

CATARINA ISABEL VITÓRIA DA FONTE

**CRENÇAS RELACIONADAS COM A SAÚDE,
HÁBITOS TABÁGICOS, STRESS E SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Ana Bárbara Nazaré

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2019

CATARINA ISABEL VITÓRIA DA FONTE

**CRENÇAS RELACIONADAS COM A SAÚDE,
HÁBITOS TABÁGICOS, STRESS E SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde, conferido
pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias, no dia 6 de
Dezembro de 2019, perante o Júri nomeado
pelo Despacho Reitoral nº 262/2019 com a
seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Patrícia Pascoal
Arguente: Prof^a. Doutora Bárbara Gonzalez
Orientadora: Prof^a. Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2019

*“Em geral, as pessoas são mais facilmente motivadas
pelas razões que descobrem por si próprias
do que pelas razões que os outros lhes oferecem”*

Pascal

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível graças à compreensão, apoio e colaboração de várias pessoas que me acompanharam e ajudaram muito ao longo desta caminhada. Primeiramente, gostaria de agradecer à minha família, em especial, aos meus pais e irmão, pelo carinho, coragem, atenção e apoio incondicional que me deram durante todo este percurso.

Aos meus amigos, pela paciência, força, companheirismo e palavras de incentivo e conforto, que me ajudaram a superar os momentos mais difíceis. Após este caminho, a vontade de desistir, o desânimo e o stress estiveram presentes inúmeras vezes, portanto manifesto o meu enorme e sincero agradecimento.

À minha orientadora Professora Doutora Bárbara Nazaré, por toda a ajuda e disponibilidade demonstrada, pelos vários e-mails esclarecedores e enriquecedores que foram trocados, pela orientação, sugestões e paciência em me explicar as coisas. Obrigada pela influência positiva que teve ao longo deste meu percurso.

O meu sincero e real agradecimento a todos aqueles que aceitaram participar nesta investigação e que me ajudaram a concretizar esta etapa.

Resumo

O tabagismo é mundialmente uma das principais causas de morte evitável.

Este estudo teve por objetivos (1) comparar fumadores, ex-fumadores e nunca fumadores nas crenças de saúde compensatórias, locus de controlo de saúde, stress e estado de saúde e 2) no grupo de fumadores, analisar a relação entre o hábito tabágico e estas variáveis.

Este estudo observacional e transversal incluiu 168 indivíduos entre 18 e 66 anos, divididos em fumadores, ex-fumadores e os que nunca fumaram.

Os fumadores acreditam mais que é possível compensar os efeitos do tabagismo com o exercício físico mais do que os outros dois grupos ($p < .01$). O hábito tabágico apenas se associou à saúde mental, $r(166) = -.27$; $p < .01$.

O tabagismo apresenta um risco de desenvolvimento de problemas mentais que aumenta com o hábito. Assim, principalmente os indivíduos que fumam mais e há mais tempo são um grupo importante de intervenção psicoeducativa na modificação da sua crença potencialmente prejudicial, caso exista, de que podem compensar o seu hábito com exercício físico. Através da psicoeducação, procuramos informar os fumadores sobre a importância de adotarem comportamentos saudáveis e abandonarem os comportamentos de risco para a saúde.

Palavras-chave: tabagismo, crenças de saúde, hábito tabágico, saúde, stresse

Abstract

Smoking is one of the leading causes of preventable death worldwide.

Its objectives were (1) to compare smokers, former smokers and never smokers in the following variables: compensatory health beliefs, health locus of control, stress and health state and (2) analyze the relationship between smoking habit and these variables in smokers.

This observational and cross-sectional study of 168 subjects aged 18 to 66 years was divided into smokers, former smokers and non-smokers.

Smokers believe they can offset the effects of tobacco with exercise more than the other two groups ($p < .01$). Smoking habit only had a significant association with mental health which was negative, $r(166) = -.27$; $p < .01$). Smoking presents a risk of development mental health problems, which increases with habit. Thus, especially individuals who smoke more and for longer period, are an important group for psychoeducational intervention for the modification of their dysfunctional belief, if any, smoking habit can be compensated with exercise. Through psychoeducation, we seek to inform smokers of the importance of adopting healthy behaviors and abandoning health risk behaviors.

Keywords: smoking, health beliefs, smoking habit, health, stress

Símbolos e Abreviaturas

LCS-I – Locus de Controlo Interno

LCS-E – Locus de Controlo Externo

LCS – Locus de Controlo da Saúde

LOC – Locus de Controlo

SNC – Sistema Nervoso Central

CSC- Crenças de Saúde Compensatórias

IHA- Índice de Hábitos Autorelatados

ESS-VR- Escala de Sobrecarga de Stresse

SF-36- Questionário de Estado de Saúde

Cit. in – Citado em

DP – Desvio Padrão

M – Média

N – Tamanho da Amostra Total

et al. – e colaboradores

p – Probabilidade associada ao valor de teste

r – Coeficiente de correlação de Pearson

α - alfa de Cronbach

n - Tamanho da amostra

Índice

Introdução	10
A problemática do tabagismo	10
Hábito tabágico	10
Estado de Saúde	11
Locus de Controlo da Saúde	12
Stress	13
Objetivos e Hipóteses	14
Método	14
Participantes	14
Instrumentos	17
Questionário sociodemográfico	17
Escala de Crenças de Saúde Compensatórias (ECSC)	17
Índice de Hábitos Autorrelatados (IHA)	17
Escala de Sobrecarga de Stresse – Versão Reduzida (ESS-VR);	18
Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde- Forma A (EMLCS-A)	18
Questionário de Estado de Saúde (SF-36)	19
Procedimentos	19
Análise estatística	20
Resultados	20
Comparação de grupos	20
Associação entre as variáveis em estudo (fumadores)	21
Discussão	22
Limitações do Estudo	24
Direções Futuras	24
Implicações para a Clínica e Saúde	24
Referências	26

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.	14-16
Tabela 2 - Comparação de grupos das variáveis em estudo	20
Tabela 3 - Associação entre as variáveis em estudo.....	21

Introdução

A problemática do tabagismo

Em 2018, foram globalmente contabilizados 1070 milhões de fumadores e 80% vive em países de baixo e médio rendimento. De 2007 a 2017, a prevalência global de fumadores adultos diminuiu de 22,5% para 19,2%: a redução nos homens foi de 37,1% para 32,7% e nas mulheres foi de 8% para 5,8% (World Health Organization, 2019). Em Portugal Continental, de 1987 a 2014, o consumo diário de tabaco apresentou tendências opostas quanto ao género: diminuiu nos homens (de 35,2% para 26,7%) e aumentou nas mulheres (de 6,0% para 14,6%). Enquanto, nos homens, a maior frequência de consumo diário se verificou nos grupos socioeconómicos mais baixos, nas mulheres ocorreu o oposto (Leite, Machado, Pinto, & Dias, 2017).

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo, sendo anualmente responsável por 8 milhões de mortes, matar prematuramente metade dos utilizadores e causar várias doenças incapacitantes (World Health Organization, 2019). Em 2016, em Portugal, o tabagismo foi responsável por 11.843 óbitos (10,6% do total de mortes), 46,4% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica, 19,5% das mortes por cancro e 5,7% das mortes por doenças cerebrocardiovasculares (Nunes & Monteiro, 2017).

Hábito tabágico

Ao longo da vida, são criados hábitos de saúde que influenciam o bem-estar do indivíduo. Hábito de saúde constitui “um padrão neurológico inicialmente estabelecido através de repetição, então iniciado por uma sugestão que resulta em respostas automáticas (automaticidade) que são então manifestadas e atuadas através do reconhecimento consciente do impacto na saúde da resposta” (Opalinski, Weglicki & Gropper, 2017). O tabagismo constitui um hábito que potencia dependência nicotínica. A nicotina actua em vários sistemas de neurotransmissão no Sistema Nervoso Central (SNC) (e.g; noradrenérgico, dopaminérgico, etc), provocando várias sensações de prazer que provocam uma ligação forte do fumador ao tabaco, consequentemente gerando dependência. A dependência tabágica provoca a tolerância, isto é, a necessidade de o consumidor progressivamente aumentar a dose da substância, de forma a obter o mesmo efeito. Adicionalmente, causa o síndrome de abstinência, que se caracteriza por um conjunto de sintomas físicos e psicológicos que decorrem da cessação

abrupta do consumo da substância (eg., ânsia, irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, aumento do apetite ou peso etc) (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Este estudo irá avaliar a relação do hábito tabágico com: estado de saúde, crenças de saúde compensatórias, locus de controlo da saúde e stress.

Estado de Saúde

É forte a evidência de associação do tabagismo com condições de saúde mentais. Estes indivíduos fumam mais e proporcionalmente com a gravidade da doença, são mais aditos que a população geral, morrem mais cedo e maioritariamente por doenças que podem ser provocadas pelo tabagismo (Prevention, 2019; Fluharty, Taylor, Grabski, & Munafò, 2017). A interdependência da saúde mental e física com causalidade bidirecional está bem documentada (Behan, Doyle, Masterson, Shiers, & Clarke, 2015). Uma revisão sistemática identificou uma forte associação entre depressão e tabagismo, com 9 em cada 10 estudos (de 37) a mostrar que a depressão é causa de um maior consumo de tabaco e 7 em cada 10 (de 51) a mostrar que o hábito tabágico aumenta o risco de depressão. (Fluharty et al., 2017). Numerosos estudos também mostraram uma correlação positiva do tabagismo com Défice de Atenção e Hiperatividade, depressão e ansiedade em estudantes universitários (King, Reboussin, Spangler, Ross, & Sutfin, 2018).

O tabagismo também conduz à deterioração da saúde física, nomeadamente do sistema músculoesquelético, cuja gravidade se correlaciona positivamente com o hábito tabágico (Al-Bashaireh et al., 2018). Adicionalmente, o hábito tabágico está positivamente correlacionado com a intensidade e frequência da dor, lombalgia e neuropatia (Çelik et al., 2017; Bakhshaie et al., 2016; Green, Johnson, Snodgrass, Smith, & Dunn, 2016; De Vita, 2019).

Crenças de Saúde Compensatórias

Os fumadores estão cientes dos efeitos prejudiciais do tabagismo para a saúde, pelo que a manutenção do comportamento pode levar a um aumento da sua dissonância cognitiva - um impulso negativo que pode ocorrer quando as pessoas se apercebem da discrepância entre as suas crenças e comportamentos (Glock, Müller, & Krolak-Schwerdt, 2013). De modo a reduzir estes sentimentos negativos, as pessoas esforçam-se para reduzir a dissonância, seja deixando o hábito tabágico (um objetivo difícil, dado que menos de 10% dos fumadores

consegue fazê-lo sozinho) ou recorrendo a estratégias alternativas mais fáceis. Em vez de negar as consequências para a saúde do tabagismo, os fumadores podem procurar, acreditando ser possível, compensar o seu hábito prejudicial com hábitos saudáveis noutras áreas da vida, como o exercício e a alimentação cuidada. Estas crenças são designadas por crenças de saúde compensatórias (CSC) e contribuem para a manutenção do comportamento ou hábito tabágico porque ajudam a reduzir a dissonância cognitiva, permitindo às pessoas fumar sem os sentimentos negativos. A investigação nesta área sugere que as CSC são dos principais fatores impeditivos de os fumadores deixarem de fumar (Glock et al., 2013).

Que tenhamos conhecimento, apenas um estudo comparou fumadores e nunca fumadores nas CSC e explorou a relação desta variável com o hábito tabágico. Os fumadores tiveram crenças compensatórias mais fortes que os nunca fumadores, e os fumadores que acreditavam nos efeitos compensatórios de fazer exercício fumavam mais, tendo-se verificado o oposto para a alimentação saudável, os que acreditavam nos efeitos compensatórios da alimentação, fumavam menos. (Glock et al., 2013).

Locus de Controlo da Saúde

A Teoria de Locus de Controlo da Saúde proposta por Rotter (1966) diz respeito à perceção que cada indivíduo tem acerca do controlo e das consequências das suas escolhas e ações na saúde. Aqueles que acreditam que a sua saúde é gerida por si, e o resultado da soma das suas escolhas e dos efeitos ou repercussões das mesmas, apresentam um locus de controlo interno (LCS-I). Por outro lado, quem acredita que a sua saúde é gerida por fatores externos (e.g., Deus ou acaso) apresenta um locus de controlo externo (LCS-E) (Lassi et al., 2019). Crenças de saúde positivas (LCS-I elevado e LCS-E baixo) motivam ações voluntárias promotoras da saúde (e.g. exercício) e/ou prevenção de comportamentos ou escolhas que acarretam riscos para a saúde (e.g. fumar).

Relativamente ao tabagismo, seria de prever que os fumadores apresentassem um nível de LCS-E superior ao dos nunca fumadores ou ex-fumadores. Segundo Helmer (2012), os estudos empíricos que avaliam estas associações são inconsistentes nos seus resultados. Através de uma meta-análise, verificou-se que níveis superiores de LCS-I associaram-se a um maior envolvimento em comportamentos promotores da saúde (e.g., exercício), mas não em comportamentos comprometedores da saúde (e.g., tabagismo). Maior LCS-E associou-se a maior consumo de tabaco ($r = .08$) (Cheng, Cheung, & C.Y.LO, 2016). Steptoe e Wardle, 2001, citado por Helmer, 2012 defendem que o LCS-I tem efeitos mais fortes em comportamentos de

manutenção de saúde (e.g. alimentação saudável) do que em determinados comportamentos de risco (e.g. fumar) (Helmer, Krämer, & Mikolajczyk).

Stress

O stress está presente no quotidiano atual e tem sido objeto de estudo devido à sua relação com a saúde. Segundo Lazarus (1984), o stress deve ser encarado como resultante da interação entre estímulos ambientais e respostas individuais. Assim, para o autor, este fenómeno tende a ocorrer quando o indivíduo avalia as exigências externas como excedendo as suas capacidades e recursos para lidar com elas (Lazarus & Folkman, 1984).

O stresse percecionado, definido como “sentimentos ou pensamentos que a pessoa tem acerca do quão stressada está sob determinado período de tempo”, está associado a uma maior probabilidade de fumar (Stubbs et al., 2017). A meta-análise de Stubbs (2017) identificou, em países de baixo e médio rendimento, que o aumento de uma unidade na escala de stresse percecionado (2 a 10) resulta num aumento de 5% na probabilidade de fumar. Num estudo com fumadores adultos, os que consumiam pelo menos 15 cigarros todos os dias relataram sofrer mais de stresse percecionado do que aqueles que consumiam menos de 5 cigarros por dia (Carim-Todd, Mitchel & Oken 2015), sendo consistente com outro estudo anterior (Hayes & Borrelli, 2013). Contrariamente a estes, um estudo identificou uma associação negativa entre stress e o número de cigarros fumados diariamente (Lawless, Harrison, Grandits, Eberly & Allen 2015).

Embora o tabagismo possa aliviar temporariamente o stresse, os fumadores que o fazem com esse intuito podem gerar ou agravar estados emocionais negativos, conduzindo a maiores níveis de stresse, contribuindo, em parte, para o ato persistente de fumar (Lawless et al., 2015). Uma das teorias propostas para explicar a associação entre stresse e tabagismo defende que o stress pode aumentar o desejo por nicotina através de um aumento da reatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenais (HPA) e de emoções negativas. A nicotina tem um efeito agudo no eixo HPA, mas a sua exposição crónica parece desregular este eixo. O stresse reduz a capacidade dos fumadores de resistirem ao tabaco, e aumenta a recompensa por fumar a curto prazo (Rohleder & Kirschbaum, 2006).

Objetivos e Hipóteses

Com o presente estudo, pretende-se aumentar o conhecimento sobre estas variáveis, para otimizar programas e estratégias de prevenção e cessação tabágica. Este estudo tem como objetivos específicos: 1) comparar três grupos (fumadores, ex-fumadores e nunca fumadores em crenças compensatórias, locus de controlo de saúde, stress e estado de saúde 2) no grupo de fumadores, analisar a associação entre hábito tabágico e crenças de saúde compensatórias, locus de controlo da saúde, stresse e estado de saúde.

Com base na revisão da literatura, desenvolveram-se as seguintes hipóteses: (H1) Os fumadores apresentarão uma crença compensatória mais forte relativamente ao exercício físico do que os que nunca fumaram; (H2) Relativamente ao LCS-E, os fumadores terão valores superiores aos que nunca fumaram. (H3). Os fumadores terão níveis maiores de stress do que os que nunca fumaram.

Método

Participantes

No presente estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) ter nacionalidade portuguesa; 3) residir em Portugal e 4) ter capacidade de preencher o questionário. Foram constituídos três grupos: fumadores, ex-fumadores e pessoas que nunca fumaram.

O número de participantes foi 168, com idades entre 18 e 66 anos de idade ($M=38.35$, $DP= 11.46$). A sua caracterização sociodemográfica encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1.
Características sociodemográficas da amostra

Nunca fumadores	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Situação Profissional				
Estudantes	7	104		
Trabalhador estudante	7	10.4		
Trabalhador	46	68.7		
Outra	7	10.5		
Estado Civil				

Solteiro	27	40.3		
Casado/União de facto	35	52.2		
Divorciado/Separado	5	7.5		
Doença física ou psiquiátrica				
Sim	14	20.9		
Não	53	79.1		
Género				
Feminino	51	76.1		
Masculino	16	23.9		
Idade			37.12	11.01
Anos de escolaridade			14.06	4.75

Fumadores	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Situação Profissional				
Estudantes	3	4.4		
Trabalhador estudante	6	8.8		
Trabalhador	54	79.4		
Outra	5	7.3		
Estado Civil				
Solteiro	26	38.2		
Casado/União de facto	30	44.1		
Divorciado/Separado	10	14.7		
Doença física ou psiquiátrica				
Sim	14	20.6		
Não	54	79.4		
Género				
Feminino	40	58.8		
Masculino	28	41.2		

Número de cigarros por dia atuais	12.45	6.67
Idade	39.46	11.42
Anos de escolaridade	12.46	3.25

Ex-Fumadores	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Situação Profissional				
Estudantes	5	15.2		
Trabalhador estudante	2	6.1		
Trabalhador	21	63.6		
Outra	5	15.1		
Estado Civil				
Solteiro	10	30.3		
Casado/União de facto	22	66.7		
Divorciado/Separado	1	3.0		
Doença física ou psiquiátrica				
Sim	12	36.4		
Não	21	63.6		
Género				
Feminino	22	66.7		
Masculino	11	33.3		
Número de cigarros por dia que costumava fumar			14.17	12.48
Idade			38.58	12.51
Anos de escolaridade			13.76	2.74

Os três grupos foram comparados nas variáveis sociodemográficas. Verificaram-se diferenças na variável escolaridade ($F(2,165) = 3.17$; $p < .05$), especificamente, entre o grupo dos que nunca fumaram e o grupo dos fumadores.

Instrumentos

O protocolo de investigação incluiu vários instrumentos.

Questionário sociodemográfico

Foram avaliados os dados demográficos dos participantes, sendo constituído por 18 itens (e.g., sexo, idade, nacionalidade, distrito em que reside, anos de escolaridade completos, situação profissional, estado civil, entre outros).

Escala de Crenças de Saúde Compensatórias (ECSC)

A ECSC (versão original de Knäuper, Rabiau, Cohen, & Patriciu, 2004; adaptação portuguesa em curso) diz respeito a crenças que os indivíduos utilizam para justificar os seus comportamentos pouco saudáveis, algumas delas ainda não testadas cientificamente. Esta escala inclui quatro fatores: Uso de substâncias, Hábitos alimentares e de sono, Stress e Regulação do peso. É constituída por 17 itens, tendo como formato de resposta uma escala de Likert de 4 pontos: “nada” (0), “pouco” (1), “em parte” (2), “bastante” (3), e “Muitíssimo” (4), que indica o grau de concordância com cada crença. (Knäuper et al., 2004). A sua pontuação é obtida através da soma dos respetivos itens. A consistência interna da escala total foi adequada para os três grupos: $\alpha = .78$ (nunca fumadores), $\alpha = .84$ (ex-fumadores) e $\alpha = .81$ (fumadores). Neste estudo, foram considerados apenas dois itens, que eram os únicos relacionados com o tabagismo: o item 3 “Não há problema em fumar de vez em quando, se se fizer uma alimentação saudável” e o item 6 “Pode-se compensar o facto de fumar, fazendo exercício físico”.

Índice de Hábitos Autorrelatados (IHA)

O IHA (versão original de Verplanken & Orbell, 2003; adaptação portuguesa em curso) avalia o comportamento habitual dos indivíduos. No âmbito deste estudo, o hábito avaliado foi o tabagismo, pelo que apenas os fumadores responderam. É um questionário de autopreenchimento constituído por 12 itens que pretende medir a força do hábito, através da repetição, automaticidade (falta de controlo, de consciência e eficiência) e do elemento da identidade. A escala de resposta varia de 1 - *Concordo* a 7 - *Discordo*.

Os resultados são obtidos através da média das pontuações dos doze itens. A cotação dos itens é invertida, de modo a que valores mais altos indiquem hábitos mais fortes. (Verplanken & Orbell, 2003). Neste estudo, a consistência interna da escala foi adequada para o grupo de fumadores ($\alpha = .92$).

Escala de Sobrecarga de Stresse – Versão Reduzida (ESS-VR);

A ESS-VR (versão original de Amirkhan, 2016; adaptação portuguesa em curso) é uma medida de autorrelato que identifica os sentimentos dos indivíduos na última semana e o risco de estes poderem desenvolver uma patologia provocada pelo stresse. Este instrumento é composto por 10 itens, com uma escala de resposta de cinco pontos cujos extremos são 1 (*Nada*) e 5 (*Muito*). Esta escala inclui dois fatores: Vulnerabilidade pessoal (PV) e Sobrecarga.

Os resultados obtêm-se através da soma dos respetivos itens, sendo que valores mais elevados indicam maior stresse experienciado na última semana (Amirkhan, 2016). Nesta amostra, a escala total apresentou boa fiabilidade nos três grupos, revelando um $\alpha = .93$ (nunca fumadores) $\alpha = .92$ (ex-fumadores) e $\alpha = .93$ (fumadores).

Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde- Forma A (EMLCS-A)

A EMLCS-A (versão original Wallston., Wallston, & DeVellis, 1978; versão portuguesa de (Cardoso, 2017) pretende avaliar as crenças sobre os fatores que influenciam a saúde dos indivíduos. Esta escala é constituída por 18 itens e pretende medir três fatores independentes: Locus de Controlo Interno (grau em que o indivíduo acredita que tem controlo sobre a sua própria saúde), Locus de Controlo Externo- Acaso (perceção que o indivíduo tem de a sua saúde ser controlada pela sorte, acaso ou destino) e Locus de Controlo Externo – Outros Poderosos (o controlo da saúde está nas mãos de pessoas que o indivíduo considera poderosas ou importantes). Estas subescalas avaliam locus de controlo distintos e, por isso, não existe uma pontuação total. As respostas são dadas numa escala do tipo Likert, com seis opções de resposta que variam de 1 (*Discordo completamente*) a 6 (*Concordo completamente*). (Cardoso, 2017)

Os resultados obtêm-se a partir da média das pontuações dos seis itens, sendo que quanto maior for a média de cada fator, maior a crença de que essa dimensão controla a saúde.(Cardoso, 2017) Inicialmente, foi calculada a consistência interna das subescalas através do coeficiente alfa de Cronbach. Porém, os valores do alfa não foram aceitáveis para todos os grupos. Assim, decidimos seleccionar apenas o item número 8 (“Quando eu fico doente, a culpa é minha”) para representar o locus de controlo interno e o item número 4 (“A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-me por acaso”) para representar o locus de controlo externo.

Questionário de Estado de Saúde (SF-36)

O SF-36v2; versão original de McHorney, Ware, & Raczek, 1993; versão portuguesa de Ferreira, 2000) é constituído por 36 itens e pretende medir oito subdimensões da saúde, nomeadamente a Função Física (FF), que mede as limitações físicas existentes no desempenho de uma tarefa; o Desempenho Físico (DF), que diz respeito à limitação existente entre o tipo de trabalho e a quantidade de trabalho a executar; Dor Corporal (DC) refere-se à intensidade e ao incómodo provocado pela dor e como esta afeta as atividades habituais; a Saúde Geral (SG) pretende avaliar a saúde fenotípica do indivíduo, a escala da Vitalidade (VT) abrange os níveis de energia e de fadiga; a escala de Função Social (FS) pretende avaliar o impacto causado pelos problemas emocionais e físicos e a quantidade e qualidade das atividades sociais; a escala de Saúde Mental (SM) inclui questões relacionadas com a ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo emocional e comportamental. Na pontuação da escala, o resultado é calculado e descrito numa pontuação de 0 (pior estado de saúde) a (100 melhor estado de saúde).

A escala apresentou boas propriedades psicométricas num estudo realizado com uma amostra portuguesa ($\alpha > .80$; Ferreira, 2000). Neste estudo, apenas foram consideradas duas componentes de saúde. A componente mental, que inclui a Saúde mental, o Desempenho emocional, a Função Social e a Vitalidade, revelou-se fiável nos três grupos: $\alpha = .92$ (nunca fumadores) $\alpha = .89$ (ex-fumadores) e $\alpha = .89$ (fumadores). A componente física corresponde à Função física, ao Desempenho físico, à Dor corporal e à Saúde em geral, tendo boa fiabilidade nos três grupos: $\alpha = .78$ (nunca fumadores) $\alpha = .84$ (ex-fumadores) e $\alpha = .76$ (fumadores).

Procedimentos

Primeiramente, procedeu-se à submissão do projeto à Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC), na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), que aprovou a realização do estudo. Posteriormente, iniciou-se a recolha de dados através do protocolo disponibilizado numa plataforma online e divulgado através de várias redes sociais, o que permitiu garantir o anonimato dos participantes. Alguns dados foram recolhidos através de questionários em papel, distribuídos a alguns contactos pessoais do investigador. A seleção dos participantes para esta investigação foi através de um método não probabilístico, por conveniência. Foi apresentado aos participantes o consentimento informado

(Anexo 1), seguido do protocolo de investigação já descrito, obedecendo aos princípios éticos relativos à investigação.

Análise estatística

Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), tendo sido utilizado o nível de significância de 5% ($p < .05$).

A caracterização da amostra baseou-se em estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias e desvio-padrão).

Posteriormente, realizámos a análise da fiabilidade dos instrumentos, examinando a consistência interna dos mesmos, através do coeficiente alfa de Cronbach. Foram utilizados os critérios de DeVellis (2017) para a interpretação destes valores.

Para comparar as médias dos três grupos (fumadores, nunca fumaram e ex-fumadores) utilizou-se a MANCOVA ao considerar diversas variáveis e a ANCOVA ao considerar apenas uma variável dependente. Em ambas as análises, a variável escolaridade foi controlada. Para estudar a associação entre os hábitos tabágicos e as restantes variáveis de interesse no grupo de fumadores, utilizou-se a correlação de Pearson.

Resultados

Comparação de grupos

Os dados da tabela 2 correspondem aos testes multivariados.

Tabela 2.
Comparação de grupos nas variáveis em estudo

	Fumadores n=68		Ex-Fumadores n=33		Nunca fumaram n=67		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Compensação de tabagismo com	.85	1.22	.42	.75	.51	.98	2.15	.12

alimentação saudável Compensação de tabagismo com exercício físico	1	.10	.47	.15	.45	.10	8.70	.00
Locus de controlo interno	3.03	0.17	2.93	.24	2.73	.17	.76	.47
Locus de controlo externo	3.04	.17	2.61	.25	2.69	.17	1.40	.25
Stress	23.43	1.28	23.90	1.82	23.36	1.29	.03	.97
Componente física da saúde	52.54	1.28	51.17	1.85	51.12	1.29	.35	.71
Componente mental da saúde	48.48	1.70	47.24	2.46	47.14	1.71	.17	.84

Foram verificadas diferenças entre os grupos na crença sobre compensação de tabagismo com exercício físico, ($F(2,164) = 8.70; p < .001$), nomeadamente entre o grupo de fumadores e os dois restantes. Nas restantes variáveis, não existiram diferenças entre os grupos, conforme mostra a tabela 2.

Associação entre as variáveis em estudo (fumadores)

Foram avaliadas as correlações entre os hábitos tabágicos e o stress, as crenças de saúde, o locus de controlo e o estado de saúde (componente física e componente mental) (Tabela 3).

Tabela 3.

Associação entre as variáveis em estudo

Variáveis	Stress	Compensação de tabagismo com alimentação saudável	Compensação de tabagismo com exercício físico	Locus de controlo externo	Locus de controlo interno	Comp. física	Comp. mental
Hábitos Tabágicos	.20	.06	.03	-.06	.06	-.21	-.27*

Nota. * $p < .05$

Examinando as variáveis em estudo, podemos verificar que são muito poucas as correlações existentes. Como é possível ver na tabela 3, apenas houve uma correlação negativa entre os hábitos tabágicos e a componente mental, apresentando um grau de significância inferior a .05, isto significa que quanto maior os hábitos tabágicos, menor será a componente mental do indivíduo. Apesar disso, podemos ainda constatar que a intensidade da correlação também é reduzida.

Discussão

Este trabalho teve por objetivos o estudo da relação do hábito tabágico com as crenças de saúde compensatórias, locus de controlo da saúde, stresse e estado de saúde físico e mental nos fumadores, bem como a comparação destas variáveis nos três grupos: fumadores, ex-fumadores e nunca fumadores.

A primeira hipótese do estudo foi que os fumadores apresentariam uma crença compensatória mais forte relativamente ao exercício físico do que os nunca fumadores. Relativamente a esta hipótese, o grupo de fumadores acredita mais que pode compensar o tabagismo com exercício físico do que o grupo de nunca fumadores. Este resultado é consistente com o do estudo de Glock, Müller e Krolak-Schwerdt (2013). É do conhecimento comum que o tabagismo é prejudicial para os sistemas cardiovascular e respiratório e que o exercício físico é benéfico para os mesmos sistemas. Os efeitos antagonistas do tabagismo e do exercício na saúde em geral, e no sistema cardiorespiratório em particular, podem estar na base da crença compensatória. A razão de esta ser mais forte nos fumadores pode dever-se à sua relação com a redução que oferece na dissonância cognitiva, de modo a poderem continuar o seu comportamento tabágico sem os sentimentos negativos a ele associados, gerados pelas discrepâncias entre as suas cognições (de que o tabagismo é prejudicial para a saúde) e o seu comportamento (continuar a fumar). Assim, quanto mais forte for esta crença nos fumadores, maior será a redução da sua dissonância cognitiva ao fumar e, por efeito, melhor o sentimento durante o ato.

A segunda hipótese do estudo foi que os níveis de LCE seriam mais elevados para os fumadores do que para os nunca fumadores, o que não se verificou, pois não houve diferenças de grupos nesta variável. Referimos anteriormente que os estudos empíricos são inconsistentes nos seus resultados (Cheng et al., 2016). Helmer et al. (2012) propôs que a inconsistência pode dever-se ao tamanho da amostra. No nosso estudo, também obtivemos uma amostra pequena podendo isso, contribuir para a razão pela qual a segunda hipótese não foi verificada.

Por fim, a nossa terceira hipótese previa que os níveis de stresse seriam significativamente superiores no grupo de fumadores. Esta hipótese não foi apoiada, dado que não houve diferenças entre os níveis de stresse dos fumadores comparativamente com os dois grupos. Isto não é consistente com a investigação prévia, que mostra que os fumadores apresentam mais stresse do que os nunca fumadores (Stubbs et al., 2017; Carim-Todd, Mitchell & Oken 2015; Tsourtos et al., 2019). Isto poderá dever-se à amostra reduzida.

Não houve diferenças entre fumadores, ex-fumadores e nunca fumadores nas componentes física e mental da saúde. Assim, este resultado diverge do grande conjunto de evidências que mostra que os fumadores têm pior estado de saúde físico e mental em comparação com não fumadores (King et al., 2018) Bashaireh, et al.; 2018). Esta inconsistência poderá dever-se à amostra reduzida. Podem ainda existir outros fatores de confusão que não foram avaliados neste estudo, e onde podem haver diferenças entre os grupos, como o hábito e prática de exercício físico, que melhoram a saúde física e mental (Mikkelsen, Stojanovska, Polenakovic, Bosevski, & Apostolopoulos, 2017; Ruegsegger & Booth, 2003).

Por fim, os fumadores apresentaram um nível de escolaridade mais baixo do que o grupo dos que nunca fumaram. Um estudo japonês recente, usando uma amostra representativa do país, demonstrou que os fumadores tinham menor nível de escolaridade do que os nunca fumadores, confirmando um grande número de estudos prévios que também identificaram a maior prevalência do hábito tabágico em indivíduos com menor escolaridade (Tomioka, Kurumatani, & Saeki, 2019).

Relativamente às relações do hábito tabágico com as restantes variáveis deste estudo, a única associação significativa foi com a componente mental da saúde. Esta correlação, embora fraca em magnitude, é consistente com a literatura, que mostra uma prevalência cada vez maior de problemas de saúde mental em fumadores consoante o hábito (Prevention, 2019; Fluharty, Taylor, Grabski, & Munafò, 2017). Com as restantes variáveis, não houve correlações significativas, o que não é consistente com a investigação prévia revista na introdução. Esta inconsistência poderá dever-se ao tamanho reduzido da amostra. (Al-Bashaireh et al., 2018; Çelik et al., 2017; Cheng, Cheung, & C.Y.LO, 2016; Carim-Todd, Mitchel & Oken 2015; Lawless, Harrison, Grandits, Eberly & Allen 2015; Glock et al., 2013).

Limitações do Estudo

No que diz respeito às limitações inerentes ao nosso estudo, a primeira refere-se à extensão do protocolo de investigação, que pode ter contribuído para o número pequeno da amostra e para o não-preenchimento de alguns dados por parte de alguns participantes. Devido ao tamanho reduzido da amostra, os participantes não são representativos da população portuguesa, o que limita a generalização dos resultados encontrados para o resto da população. A escolha preferencial seria uma amostra representativa, contudo, por falta de tempo e de recursos, tal não foi possível.

O facto de o estudo ter um desenho transversal, também não nos possibilita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis.

Por fim, a última limitação deveu-se ao facto de os instrumentos utilizados serem medidas de autorrelato, o que potencia uma maior desejabilidade social nas respostas dos participantes.

Direções Futuras

Sugere-se, para estudos futuros, uma amostra mais alargada, i.e, mais representativa da população portuguesa, de forma a obter conclusões mais sólidas.

Uma vez que não identificámos diferenças entre os grupos na variável stress, através de questionário subjetivo de autorrelato, sugere-se que futuros estudos recorram a análises bioquímicas do cortisol, para avaliar melhor o stresse.

Para colmatar a limitação referente ao desenho transversal, será necessário desenvolver um estudo longitudinal que nos permite perceber a forma como as variáveis se associam ao longo do tempo.

Por fim, consideramos interessante realizar um estudo semelhante com uma amostra de profissionais de saúde (e.g., psiquiatras, psicólogos, pneumonologistas), ou seja, uma amostra homogénea com maior literacia e sensibilidade para os perigos do tabagismo na saúde, para uma comparação com os resultados deste estudo.

Implicações para a Clínica e Saúde

O comportamento tabágico é um risco para a saúde de cada indivíduo e para os que o rodeiam. Sendo o tabagismo a primeira causa de morte evitável no mundo, parar de fumar é a melhor medida prioritária de prevenção de saúde.(Nunes & Narigão, 2016).

A promoção de comportamentos saudáveis e a prestação de cuidados de saúde preventivos à população são deveres da esfera da responsabilidade que incluem os profissionais de saúde, independentemente das áreas de saúde ou de trabalho, nomeadamente a prevenção e tratamento tabágico (Nunes et al., 2007).

Uma vez que o hábito tabágico está associado a uma menor saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade, seria importante ajudar os indivíduos a compreender os riscos de saúde que estão associados ao tabagismo, através do aconselhamento individual. Trata-se de uma abordagem assente no desenvolvimento de competências ou comportamentos já adquiridos pelo indivíduo, que, por sua vez, promovem a auto-exploração e o caminho para uma mudança comportamental. (Ferreira-Borges & Filho, 2007) .

O grupo de fumadores apresentou crenças compensatórias mais fortes do que o grupo de ex-fumadores e dos que nunca fumaram, acreditando mais que podem compensar o facto de fumarem fazendo exercício físico. Ainda que o exercício físico possa reduzir o risco de mortalidade de todas as causas nos fumadores, tal redução é apenas parcial (O'Donovan, Hamer, & Stamatakis, 2014) mesmo no caso de atletas (Sormunen et al., 2014) . Assim, ao nível da intervenção terapêutica, sugere-se a psicoeducação na desconstrução desta crença potencialmente prejudicial.

Referências

- Al-Bashaireh, A. M., Haddad, L. G., Weaver, M., Kelly, D. L., Chengguo, X., & Yoon, S. (2018). The effect of tobacco smoking on musculoskeletal health: a systematic review. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018, 1-106. doi: 10.1155/2018/4184190
- Amirkhan, J. H. (2016). A brief stress diagnostic tool: the short stress overload scale. *Assessment*, 1-13. doi: 10.1177/1073191116673173
- Bakhshaie, J., Ditte, J. W., Langdon, K. J., Asmundson, G. J. G., Paulus, D. J., & Zvolensky, M. J. (2016). Pain intensity and smoking behavior among treatment seeking smokers. *Psychiatry Research*, 237, 67–71. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.073
- Behan, C., Doyle, R., Masterson, S., Shiers, D., & Clarke, M. (2015). A double-edged sword: review of the interplay between physical health and mental health. *Irish Journal of Medical Science*, 184(1), 107–112. doi: 10.1007/s11845-014-1205-1
- Cardoso, Â. (2017). Estudo psicométrico da versão Portuguesa da Multidimensional Health locus of control scale (MHLC) em jovens adultos saudáveis e com condições crónicas de Saúde. (Tese de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Carim-Todd, L., Mitchel, S., & Oken, B. (2015). Impulsivity and stress response in non-dependent smokers (tobacco chippers) in comparison to heavy smokers and non-smokers. *Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 18(5), 547-556. doi: 0.1093/ntr/ntv210.
- Çelik, S. B., Can, H., Sözmen, M. K., Sengezer, T., Kaplan, Y. C., Utlü, G., ... & Aygün, O. (2017). Evaluation of the neuropathic pain in the smokers. *Agri*, 29(3), 122–126. <https://doi.org/10.5505/agri.2017.68815>
- Cheng, C., Cheung, M. W.-L., & Lo, B. C. Y. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health Psychology Review*, 10(4), 460–477. doi: 10.1080/17437199.2016.1219672
- De Vita, M. J. (2019). Pack-years of tobacco cigarette smoking as a predictor of spontaneous pain reporting and experimental pain reactivity. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. doi: 10.1037/pha0000258
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Usos, Abusos e Dependências, Tabagismo*. (Lisboa: Climepsi).

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2007). *Intervenções Breves: Tabaco - Manual técnico e Cd-Rom*. (1.^a ed.) Lisboa: Climepsi.
- Ferreira, P. L. (2000). *Qualidade em saúde - Criação da Versão Portuguesa da MOS SF-36*.
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 19(1), 3–13. doi: 10.1093/ntr/ntw140
- Glock, S., Müller, B. C. N., & Krolak-Schwerdt, S. (2013). Implicit associations and compensatory health beliefs in smokers: exploring their role for behaviour and their change through warning labels. *British Journal of Health Psychology*, 18(4), 814–826. doi: 10.1111/bjhp.12023
- Green, B. N., Johnson, C. D., Snodgrass, J., Smith, M., & Dunn, A. S. (2016). Association Between Smoking and Back Pain in a Cross-Section of Adult Americans. *Cureus*, 8(9), 13–14. doi: 10.7759/cureus.806
- Hayes, R. B., & Borrelli, B. (2013). Differences between latino daily light and heavier smokers in smoking attitudes, risk perceptions, and smoking cessation outcome. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(1), 103–111. doi: 10.1093/ntr/nts095
- Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research Notes*, 5(1), 703.
- King, J. L., Reboussin, B. A., Spangler, J., Ross, J. C., & Sutfin, E. L. (2018). Tobacco product use and mental health status among young adults. *Addictive Behaviors*, 77, 67–72. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.09.012
- Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: scale development and psychometric properties. *Psychology and Health*, 19(5), 607–624. doi: 10.1080/0887044042000196737
- Lassi, G., Taylor, A. E., Mahedy, L., Heron, J., Eisen, T., & Munafo, M. R. (2019). Locus of control is associated with tobacco and alcohol consumption in young adults of the avon longitudinal study of parents and children. *Royal Society Open Science*, 6(3). doi: 10.1098/rsos.181133
- Lawless, M. H., Harrison, K. A., Grandits, G. A., Eberly, L. E., & Allen, S. S. (2015). Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive Behaviors*, 51, 80–83. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.07.011

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* Springer publishing company. New York: Springer Publishing Company.
- Leite, A., Machado, A., Pinto, S., & Dias, C. M. (2017). Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48–56. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.09.003
- Nunes, Emilia, Candeias, A., Mendes, B., Pardal, C., Fonseca, J., Oliveira, L., ... & Vinagre, S. (2007). Cessação Tabágica - Programa tipo de atuação. *Direcção Geral de Saúde*, 1(1), 1–6. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Nunes, E., & Monteiro, L. (2017). *Para a Prevenção E. Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017*.
- Nunes, E., & Narigão, M. (2016). Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. In Direcção-Geral de Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- O'Donovan, G., Hamer, M., & Stamatakis, E. (2014). Relationships between exercise, smoking habit and mortality in more than 100,000 adults. *The Laryngoscope*, 2–31. doi: 10.1002/acr.2221
- Opalinski, A. S., Weglicki, L. S., & Gropper, S. S. (2017). Health habit: a concept analysis. *Nursing Forum*, 00(0), 50–60. doi:10.1111/nuf.12208
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Tobacco Use Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/tobacco/disparities/mental-illness-substance-use/index.htm>
- Rohleder, N. & Kirschbaum, C. (2006). The hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) Axis in habitual smokers: *International Journal of Psychophysiology*, 59(3), 236–243. doi:10.1016/j.ijpsycho.2005.10.012
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Rueggsegger, G. N., & Booth, F. W. (2003). Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 51(March), 2002–2003. doi:10.5152/tftrd.2014.33716

- Sormunen, J., Bäckmand, H. M., Sarna, S., Kujala, U. M., Kaprio, J., Dyba, T., & Pukkala, E. (2014). Lifetime physical activity and cancer incidence-A cohort study of male former elite athletes in Finland. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(5), 479–484. doi:org/10.1016/j.jsams.2013.10.239
- Stubbs, B., Veronese, N., Vancampfort, D., Prina, A. M., Lin, P. Y., Tseng, P. T., ... & Koyanagi, A. (2017). Perceived stress and smoking across 41 countries: a global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. *Scientific Reports*, 7(1), 1–8. doi: 10.1038/s41598-017-07579-w
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Saeki, K. (2019). The association between education and smoking prevalence, independent of occupation: a nationally representative survey in Japan. *Journal of Epidemiology*. doi:10.2188/jea.je20180195
- Tsourtos, G., Ward, P. R., Miller, E. R., Hill, K., Barton, C., Wilson, C. J., & Woodman, R. (2019). Does Resilience Moderate the Relationship Between Stress and Smoking Status? *Substance Use & Misuse*, 54(3), 412–425. doi: 10.1080/10826084.2018.1501066
- Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections on past behavior: a self-report index of ~ habit strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313–1330. doi: 10.1111/j.1559-1816.2003.tb01951.x
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170. doi:10.1177/109019817800600107
- World Health Organization. (2019). *Mpower: Offer help to quit tobacco use*. Retrieved from <http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/en/>

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

CRENÇAS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS TABÁGICOS EM ADULTOS PORTUGUESES

Quem é o responsável pelo estudo? Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projeto é coordenado pela Professora Bárbara Nazaré.

O que se pretende com este estudo? Há muitos fatores que influenciam a nossa saúde, sendo o mais importante aquilo que fazemos. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor as opiniões e decisões dos adultos portugueses em relação à sua saúde, focando especificamente o tabagismo. Deste modo, poderemos desenvolver ações de prevenção ou intervenção, com o objetivo de apoiar as pessoas que possam estar em maior risco de desenvolver problemas de saúde.

Quem pode participar no estudo? Todas as pessoas com 18 anos ou mais, de nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal. **Em que consiste a participação no estudo?** Trata-se de uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de questionários sobre as suas opiniões e comportamentos relacionados com a sua saúde. Esta tarefa dura cerca de 25 minutos. A participação no estudo não comporta custos nem é recompensada monetariamente. O único risco que pode advir da sua participação consiste na possibilidade de sentir stresse ou ansiedade, associados ao tópico do estudo. Se tal se verificar, poderá entrar em contacto com a investigadora responsável (Bárbara Nazaré: barbara.nazare@ulusofona.pt), que, se necessário, poderá orientá-lo/a para acompanhamento psicológico.

Que direitos têm os participantes? Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não terá consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados? Toda a informação recolhida será anónima e confidencial. Não será recolhida informação que permita identificar os participantes. Os dados obtidos serão destinados apenas a tratamento estatístico e analisados em grupo.

Como poderei entrar em contacto com a investigadora? Através de email: barbara.nazare@ulusofona.pt (Bárbara Nazaré). Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

☐ Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____