	MAS	Outros estudantes raramente sentem dificuldades com os seus trabalhos de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostam do modo como se relacionam com os outros	MAS	Outros estudantes gostariam de se relacionar de modo diferente com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostariam que o seu corpo fosse diferente	MAS	Outros estudantes gostam do seu corpo tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se bem sendo como são junto de seus pais	MAS	Outros estudantes têm dificuldade em serem eles próprios junto de seus pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

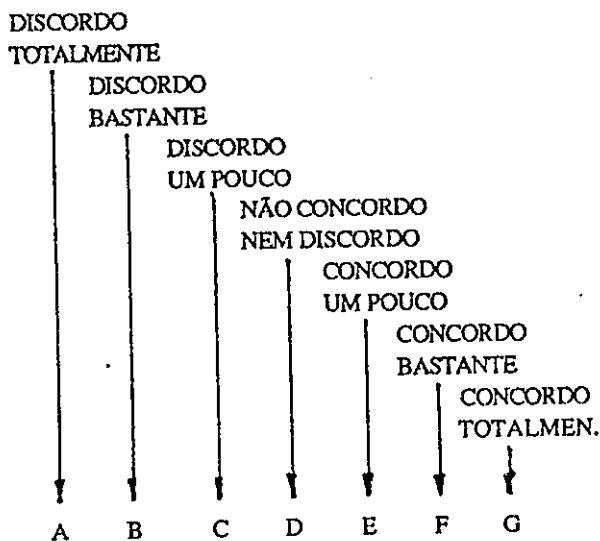
Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim			Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
33. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não têm um amigo íntimo com quem possam partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais pessoais	MAS	Outros estudantes têm um amigo íntimo com quem partilhar os seus pensamentos e sentimentos mais pessoais.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham-se tão inteligentes, ou até mais, do que outros	MAS	Outros estudantes duvidam que sejam tão inteligentes como os outros.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostariam de ser melhores do ponto de vista moral	MAS	Outros estudantes acham-se bons do ponto de vista moral.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes têm capacidade para desenvolver relações românticas	MAS	Outros estudantes não acham fácil desenvolver relações românticas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes têm dificuldades em rir-se das coisas ridículas ou disparatadas que fazem	MAS	Outros estudantes acham fácil rir de si mesmo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não se sentem muito inventivos	MAS	Outros estudantes sentem-se muito inventivos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham-se melhores do que os outros em desportos	MAS	Outros estudantes não se acham capazes de jogar tão bem como os outros.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostam da maneira como conduzem a sua vida	MAS	Outros estudantes muitas vezes não gostam da maneira como conduzem a sua vida.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não estão satisfeitos com a maneira como fazem as suas tarefas	MAS	Outros estudantes estão bastante satisfeitos com a maneira como fazem as suas tarefas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes por vezes não se sentem intelectualmente capazes nos seus estudos	MAS	Outros estudantes geralmente sentem-se intelectualmente capazes nos seus estudos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se aceites socialmente por muitas pessoas	MAS	Outros estudantes desejariam que mais pessoas os aceitassem.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sou mesmo assim	Sou mais ou menos assim			Sou mais ou menos assim	Sou mesmo assim
44. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes gostam do seu aspecto físico tal como é	MAS	Outros estudantes não gostam do seu aspecto físico.	<input type="checkbox"/>
45. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes sentem-se incapazes de se dar bem com os seus pais	MAS	Outros estudantes dão-se bem com os seus pais.	<input type="checkbox"/>
46. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes são capazes de fazer amigos íntimos	MAS	Outros estudantes acham difícil fazer amigos íntimos	<input type="checkbox"/>
47. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes preferiam ser diferentes	MAS	Outros estudantes estão muito contentes por serem como são.	<input type="checkbox"/>
48. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes duvidam que sejam muito inteligentes	MAS	Outros estudantes acham-se muito inteligentes	<input type="checkbox"/>
49. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes vivem segundo os seus princípios morais	MAS	Outros estudantes têm dificuldades em viver segundo os seus princípios morais.	<input type="checkbox"/>
50. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes preocupam-se com o facto de que quando se apaixonam por alguém, essa pessoa possa não lhes corresponder	MAS	Outros estudantes sentem que quando estão apaixonados por alguém, essa pessoa lhes corresponde.	<input type="checkbox"/>
51. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes são capazes de rir de certas coisas que fazem	MAS	Outros estudantes têm dificuldades em rir de si mesmo.	<input type="checkbox"/>
52. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes acham que têm muitas ideias originais	MAS	Outros estudantes duvidam que as suas ideias sejam originais.	<input type="checkbox"/>
53. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes não fazem bem actividades que exigem capacidade física	MAS	Outros estudantes são bons em actividades que exigem capacidade física.	<input type="checkbox"/>
54. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estudantes muitas vezes estão descontentes consigo mesmo	MAS	Outros estudantes estão habitualmente bastante contentes consigo mesmo.	<input type="checkbox"/>



## IID COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa de si próprio. Entre estes dois extremos pode ainda escolher uma de cinco letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.



- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los   | A | B | C | D | E | F | G |
| 2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir   | A | B | C | D | E | F | G |
| 3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos   | A | B | C | D | E | F | G |
| 4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la  | A | B | C | D | E | F | G |
| 5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar  | A | B | C | D | E | F | G |
| 6- Sou uma pessoa auto-confiante   | A | B | C | D | E | F | G |
| 7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida  | A | B | C | D | E | F | G |
| 8- Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado   | A | B | C | D | E | F | G |
| 9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente   | A | B | C | D | E | F | G |
| 10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa | A | B | C | D | E | F | G |
| 11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar                                      | A | B | C | D | E | F | G |
| 12- Desisto facilmente das coisas  | A | B | C | D | E | F | G |

	DISCORDO TOTALMENTE				CONCORDO TOTALMENTE			
	↓						↓	
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G	
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G	
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G	

## II E O QUE PENSO DA SAÚDE

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que reflita bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

	DISCORDO TOTALMENTE						
	DISCORDO BASTANTE						
	DISCORDO UM POUCO						
	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO						
	CONCORDO UM POUCO						
	CONCORDO BASTANTE						
	CONCORDO TOTALMEN.						
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1- Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2- O facto de as pessoas se sentirem bem, ou não, depende, muita vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3- As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4- Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5- Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6- Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7- Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8- Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9- Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G

	DISCORDO TOTALMENTE					CONCORDO TOTALMENTE	
	↓						↓
10- No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12- Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13- A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14- Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

### III A MINHA VIDA SOCIAL

As próximas perguntas são sobre a sua vida social. Escreva ou assinale no espaço que antecede cada resposta a que, para si, é verdadeira.

1- Com quantos colegas você se dá bem, de tal modo que é costume visitarem-se em casa uns dos outros?

\_\_\_\_\_ colegas

2- Quantos amigos chegados você tem - pessoas com quem você se sente a vontade e com quem pode falar acerca de qualquer coisa que lhe venha à cabeça (pode incluir familiares)

\_\_\_\_\_ amigos chegados

3- Durante o período de um ano, com que frequência costuma conviver com amigos ou familiares, do tipo irem sair juntos, ou visitarem-se em casa uns dos outros?

- ☐ Todos os dias
- ☐ várias vezes por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes por mês
- ☐ cerca de uma vez por mês
- ☐ 5 a 10 vezes por ano
- ☐ menos de 5 vezes por ano

4- Durante o último mês, mais ou menos quantas vezes recebeu visitas de amigos em sua casa? (Sem contar com familiares).

- ☐ Todos os dias
- ☐ várias vezes por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes no mês
- ☐ uma vez no mês
- ☐ nunca no mês

5- Com que frequência visitou amigos em casa deles durante o último mês? (sem contar com familiares).

- ☐ Todos os dias
- ☐ várias vezes por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes no mês
- ☐ uma vez no mês
- ☐ nunca no mês

6-Mais ou menos, qual foi a frequência com que esteve ao telefone com amigos chegados ou familiares durante o último mês?

- ☐ Todos os dias
- ☐ várias vezes por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes
- ☐ uma vez
- ☐ nunca

7-Mais ou menos, qual foi a frequência com que escreveu cartas a um amigo ou familiar durante o último mês?

- ☐ Todos os dias
- ☐ varias vezes por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes no mês
- ☐ uma vez no mês
- ☐ nenhuma vez no mês

8-Como acha que vão, actualmente, as suas relações com as pessoas?

- ☐ melhor do que costume
- ☐ como de costume
- ☐ pior do que costume

9-Com que frequência assistiu à missa (ou serviço religioso equivalente) durante o último mês?

- ☐ Todos os dias
- ☐ mais de uma vez por semana
- ☐ cerca de uma vez por semana
- ☐ 2 a 3 vezes no mês
- ☐ uma vez no mês
- ☐ nunca

10-Mais ou menos a quantos grupos ou organizações voluntários você pertence? - do tipo grupos religiosos, clubes, gupos de musica ou teatro, partidos, etc. (voluntarios significa porque você quer, por sua iniciativa pessoal)

\_\_\_\_\_ Grupos ou organizações (se não pertence a nenhuma coloque um 0)

11-Quão activo é você nos assuntos desse ou desses grupos a que pertence? (se pertencer a vários considere apenas aqueles a que se sente mais chegado)

- ☐ muito activo, vou a muitas reuniões
- ☐ pouco activo, participo pouco
- ☐ nada activo, sou membro mas raramente apareço
- ☐ não pertenco a nenhum grupo ou organização.

### IIIA CONDIÇÕES ECONÓMICAS

A seguir vão aparecer algumas questões sobre o que pensa das suas condições económicas actuais.

1-Comparado com as famílias portuguesas em geral, você diria que o rendimento da sua família é:

- ☐ muito abaixo da média
- ☐ abaixo da média
- ☐ médio
- ☐ acima da média
- ☐ muito acima da média
- ☐ não sei

2- Tem a quantidade de dinheiro suficiente para fazer o tipo de vida normal de um estudante?

- ☐ sim, sem dúvida  
☐ não como desejaria  
☐ com algumas dificuldades  
☐ não

3- Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades básicas (alimentação, casa, material escolar, cuidados pessoais, etc)

- ☐ sim, sem dúvida  
☐ não como desejaria  
☐ com algumas dificuldades  
☐ não

4- Tem dinheiro suficiente para as suas necessidades de lazer? ( cinema, teatro, desporto, passeios, leitura, etc.)

- ☐ sim, sem dúvida  
☐ não como desejaria  
☐ com algumas dificuldades  
☐ não

5- Tem dificuldade em pagar as suas contas?

- ☐ sim, bastantes  
☐ algumas mas não é grande problema  
☐ por vezes tenho ligeiras dificuldades  
☐ não, de modo nenhum

6- Consegue chegar ao fim do mês com algum dinheiro?

- ☐ sim, sempre  
☐ por vezes sobra-me dinheiro no fim do mês  
☐ raramente me sobra dinheiro no fim do mês  
☐ não, nunca chego ao fim do mês com dinheiro

#### COMPARAÇÃO ECONÓMICA

Você diria que a sua disponibilidade económica é, maior, igual ou menor do que (assinale A,B, ou C):

	MAIOR	IGUAL	MENOR
1- a maioria dos seus amigos	A	B	C
2- a maioria dos seus familiares da sua idade	A	B	C
3- a maioria dos seus colegas que vivem como você (se vive num lar, sózinho ou se vive com a família)	A	B	C
4- a que tinha antes de ir para a universidade	A	B	C

#### A IMPORTÂNCIA DO DINHEIRO

Assinale quanto concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	DISCORDO PARCIALMENTE	DISCORDO TOTALMENTE
1- O sucesso económico não me interessa	A	B	C	D	E
2- O dinheiro nunca me chega	A	B	C	D	E
3- Uma das características mais importantes de uma pessoa é o dinheiro que ela tem	A	B	C	D	E

## IIIB COISAS QUE ME ACONTECERAM

Por favor assinale, no quadrado que antecede cada situação todas aquelas que lhe aconteceram nos últimos 12 meses.

- 1- ☐ tive de informar os meus pais (ou encarregados de educação) sobre os meus resultados escolares, dando informações que não eram totalmente verdadeiras.
- 2- ☐ aumentaram as discussões entre os meus pais.
- 3- ☐ alguém da minha família ficou gravemente doente.
- 4- ☐ acabei com o/a meu/minha namorado/namorada.
- 5- ☐ tive problemas com os meus irmãos
- 6- ☐ aumentaram as discussões entre mim e os meus pais.
- 7- ☐ reprovei (em disciplinas ou de ano)
- 8- ☐ perdi um/a grande amigo/a (zangou-se comigo).
- 9- ☐ estive bastante doente (ou tive um acidente).
- 10- ☐ houve uma mudança no estatuto económico da família
- 11- ☐ faleceu alguém da minha família.
- 12- ☐ tive problemas com colegas de curso.
- 13- ☐ mudei de escola (ou de faculdade).
- 14- ☐ tive problemas com professores.
- 15- ☐ os meus pais separaram-se.
- 16- ☐ a minha mãe (ou pai) ficou desempregada/o
- 17- ☐ um amigo próximo ficou muito doente.
- 18- ☐ um dos meus irmãos saiu de casa (porque casou, mudou de cidade, foi viver sózinho, etc.)
- 19- ☐ mudei de casa
- 20- ☐ um amigo chegado morreu
- 21- ☐ tive problemas com a justiça.
- 22- ☐ tive uma discussão muito grave com a/o minha/meu namorada/namorado
- 23- ☐ tive dificuldades sexuais

24- ☐ outro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qual foi o acontecimento que mais afectou a sua vida: número ☐

(Se não assinalou nenhum não responda)

Assinale na escala abaixo quanto é que esse acontecimento afectou a sua vida.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada		pouco		assim assim		bastante		totalmente

### IIIC AS COISAS QUE ME PREOCUPAM

Classifique como as seguintes áreas da sua vida são, para si, fonte de preocupação e de tensão:

	PREOCUPA-ME EXTREMAMENTE	PREOCUPA-ME MUITO	PREOCUPA-ME MODERADAMENTE	PREOCUPA-ME POUCO	NÃO ME PREOCUPA
	↓	↓	↓	↓	↓
1- Relações com as pessoas	A	B	C	D	E
2- Relações com os professores	A	B	C	D	E
3- Quantidade de trabalho	A	B	C	D	E
4- Relações amorosas	A	B	C	D	E
5- Falta de tempos livres	A	B	C	D	E
6- Rejeição social	A	B	C	D	E
7- Dinheiro	A	B	C	D	E
8- Estar longe das pessoas queridas	A	B	C	D	E
9- Notas escolares	A	B	C	D	E
10- Insatisfação com o curso	A	B	C	D	E
11- Solidão	A	B	C	D	E
12- Falta de tempo	A	B	C	D	E
13- Relações familiares	A	B	C	D	E

## IV DADOS PESSOAIS

FACULDADE ou ESCOLA-\_\_\_\_\_

CURSO\_\_\_\_\_ANO QUE FREQUENTA\_\_\_\_\_

QUANTAS VEZES JÁ REPROVOU (DESDE A 1ª CLASSE)?\_\_\_\_\_

DURANTE AS AULAS, COM QUEM VIVE?

- ☐ S Ó
- ☐ NUM LAR COM COLEGAS
- ☐ COM A NAMORADA/O OU ESPOSA/O
- ☐ COM OS PAIS
- ☐ COM OUTROS FAMILIARES
- ☐ COM UMA FAMÍLIA
- ☐ COM AMIGOS

ONDE VIVE FORA DO TEMPO DE AULAS(em que cidade ou local)\_\_\_\_\_?

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(IDADE\_\_\_\_\_)

SEXO      MASCULINO ☐      FEMININO ☐

RELATIVAMENTE AO SEU APROVEITAMENTO ESCOLAR VOCÊ DIRIA QUE ELE É:

- ☐ MUITO ACIMA DA MÉDIA
- ☐ ACIMA DA MÉDIA
- ☐ MÉDIO
- ☐ ABAIXO DA MÉDIA
- ☐ MUITO ABAIXO DA MÉDIA