

JÉSSICA LILIANA RODRIGUES ABREU

**CRENÇAS, COMPORTAMENTOS E ESTADO DE
SAÚDE EM ADULTOS PORTUGUESES**

Orientadora: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

JÉSSICA LILIANA RODRIGUES ABREU

CRENÇAS, COMPORTAMENTOS E ESTADO DE SAÚDE EM ADULTOS PORTUGUESES

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 17 de janeiro de 2020, perante o júri nomeado pelo Despacho Reitoral *N.º 263/2019*, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Professora Doutora Ágata Salvador

Orientadora: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

Epígrafe

There is a natural and irrepressible tendency in the human mind to penetrate the mystery of the origin of living things.

Richard Owen, 1842

Dedicatória

Aos meus pais que, com muito amor, dedicação e apoio, não mediram esforços para que conseguisse concluir esta etapa!

Agradecimentos

Dedico este espaço a agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e que me incentivaram e ajudaram ao longo deste percurso!

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, a professora Doutora Bárbara Nazaré, por toda a dedicação, atenção e orientação. Obrigada por todo o incentivo e apoio no decorrer deste ano que foi repleto de trabalho, mas, principalmente, cheio de ânimo, pela possibilidade de partilhar conhecimentos consigo. Sem dúvida que foi uma pessoa muito importante para a concretização deste trabalho!

Agradeço também às minhas colegas de mestrado Maria, Margarida, Luiana, Sofia e Tatiana, pelos momentos bem passados, pelas risadas e pelas conquistas que conseguimos partilhar no decorrer deste mestrado. Um especial agradecimento à Maria e à Margarida, que acompanharam de perto este processo e sempre se mostraram companheiras, amigas e disponíveis. O vosso carinho fez-me, muitas vezes, sentir em casa!

À minha prima Micaela, agradeço o acolhimento na chegada à capital. Foi um percurso de altos e baixos, mas as conversas intermináveis, as sessões de estudo muito “produtivas” e os momentos de palhaçada ajudaram a ultrapassar as saudades que ambas sentíamos de casa.

Às minhas companheiras de vida, Tatiana, Joana e Carlota que, mesmo longe, sempre me motivaram e ajudaram. Ter amigas assim é fundamental! Obrigada por todo o apoio, por toda a alegria partilhada e, sobretudo, obrigada pela vossa amizade!

Agradeço também a ti, Carlos, pelo amor, pelos conselhos, pela compreensão, pela paciência e por todo o apoio! Nós sabemos que a realização desta etapa é também uma história de superação!

Agradeço igualmente às minhas irmãs, Sofia e Mariana, por toda a boa disposição, carinho e alegria transmitida nas nossas videochamadas!

O mais especial agradecimento vai para os meus pais. Obrigada pelo vosso amor, pela vossa total dedicação e investimento em mim! Obrigada por me permitirem sair da zona de conforto e por me apoiarem! Sem vocês, nada disto teria sido possível!

Desejo, por fim, um especial agradecimento a todos os que, não estando aqui referidos, estão no meu coração!

Resumo

A saúde é uma necessidade humana fundamental para o funcionamento dos indivíduos. Por existirem diversos fatores que influenciam a mesma, a Psicologia da Saúde procura compreender o papel das variáveis psicológicas na saúde. Assim, os objetivos desta investigação foram: descrever crenças, frequência de comportamentos relacionados com a saúde e estado de saúde; explorar a relação entre estas variáveis; e identificar preditores do estado de saúde. Os dados foram recolhidos através de uma plataforma online e em papel, através de questionários de autorresposta. O estudo foi transversal, com uma amostra de conveniência de 101 adultos da população portuguesa com idade média de 30.63 anos ($DP = 13.34$). Verificaram-se relações positivas entre a importância percebida e a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde. Identificaram-se também preditores do estado de saúde, nomeadamente, escolaridade, LC externo-acaso, frequência de passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro, importância percebida de lavar diariamente zona entre os dentes e importância percebida de passar tempo de qualidade com amigo próximo ou com o parceiro. Os resultados ressaltaram a relevância das crenças para o desempenho dos comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente crenças sobre a importância percebida de realizar comportamentos relacionados com a saúde.

Palavras-chave: Comportamentos relacionados com a saúde; Estado de saúde; Importância percebida de realizar comportamentos relacionados com a saúde; Locus de controlo relacionado com a saúde

Abstract

Health is a fundamental human need for the functioning of individuals. Because there are several factors that influence it, Health Psychology seeks to understand the role of psychological variables in health. Thus, the objectives of this investigation were: to describe beliefs, frequency of health-related behaviors and health status; explore the relationship between these variables; and identify predictors of health status. Data were collected through an online and paper platform through self-report questionnaires. The study was cross-sectional, with a convenience sample of 101 adults from the Portuguese population with a mean age of 30.63 years ($SD = 13.34$). Positive relationships were found between perceived importance and frequency of health-related behaviors. Predictors of health status were also identified, namely, education, chance-external LC, frequency of spending quality time with a close friend or partner, perceived importance of daily brushing between teeth and perceived importance of spending time quality with close friend or partner. The results highlighted the relevance of beliefs to the performance of health-related behaviors, including beliefs about the perceived importance of performing health-related behaviors.

Keywords: Health-related behaviors; Health condition; Perceived importance of performing health-related behaviors; Health related locus of control

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

APA – American Psychology Association

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

cont. – Continuação

cf. – Confirme

DGS - Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

e.g., - por exemplo

et. al., - colaboradores

LC – Locus de Controlo

M - Média

MCS – Modelo de Crenças em Saúde

MHLC-A - Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde – Forma A

N – Tamanho da amostra

p – Valor de significância estatística

PPIHB – Lista de Comportamentos Relacionados com a Saúde

r – Coeficiente da correlação de Pearson

R^2 – Coeficiente de determinação

SF-36v2 - Questionário do Estado de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

WHO - World Health Organization

α – Alfa de Cronbach

% - Percentagem

Índice Geral

Introdução	12
Estado de saúde.....	12
Comportamentos relacionados com a saúde	13
Locus de controlo relacionado com a saúde	15
Importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde	16
Método	19
Participantes.....	19
Medidas.....	20
Questionário sociodemográfico e clínico	20
PPIHB.....	20
MHLC - A	21
SF-36v2	21
Procedimentos.....	22
Análise estatística	22
Resultados	23
Discussão	30
Descrição das crenças, frequência de comportamentos e estado de saúde	30
Associações entre crenças, comportamentos e estado de saúde	33
Preditores do estado de saúde	37
Limitações.....	39
Estudos futuros	39
Implicações do estudo.....	40
Referências	42
Anexos.....	I
Anexo 1 – Consentimento informado	II

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas e correlações entre frequência e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde	24
Tabela 2. Correlações entre LC relacionado com a saúde, frequência e importância percebida	26
Tabela 3. Correlações entre estado de saúde, frequência e importância percebida.....	28
Tabela 4. Preditores da Dimensão Física do Estado de Saúde	29
Tabela 5. Preditores da Dimensão Mental do Estado de Saúde	29

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo Concetual do estudo	19
---	----

Introdução

Estado de saúde

A saúde é uma necessidade humana básica, fundamental para o bom funcionamento dos indivíduos e, consequentemente, da comunidade (Pourhoseinzadeh, Gheibizadeh, Moradikalboland, & Cheraghian, 2017).

Com a Segunda Revolução da Saúde, nos anos 70 (Matos, 2004), originou-se uma alteração dos sistemas de saúde, isto é, a passagem de um sistema de saúde reativo (centralizado no tratamento e prescrição) para um sistema de saúde proativo (centrado no utente e baseado na prevenção e promoção do comportamento saudável; Orji, Vassileva, & Mandryk, 2012). Nesta perspetiva, o indivíduo deixa de ser um agente passivo face ao adoecimento, tal como descrito no modelo biomédico (desenvolvido durante a primeira revolução da saúde), e passa a ocupar um papel de destaque, uma vez que os seus comportamentos são relevantes para a compreensão do seu estado de saúde (Barletta, 2010; Matos, 2004). O conceito de saúde não possui uma definição objetiva, variando ao longo do tempo e de acordo com as conceções vigentes de cada época (Portrait, Lindeboom, & Deeg, 2001). No entanto, uma das definições mais utilizadas é a referida pela World Health Organization (WHO) na conferência internacional de saúde de 1946, que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2014, p. 7). Esta definição marca a rutura com a dicotomia saúde/doença, realçando um retrato positivo e global da saúde incluindo diferentes áreas, referindo a interação corpo-mente e considerando simultaneamente o ambiente social (Graça, 2015).

O processo de saúde-doença é considerado dinâmico e multideterminado, sendo influenciado por diversas variáveis (Holden & Black, 1999). Neste sentido, a literatura refere que as variáveis que influenciam a saúde encontram-se subdivididas em três categorias: orgânicas (vírus, lesões), psicológicas/comportamentais (crenças, comportamentos) e ambientais e sociais (idade, etnia; Barletta, 2010). Neste sentido, em 2015, a Direção-Geral da Saúde (DGS), através de um estudo acerca de razões que influenciam o estado de saúde, mostrou que tanto fatores biomédicos (e.g., peso à nascença, peso corporal, pressão arterial, perfil lipídico, glicemia e estado imunitário) como fatores comportamentais (e.g., consumo de álcool, tabagismo, atividade física, hábitos alimentares, consumo de drogas, atividade sexual e vacinação) influenciam o estado de saúde.

O crescente aumento da investigação sobre os determinantes de saúde permitiu compreender a interação entre as variáveis biológicas, comportamentais e ambientais e o seu resultado no desenvolvimento de inúmeras condições de saúde e de doença nas populações. Esta interação é vista como responsável pela variabilidade dos estados de saúde, bem como das transformações que determinam a saúde dos indivíduos no presente que, consequentemente, terão efeitos no futuro (Ferreira & Santana, 2003). Desta forma, são considerados determinantes para a saúde ou para a doença acontecimentos que efetivamente produzem uma alteração na saúde. Existem fatores intrínsecos (biológicos, genéticos) e fatores extrínsecos (ambientais, sociais, comportamentais e físicos) que tornam os indivíduos mais suscetíveis à doença (Figueiredo, 2015).

Neste âmbito, a psicologia da saúde vê a saúde como a junção de fatores sociais, culturais e biológicos, abordando as suas interações e os efeitos provocados por essa interação (APA, 2018; Ribeiro & Leal, 1996). Assim, a principal finalidade da psicologia da saúde passa por compreender como as variáveis psicológicas/comportamentais podem influenciar a saúde dos indivíduos (Teixeira, 2004). O trabalho nesta área tem sido dedicado à promoção da saúde (Coleta, 2010), com o intuito de capacitar os indivíduos no geral e não apenas grupos de risco (Graça, 2015). A promoção da saúde atravessa, deste modo, todos os níveis da prevenção e parte do pressuposto de que os comportamentos constituem um fator de risco para a saúde, mas que podem ser alvo de intervenção e mudança. Assim, a promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre os seus determinantes de saúde e, concomitantemente, melhorar o seu estado de saúde (WHO, 1998).

Em suma, o estado de saúde resulta de uma associação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (Ministério da Saúde, 2018). Uma vez que os fatores comportamentais e ambientais são passíveis de mudança, o trabalho a estes níveis e a compreensão sobre a influência que exercem é fulcral para promover alterações positivas e, consequentemente, para melhorar o estado de saúde.

Comportamentos relacionados com a saúde

Os comportamentos relacionados com a saúde podem ser definidos como atividades realizadas com o propósito de melhorar a saúde e bem-estar ou de prevenir ou detetar a doença, independentemente do estado de saúde real ou percebido (Nudelman & Ivanova, 2018). Estes comportamentos protegem a pessoa da doença e incluem, por exemplo, fazer exercício físico, ter relações sexuais seguras, usar protetor solar, entre outros (Carter et al., 2007). Por outro

lado, os comportamentos que predispõem os indivíduos para a doença e que envolvem riscos diretos para a saúde, designados por comportamentos de risco ou prejudiciais à saúde, definem-se como qualquer atividade que pode colocar em risco, a curto ou a longo prazo, a saúde do indivíduo (Carter et al., 2007; Feijó & Oliveira, 2001). Estes comportamentos são frequentemente iniciados na infância e/ou adolescência e representam um grande risco para o desenvolvimento de doenças crónicas (Lopes, Mielke, & Silva, 2015).

Os comportamentos adotados pelo indivíduo e que fazem parte do seu estilo de vida têm implicações no estado de saúde, visto que podem causar mudanças biológicas diretas, levar à transmissão de ou proteção contra riscos e ainda à deteção e/ou tratamento precoce da doença (WHO, 2018a). Segundo a WHO (2018a), os fatores de risco comportamentais modificáveis podem levar a fatores de risco metabólicos, como pressão arterial aumentada ou excesso de peso/obesidade, originando assim problemas de saúde. Desta forma, os fatores comportamentais estão implicados na etiologia e gestão das doenças agudas e crónicas e são cruciais para os resultados de saúde (Nudelman & Ivanova, 2018).

Os comportamentos (e.g., fumar, ingerir álcool) podem estar na origem de diferentes doenças (e.g., cancro em diferentes localizações, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares; Carvalho, Alves, & Monteiro, 2015), sendo que o tabagismo constitui a principal causa evitável de doença (WHO, 2018b) e mortalidade (causando uma morte a cada 4 segundos, o que equivale a oito milhões de mortes por ano; WHO, 2019a). Adicionalmente, o Retrato da Saúde 2018 do Ministério da Saúde refere as doenças cérebro cardiovasculares e oncológicas como as principais causas de morte em Portugal, resultando, em parte, de comportamentos prejudiciais à saúde (e.g., má alimentação e falta de exercício físico).

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento crescente nos problemas de saúde relacionados com o estilo de vida e comportamentos adotados pelos indivíduos, nomeadamente, doenças cardiovasculares (17,7 milhões de mortes mundiais por ano), cancro (8,8 milhões de mortes mundiais por ano), doenças respiratórias crónicas (9,9 milhões de mortes mundiais por ano) e diabetes (1,6 milhões de mortes mundiais por ano; WHO, 2018a). Estes diagnósticos constituem condições crónicas de saúde, visto que progridem de forma lenta, prolongando-se por períodos extensos (WHO, 2018a). Ter uma doença crónica traz implicações ao nível físico e psicológico no quotidiano, na qualidade de vida e, consequentemente, no bem-estar do indivíduo (DGS, 2015).

De acordo com a DGS, os “comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a saúde individual e coletiva, uma vez que constituem um denominador comum a praticamente todas as doenças crónicas não transmissíveis” (DGS, 2015, p. 8). Desta forma, os profissionais de diversas áreas visam promover a adoção de um estilo de vida saudável (Nudelman & Ivanova, 2018). Uma das prioridades da WHO passa por melhorar a saúde através da implementação de estilos de vida saudáveis (Pourhoseinzadeh et al., 2017), dado que os comportamentos saudáveis podem diminuir o risco de doenças crónicas e, quanto mais comportamentos saudáveis o indivíduo tiver, menor será o risco para a sua saúde em geral (Ufholz & Harlow, 2017).

Locus de controlo relacionado com a saúde

Os comportamentos relacionados com a saúde são um dos determinantes da saúde. Para promover estilos de vida saudáveis, é essencial conhecer as variáveis que influenciam os comportamentos adotados pelos indivíduos. Neste sentido, uma variável que tem sido alvo de diversos estudos e demonstrado relevância é o locus de controlo (LC). Este conceito deriva da teoria da aprendizagem social de Bandura (1977) e consiste na perceção desenvolvida pelo indivíduo acerca da origem e controlo sobre as situações que experiencia (Reis, Pires, & Silva, 2017).

Rotter (1966) desenvolveu o conceito de LC, no âmbito da sua teoria da aprendizagem social, como um construto unidimensional que correspondia à expectativa generalizada de alguém sobre a sua capacidade de controlar os acontecimentos, variando entre LC interno e LC externo. Mais tarde, Levenson (1974) defendeu a multidimensionalidade deste construto, postulando as três dimensões atuais do LC (interno, externo -acaso, externo – outros poderosos).

O conceito de LC foi aplicado à saúde por Wallston (1982) e corresponde às crenças que os indivíduos têm sobre o controlo da sua saúde, isto é, o grau de controlo que os indivíduos acreditam possuir sobre a sua saúde (Berglund, Lytsy, & Westerling, 2014), que decorre de experiências anteriores relacionadas com a saúde (Pourhoseinzadeh et al., 2017). A importância do LC prende-se com o objetivo de envolver os indivíduos nos seus próprios cuidados e/ou fazer com que assumam maior responsabilidade pela sua saúde, através da adoção de comportamentos que promovam a mesma (Wallston, 1982).

Destacam-se três tipos de LC na saúde: interno, externo – acaso e externo – outros poderosos (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). O primeiro tipo corresponde à crença de que a saúde é determinada pelas próprias ações e comportamentos do indivíduo. Alguns

indivíduos acreditam que os seus resultados de saúde são determinados pela sorte, acaso ou destino (LC externo – acaso) ou pela ação de agentes importantes como a família, amigos e profissionais de saúde (LC externo – outros poderosos; Wallston, et al., 1978).

Diversos estudos mostram que o LC interno está associado a variáveis importantes para o sistema de saúde global e para o cuidado de saúde em particular (Lau, 1982). Indivíduos com LC interno estão mais propensos a procurar conhecimento sobre as doenças, apresentam maior capacidade para deixar de fumar e para perder peso e aderem mais às medidas de proteção rodoviária (e.g., uso do cinto de segurança), ou seja, adotam mais comportamentos relacionados com a saúde (Lau, 1982). Adicionalmente, indivíduos com LC interno são mais propensos a usar ativamente estratégias de enfrentamento focadas na resolução de problemas (Kretchy, Owusu-Daaku, & Danquah, 2014) e têm maior probabilidade de seguir as recomendações relacionadas com a saúde (e.g., peso adequado, abstinência tabágica, exercício físico, realização de testes preventivos e visita regular a médicos), comparativamente aos que têm LC externo (Pourhoseinzadeh et al., 2017).

É importante ressaltar que os indivíduos possuem uma tendência de funcionamento integrada num contínuo representado pelas dimensões de LC interno e externo acaso e outros poderosos. Apesar de se valorizar o LC interno, em alguns casos, o mesmo pode conduzir a sentimentos intensos de culpa (Marreiros, 2009), isto é, uma vez que o indivíduo se vê como o único responsável pelos seus problemas, acredita também que a solução só poderá vir de si próprio (Rotter, 1966). A título de exemplo, para um indivíduo com doença crónica (e.g., diabetes), seria mais adaptativo apresentar níveis elevados tanto de internalização como de externalização - outros poderosos (Almeida & Pereira, 2006). Deste modo, o indivíduo conseguiria efetuar uma “melhor utilização dos seus recursos pessoais, bem como dos conselhos e indicações fornecidas pelos profissionais de saúde que os acompanham” (Almeida & Pereira, 2006, parágrafo 15). Assim, apesar de a predominância do LC interno ser a situação mais desejável (Brito, Mondelo, & Remor, 2018), visto estar associada ao desempenho de mais comportamentos relacionados com a saúde (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011), não implica necessariamente que o indivíduo irá aderir efetivamente aos comportamentos necessários numa determinada condição (Almeida & Pereira, 2006).

Importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde

Os fatores que influenciam as decisões relacionadas com a saúde têm sido agregados em diversos modelos e teorias do comportamento relacionado com a saúde, de que são

exemplos o modelo de crenças em saúde (MCS; Rosenstock, 1966), o modelo transteórico (Prochaska et al., 1992) e a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991; Couto, 1998). Estes modelos pressupõem que a mudança no comportamento relacionado com a saúde ocorre através de processos reflexivos que são indexados pelas atitudes, crenças e objetivos explícitos dos indivíduos (Sheeran et al., 2016).

O MCS, desenvolvido na década de 1950 para investigar a razão de os indivíduos não adotarem medidas de prevenção na saúde, continua a ser um dos modelos de comportamento relacionado com a saúde mais conhecidos e mais frequentemente utilizados na previsão, compreensão e mudança de comportamentos relacionados com a saúde e na conceção e avaliação de intervenções comportamentais em saúde (Brito, Mondelo, & Remor, 2018; Orji et al., 2012). O MCS postula que a probabilidade de um indivíduo se envolver num comportamento relacionado com a saúde é determinada fundamentalmente por cinco variáveis psicológicas: percepção de suscetibilidade relativamente a uma determinada doença; percepção da gravidade dessa doença; percepção dos benefícios de certas ações/comportamentos; percepção dos obstáculos à realização desses comportamentos; e pistas para a ação (Couto, 1998; Li et al., 2015). Ou seja, o MCS sugere que a crença na eficácia de um comportamento proposto irá prever a probabilidade de esse comportamento ocorrer efetivamente (Santos, Kislaya, & Nunes, 2015).

No entanto, alguns estudos referem que, apesar de as variáveis do MCS informarem e preverem vários comportamentos com impacto na saúde (Orji et al., 2012), estas explicam apenas mudanças modestas na saúde e pouca mudança no caso de comportamentos habituais (Sheeran et. al., 2016). Neste sentido, diversas pesquisas tentaram incluir novas variáveis no MCS, com o intuito de identificar determinantes mais fortes do comportamento relacionado com a saúde que fossem transversais a diferentes áreas da saúde. Por exemplo, um estudo realizado por Orji et al. (2012) teve como objetivo estender o MCS para que pudesse ser aplicado em vários domínios da saúde. Os autores incluíram quatro novas variáveis como determinantes do comportamento saudável: autoidentidade, importância percebida de realizar comportamentos relacionados com a saúde, consideração de consequências futuras e preocupação com aparência. Este novo modelo foi testado no âmbito da alimentação saudável e demonstrou um aumento da capacidade preditiva de 78%, comparativamente ao modelo original.

No que respeita, mais especificamente, à variável importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde, que se refere à magnitude do valor que um indivíduo atribui ao resultado de um determinado comportamento, o estudo de Orji e colaboradores (2012) revelou que esta pode ser considerada um determinante significativo do comportamento saudável. Ao contrário da percepção dos benefícios do MCS, a importância percebida não é necessariamente avaliada com base na sua capacidade de prevenir a ameaça, mas sim na relevância/valor que o indivíduo atribui à realização de um comportamento (Orji et al., 2012). Deste modo, a importância percebida pode ser definida como o impacto ou o efeito percebido pelo indivíduo de um dado comportamento na sua saúde (Orji et al., 2012).

Nudelman e Ivanova (2018) exploraram a relação entre a importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde e a respetiva frequência. Os resultados revelaram que níveis mais altos de importância percebida estavam relacionados com envolvimento mais frequente em comportamentos relacionados com a saúde. Esta associação variou consoante cada comportamento: por exemplo, a associação foi mais forte para comportamentos como ir para o ar livre e estar na natureza, limpar os dentes, aumentar o conhecimento em saúde e passar tempo com uma pessoa próxima. A associação foi mais fraca, mas igualmente significativa, para os diversos tipos de exercícios (moderado, vigoroso e força) e para o consumo de álcool. No entanto, para o comportamento dormir pelo menos 7 horas por noite, a correlação não foi significativa. Em suma, a importância percebida revelou-se, no geral, um fator preditor da frequência de comportamentos relacionados com a saúde e, consequentemente, da saúde em geral e, por isto, deve ser introduzida em mais estudos no campo da saúde (Nudelman & Ivanova, 2018). Relativamente a esta variável, não encontramos estudos que a associem ao LC relacionado com a saúde, pelo que a presente investigação trará um contributo a este nível, na medida em que explorará a sua relação.

Assim, tendo por base a revisão de literatura, é expectável que o estado de saúde dos indivíduos seja influenciado diretamente pelos comportamentos relacionados com a saúde e indiretamente pelas crenças relacionadas com a saúde (i.e., LC relacionado com a saúde e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde; cf. Figura 1).

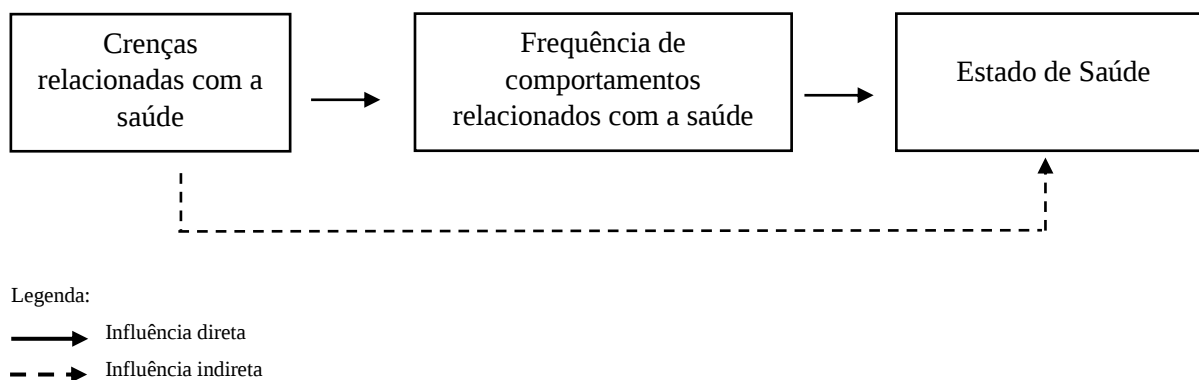


Figura 1. Modelo Conceitual do estudo.

Objetivos

Os comportamentos dos indivíduos são cruciais para o seu processo saúde-doença. Com base na revisão de literatura, os comportamentos são influenciados por crenças, nomeadamente de LC e de importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde. Esta última variável tem sido pouco estudada e, que se saiba, não foi anteriormente introduzida em investigações realizadas em Portugal. Neste sentido, o presente estudo, realizado com uma amostra de adultos portugueses, tem como objetivos: 1) descrever crenças (LC relacionado com a saúde e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde), frequência de comportamentos relacionados com a saúde e estado de saúde; 2) explorar a relação entre crenças (LC relacionado com a saúde e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde), frequência de comportamentos relacionados com a saúde e estado de saúde; e 3) identificar preditores do estado de saúde.

Método

Participantes

Todos os participantes eram adultos de nacionalidade portuguesa, residentes em Portugal e com capacidade para ler e escrever em português. Os 101 participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e 73 anos ($M = 30.63$, $DP = 13.34$), sendo 72 do sexo feminino (71.3 %) e 29 do sexo masculino (28.7 %). No que concerne à situação profissional, a amostra incluiu 44 estudantes (43.6%), 33 trabalhadores (32.7%), 11 trabalhadores-estudantes (10.9%) e 13 (12.8%) pessoas noutras situações. Quanto ao estado civil, a amostra constituiu-se maioritariamente por solteiros ($n = 72$; 71.3%), seguindo-se casados ou em união de facto ($n =$

26; 25.7%) e, por fim, separados ou divorciados ($n = 3$; 3.0%). Relativamente à escolaridade, a média foi de 14.6 anos ($DP = 3.27$). Quanto ao estado de saúde, 23 participantes tinham doença física ou psiquiátrica (16 com diagnóstico físico, quatro com diagnóstico psiquiátrico e três não especificaram o tipo de diagnóstico), 20 dos quais realizavam tratamento para a mesma.

Medidas

Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico e clínico e mais três instrumentos de autorresposta: Lista de comportamentos relacionados com a saúde (PPIHB; Nudelman & Ivanova, 2018), Escala Multidimensional de Locus de Controlo Relacionado com a Saúde – Forma A (MHLC-A; Cardoso, 2017) e Questionário do Estado de Saúde - SF-36v2 (Ferreira & Santana, 2003).

Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário foi construído para avaliar os dados sociodemográficos e clínicos (e.g., sexo, idade, nacionalidade, escolaridade, estado civil, diagnóstico de doença física e/ou psiquiátrica) através de 16 questões.

PPIHB

Esta lista, compilada por Nudelman e Ivanova (2018) e traduzida por Nazaré (2018), inclui 22 comportamentos relacionados com a saúde recomendados pela WHO, Health National Institute e American Heart Association. A lista inclui ainda uma recomendação recente de um estudo realizado por Diaz et al. (2017): levantar-se quando está sentado mais de 60 minutos seguidos (Nudelman & Ivanova, 2018).

Os participantes indicaram a frequência com que realizavam os comportamentos (de 1 - *Nunca* a 5 - *Sempre*) e avaliaram o impacto percebido desses comportamentos na sua saúde (de 1 - *Impacto muito baixo* a 5 - *Impacto muito alto*; Nudelman & Ivanova, 2018). Importa ressaltar que Nudelman e Ivanova (2018) não avaliaram as características psicométricas desta medida, uma vez que se constitui como uma lista de recomendações. Em Portugal, também não estão avaliadas as características psicométricas desta lista. No presente estudo, realizou-se uma análise de consistência interna para os itens que dizem respeito à frequência e à importância percebida, cujos resultados foram $\alpha = .73$ e $\alpha = .85$, respetivamente.

MHLC - A

O MHLC- A integra três dimensões: LC Interno, LC Externo - Acaso e LC Externo – Outros Poderosos e pode ser aplicado a indivíduos saudáveis e não-saudáveis, com o objetivo de avaliar as crenças que têm sobre o controlo da sua saúde. Cada dimensão tem 6 itens, resultando num total de 18 itens (Wallston et al., 1978). Apesar de as três subescalas poderem correlacionar-se, avaliam tipos de LC distintos e, por isso, não existe uma pontuação total. A escala de resposta é de tipo Likert, com seis opções de resposta que variam de 1 (*Discordo totalmente*) a 6 (*Concordo totalmente*). Os resultados obtêm-se através da média dos 6 itens de cada dimensão, sendo que, quanto maior a média, maior a crença de que essa dimensão controla a saúde (Cardoso, 2017; Rock et al., 1987). A escala apresentou boas propriedades psicométricas, tanto na versão original ($\alpha > .70$ nas três dimensões; Wallston et al., 1978) como num estudo realizado com uma amostra portuguesa ($\alpha > .60$ nas três dimensões; Cardoso, 2017). No presente estudo, os valores de consistência interna foram de .76 (LC Interno), .59 (LC Externo – Outros Poderosos) e .63 (LC Externo – Acaso). Uma vez que o valor do alfa de Cronbach para o fator LC Externo – Outros Poderosos é inaceitável (DeVellis, 2017), não se utilizou este fator nas análises realizadas.

SF-36v2

O questionário SF-36v2 é um indicador genérico do estado de saúde físico e mental da população geral. Permite medir oito subdimensões em saúde, nomeadamente: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Desempenho Emocional, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental. As quatro primeiras subdimensões correspondem à Dimensão Física e as restantes quatro à Dimensão Mental (Ferreira & Santana, 2003). Estas dimensões identificam os estados positivos e negativos da saúde através de 36 itens. A escala de resposta é do tipo Likert sendo que, em alguns itens, a escala varia de 1 (*Sim, estou muito limitado(a)*) a 3 (*Não estou nada limitado(a)*; e.g., item 3a), noutros de 1 (*Sempre*) a 5 (*Nunca*; e.g., item 4a) e de 1 (*Nenhuma*) a 6 (*Muito fortes*; e.g., item 7). Cada uma das oito subdimensões de saúde é classificada de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível; Severo et al., 2006; Silva, 2010) e os valores utilizados são os correspondentes às duas dimensões (Física e Mental) que são calculadas com base na fórmula apresentada no documento de trabalho da criação da versão portuguesa do MOS SF-36 (Ferreira, 1998). O instrumento está validado para a população portuguesa por Ferreira (2000) e a versão utilizada é a SF-36v2 (Ferreira & Santana, 2003), cuja diferença face à primeira versão consiste nas escalas de resposta nos itens 4, 5 e 9. O estudo de 2006 de Severo e colaboradores mostrou que o

instrumento possui boas propriedades psicométricas tanto na dimensão Saúde Física ($\alpha = .82$) como na dimensão Saúde Mental $\alpha = .87$ (Severo et al., 2006). A consistência interna no presente estudo foi de $\alpha = .92$ para a Dimensão Mental e $\alpha = .90$ para a Dimensão Física.

Procedimentos

Este projeto foi submetido e aprovado em dezembro de 2018 pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT).

Trata-se de uma investigação com um desenho metodológico quantitativo transversal. Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2018 e maio de 2019. O protocolo de investigação foi disponibilizado numa plataforma online (<https://parentalidade.typeform.com/to/K0LnUm>) e divulgado através de e-mail e das redes sociais. O protocolo foi também disponibilizado em papel para recolha de dados presencial, recorrendo aos contactos pessoais dos investigadores. Assim, tratou-se de amostragem por conveniência. Previamente à apresentação dos questionários, foi distribuído o consentimento informado, que incluiu a metodologia e objetivos do estudo, bem como a garantia de confidencialidade dos dados (Anexo 1).

Análise estatística

Os dados foram introduzidos e analisados no programa de análise quantitativa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Previamente à realização das análises pretendidas, foram calculados os valores de consistência interna dos instrumentos através do alfa de Cronbach. Relativamente ao primeiro objetivo, calcularam-se estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão). Para o segundo objetivo, foram calculadas correlações de Pearson, tendo sido considerados, para a classificação do tamanho de efeito, os valores de Cohen (1988; $.1 < r < .3$: pequeno; $.3 < r < .5$: médio; $r > .5$: grande). Para o terceiro objetivo, foram usadas regressões múltiplas hierárquicas com três blocos cujas classificações de efeito foram avaliadas recorrendo aos valores de Cohen (1988; $.02 < R^2 < .13$: pequeno; $.13 < R^2 < .26$: médio; $R^2 > .26$: grande). No primeiro bloco, foram introduzidas variáveis sociodemográficas (sexo, idade e anos de escolaridade); no segundo bloco, as crenças e, no terceiro bloco, os comportamentos. No segundo e no terceiro blocos, apenas foram introduzidas as variáveis correlacionadas com o estado de saúde.

Resultados

Relativamente ao primeiro objetivo, e começando pelo LC relacionado com a saúde, a média do LC interno foi superior à do LC externo – acaso. Apesar de não existir uma classificação objetiva, tendo em consideração as pontuações mínima e máxima, o LC interno apresentou valores tendencialmente altos ($M = 4.35$; $DP = .91$) enquanto o LC externo-acaso revelou valores tendencialmente baixos ($M = 2.26$; $DP = .81$).

Relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde, em geral, os valores médios foram tendencialmente altos para as duas subescalas (cf. Tabela 1). No que concerne à importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde, as médias (numa escala de 1 a 5) estiveram maioritariamente acima de 4, indicando que os indivíduos atribuem importância elevada à realização de comportamentos relacionados com a saúde. Os comportamentos percebidos como mais importantes ($M \geq 4.65$) foram: dormir num ambiente agradável e relaxante; fazer refeições regularmente; reservar tempo para descansar e diminuir o stresse; dormir no mínimo 7 horas por noite; e não fumar tabaco. Quanto à frequência, sete dos comportamentos estavam abaixo da média ($M \leq 3$) sendo que, de uma forma geral, os valores foram tendencialmente mais baixos do que na variável importância percebida. Estes valores são indicadores de que os indivíduos não desempenham, com elevada frequência, comportamentos que consideram importantes para a sua saúde. Os comportamentos com maior frequência foram: aderir a medidas de segurança rodoviária; dormir num ambiente agradável e relaxante; fazer refeições regularmente; e não fumar tabaco.

No que diz respeito às dimensões do estado de saúde, a dimensão física apresentou uma média superior ($M = 82.04$; $DP = 15.21$) à dimensão mental ($M = 63.89$; $DP = 16.41$). Ambos os valores revelaram uma perceção positiva do estado de saúde.

Tabela 1

Estatísticas descritivas e correlações entre frequência e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde

	Frequência		Importância percebida		Correlações entre frequência e importância
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Aderir a medidas de segurança rodoviária	4.17	.83	4.45	.82	.38**
Lavar diariamente as zonas entre os dentes	3.27	1.22	4.40	.88	.39**
Dormir num ambiente agradável e relaxante	4.15	1.00	4.65	.61	.41**
Fazer refeições regularmente	4.37	.98	4.68	.53	.23*
Limpar o quarto/casa	3.74	.93	4.24	.83	.57**
Beber, no máximo, uma bebida alcoólica por dia (mulheres) ou duas bebidas alcoólicas por dia (homens)	1.94	1.15	3.63	1.28	.05
Reservar tempo para descansar e diminuir o stresse	3.56	.95	4.65	.62	.23*
Dormir, no mínimo, 7 horas por noite	3.68	1.04	4.65	.66	.19
Criar ambiente de trabalho agradável	3.96	.84	4.48	.67	.44**
Levantar-se após passar 60 minutos seguidos sentado	3.18	1.17	3.91	.91	.39**
Tentar encontrar um sentido para a vida	3.92	1.05	4.23	.98	.69**
Proteger-se do sol	3.53	1.14	4.58	.77	.43**
Passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro, pelo menos duas vezes por semana	3.77	1.11	4.43	.73	.30**
Ir para o exterior e estar na natureza	3.58	.92	4.52	.74	.29**

Tabela 1

Estatísticas descritivas e correlações entre frequência e importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde (cont.)

	Frequência		Importância Percebida		Correlações entre frequência e importância
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Aumentar o conhecimento acerca de questões de saúde	3.38	1.11	4.11	.89	.50**
Comer cinco peças de fruta ou vegetais por dia	2.95	1.20	4.39	.80	.26**
Escolher cereais integrais ricos em fibra	2.96	1.33	3.93	1.01	.55**
150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana	2.95	1.46	4.46	.84	.34**
Exercícios de força 2 ou mais dias por semana	2.66	1.49	4.34	.82	.28**
75 minutos de atividade aeróbica vigorosa por semana	2.22	1.39	4.19	.98	.23*
Diminuir a exposição à radiação dos telemóveis	2.54	1.05	3.97	1.08	.23*
Não fumar tabaco	3.99	1.53	4.68	.89	.42**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Para quase todos os comportamentos, foram encontradas correlações positivas entre a importância percebida e a frequência, cujo tamanho do efeito variou consoante o comportamento (cf. Tabela 1). As associações de efeito grande foram as dos comportamentos limpar o quarto/casa, aumentar o conhecimento acerca de questões de saúde, tentar encontrar um sentido para a vida e escolher cereais integrais ricos em fibra. Os comportamentos beber, no máximo, uma bebida alcoólica por dia (mulheres) ou duas bebidas alcoólicas por dia (homens) e dormir no mínimo 7 horas por noite não se associaram ao nível da frequência e importância.

A Tabela 2 mostra as correlações estatisticamente significativas entre o LC relacionado com a saúde, a importância percebida e a frequência de comportamentos relacionados com a saúde. Relativamente ao LC interno, observou-se uma predominância de correlações positivas de efeito pequeno com a importância percebida e apenas uma correlação de efeito pequeno com a frequência (aumentar o conhecimento sobre questões de saúde). Estes resultados mostram que a importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde tende a estar associada ao LC interno. No que concerne ao LC externo-acaso, foram encontradas três correlações negativas com a importância percebida e nenhuma com a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde. Por último, apenas o LC externo-acaso se associou ao estado de saúde, na dimensão física ($r = -.28, p < .01$).

Tabela 2

Correlações entre LC relacionado com a saúde, frequência e importância percebida

	LC interno		LC externo - acaso	
	Frequência	Importância	Frequência	Importância
Aderir a medidas de segurança rodoviária				-.22*
Dormir num ambiente agradável e relaxante		.21*		
Fazer refeições regularmente		.20*		
Limpar quarto/casa		.26**		
Reservar algum tempo para descansar e diminuir o stress		.25*		
Dormir, no mínimo, 7h por noite		.27**		
Levantar-se após passar 60 minutos seguidos sentado		.21*		
Ir para o exterior e estar na natureza		.33**		
Aumentar o conhecimento acerca de questões de saúde	.20*			
Comer cinco peças de fruta ou vegetais por dia		.42**		

Tabela 2

Correlações entre LC relacionado com a saúde, frequência e importância percebida (cont.)

	LC interno		LC externo - acaso	
	Frequência	Importância	Frequência	Importância
Escolher cereais integrais ricos em fibra		.40**		- .21*
150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana		.24*		-.21*
Fazer exercícios de força, 2 ou mais dias por semana		.39**		
75 minutos de atividade aeróbica vigorosa por semana		.23*		
Diminuir a exposição radiação dos telemóveis		.22*		
Não fumar tabaco		.36**		

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

A Tabela 3 mostra as correlações estatisticamente significativas entre o estado de saúde, a frequência e a importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde. As correlações foram positivas e o tamanho do efeito variou consoante o comportamento, de pequeno a médio. Na dimensão física, verificaram-se apenas duas correlações (dormir num ambiente agradável e relaxante e passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro), mostrando que, para a maioria dos comportamentos, a saúde física não se relacionou com a frequência nem com a importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde. Na dimensão mental, foram encontradas associações maioritariamente com a frequência dos comportamentos, existindo diversos comportamentos relacionados com mais saúde mental (e.g., lavar diariamente zona entre os dentes, dormir num ambiente agradável e relaxante). Quanto à importância percebida, apenas dois comportamentos se associaram à dimensão mental (aderir a medidas de segurança rodoviária e lavar diariamente zona entre os dentes), não havendo relação para a maioria dos comportamentos.

Tabela 3

Correlações entre estado de saúde, frequência e importância percebida

	Dimensão Física		Dimensão Mental	
	Frequência	Importância	Frequência	Importância
Aderir a medidas de segurança rodoviária				.24*
Lavar diariamente zona entre os dentes			.24*	.33**
Dormir num ambiente agradável e relaxante		.20*	.30**	
Limpar quarto/casa			.23*	
Reservar algum tempo para descansar e diminuir o stress			.29**	
Dormir, no mínimo, 7h por noite			.22*	
Criar ambiente de trabalho agradável			.20*	
Passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro, pelo menos duas vezes por semana.	.24*		.28**	

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Com base nas correlações, foram seleccionadas as variáveis a incluir nas análises de regressão. Para a dimensão física, o modelo apresentou um efeito médio ($F(6, 93) = 4.35$, $p < .05$; $R^2 = .22$). A tabela 4 mostra que os anos de escolaridade e a frequência de passar tempo de qualidade com um amigo ou parceiro são preditores positivos da dimensão física do estado de saúde; adicionalmente, o LC externo – acaso é um preditor negativo.

Tabela 4
Preditores da Dimensão Física do Estado de Saúde

	<i>B</i>	<i>EP</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo	5.09	3.25	.15	1.56	.12
Idade	.01	.11	.01	.12	.90
Anos de escolaridade	.95	.45	.20	2.10	.04*
LC externo – acaso	- 5.28	1.85	- .27	- 2.86	.005*
Importância percebida de dormir num ambiente agradável e relaxante	3.15	2.47	.13	1.27	.21
Passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro, pelo menos duas vezes por semana.	2.83	1.29	.21	2.190	.03*

Para a dimensão mental, o modelo apresentou um efeito grande ($F(12, 87) = 3.99, p < .001; R^2 = .36$). A tabela 5 mostra que os anos de escolaridade, a importância percebida de lavar diariamente zona entre os dentes e a frequência de passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro são preditores positivos da dimensão mental do estado de saúde.

Tabela 5
Preditores da Dimensão Mental do Estado de Saúde

	<i>B</i>	<i>EP</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo	5.21	3.31	.15	1.57	.12
Idade	.14	.12	.11	1.16	.25
Anos de escolaridade	1.30	.48	.26	2.68	.009*
Importância percebida de aderir a medidas de segurança rodoviária	1.86	1.89	.094	.98	.33
Importância percebida de lavar diariamente zona entre os dentes	5.81	1.80	.32	3.23	.002*
Lavar diariamente zona entre os dentes	.65	1.38	.05	.47	.64

Tabela 5

Preditores da Dimensão Mental do Estado de Saúde (cont.)

	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Dormir num ambiente agradável e relaxante	1.57	1.72	.097	.91	.37
Limpar quarto/casa	1.55	1.88	.09	.82	.41
Reservar tempo para descansar e diminuir o stress	1.79	1.82	.10	.99	.33
Dormir, no mínimo, 7h por noite	2.94	1.56	.19	1.89	.06
Criar ambiente de trabalho agradável	- 2.46	2.26	- .13	- 1.09	.28
Passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro, pelo menos duas vezes por semana.	3.35	1.49	.23	2.26	.03*

Discussão

As doenças crónicas têm um impacto significativo nas economias nacionais, entre outros fatores, pela diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e dos encargos com a saúde (Ministério da Saúde, 2018). O interesse em comportamentos com impacto importante na saúde e bem-estar baseia-se em duas suposições: (a) uma proporção significativa da mortalidade resultante das principais causas é causada pelo comportamento dos indivíduos, e (b) esse comportamento é modificável (Conner & Norman 2015). Adicionalmente, a perceção do indivíduo relativa ao controlo que pode “exercer sobre o seu comportamento em geral e sobre o seu estado de saúde em particular” (parágrafo 3) é vista como um determinante preponderante das atitudes relativas à saúde (Almeida & Pereira, 2006). Assim, os objetivos deste estudo foram: 1) descrever as crenças (LC relacionado com a saúde e importância percebida), a frequência de comportamentos relacionados com a saúde e o estado de saúde; 2) explorar a relação entre as crenças, os comportamentos e o estado de saúde; e, por fim, 3) identificar possíveis preditores do estado de saúde, numa amostra de adultos portugueses.

Descrição das crenças, frequência de comportamentos e estado de saúde

As crenças de LC relacionado com a saúde são um grande foco de diversos estudos no âmbito da psicologia da saúde (Almeida & Pereira, 2006). A dimensão interna do LC relacionado com a saúde é considerada mais adaptativa, na medida em que pode estar

positivamente relacionada com o desempenho de comportamentos saudáveis (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). Em termos médios, a nossa amostra apresentou valores superiores de LC interno relativamente ao LC externo - acaso. Com o passar do tempo, os indivíduos atribuem reconhecimento mais alto a fontes externas de controlo (Lachman, 1986) devido ao aumento da consciencialização das limitações pessoais para lidar com situações percebidas como menos controláveis à sua própria ação (Lachman et al., 2011). No entanto, os adultos tendem a manter, ao longo dos anos, um grau de internalidade, sendo que, a partir dos 30 anos, o mesmo mantém-se estável no decorrer da fase adulta, sofrendo um pequeno decréscimo após os 60 anos (Lao, 1974). As experiências de vida resultam também num aumento do domínio e competência do indivíduo no decorrer da sua maturação, o que levará a um maior sentimento de controlo (Reis, Pires, & Silva, 2017). O facto de a amostra ser constituída por adultos com idade média de 30 anos, pode justificar que os valores de LC relacionado com a saúde sejam superiores para a dimensão interna.

No que concerne à importância percebida, foi notória a valorização que os participantes atribuíram à realização dos comportamentos relacionados com a saúde, sendo que todos os comportamentos apresentaram valores médios elevados. No estudo de Nudelman & Ivanova (2018), autores da lista dos comportamentos relacionados com a saúde utilizada, os valores encontrados vão ao encontro dos da presente investigação.

Quanto à frequência dos comportamentos relacionados com a saúde, os valores encontrados revelaram que aderir a medidas de segurança rodoviária, dormir num ambiente agradável e relaxante e fazer refeições regularmente foram os comportamentos apontados como os mais realizados, o que vai ao encontro da literatura (Nudelman & Ivanova, 2018).

O tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a dieta saudável e a atividade física são os comportamentos com maior foco nas diversas investigações (Conner & Normam, 2017) e são também, segundo a WHO (2019b), os fatores comportamentais com maior impacto na saúde. Os resultados encontrados revelaram valores baixos no desempenho de diferentes comportamentos relacionados com a saúde, incluindo em três dos comportamentos mais estudados: beber, no máximo, uma bebida alcoólica por dia (mulheres) ou duas bebidas alcoólicas por dia (homens); comer cinco peças de fruta ou vegetais por dia; escolher cereais ricos em fibra e qualquer atividade física (moderada, vigorosa e exercícios de força). Assim, é pertinente focar estes comportamentos no âmbito de intervenções que promovam a saúde.

Os valores da frequência dos comportamentos relacionados com a saúde foram tendencialmente mais baixos do que os da importância percebida, indicando que os indivíduos não desempenham, com elevada frequência, comportamentos que consideram importantes para a sua saúde. Considerando, por exemplo, o consumo excessivo de álcool, os indivíduos atribuíram importância para a saúde ao consumo moderado de bebidas alcoólicas, mas não se comportam de forma congruente. É de salientar que, em 2009, a taxa de mortalidade em Portugal devida a doenças relacionadas com o álcool, em indivíduos com menos de 65 anos, foi de 12.9 óbitos por cada 100.000 habitantes (DGS, 2013). Outro exemplo diz respeito ao exercício físico: apesar de ser apontada como muito importante para a saúde (DGS, 2017), o que se traduziu nos valores de importância percebida no nosso estudo, a frequência de qualquer atividade física (moderada, vigorosa, exercícios de força) no presente estudo foi tendencialmente baixa. Na literatura, a prática regular de atividade física é considerada fulcral para preservar e melhorar a saúde, bem como a qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, a prevalência de inatividade física é elevada (DGS, 2017): o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física refere que três quartos da população portuguesa (> 15 anos) não realiza as recomendações internacionais de atividade física e Portugal encontra-se no 11.º lugar dos países com mais prevalência de inatividade física no mundo (DGS, 2017). O sedentarismo e a inatividade física são considerados comportamentos prejudiciais à saúde, na medida em que causam diferentes doenças crónicas (DSG, 2017). Tanto a inatividade física como o comportamento sedentário têm os seus próprios riscos para a saúde, isto é, ser fisicamente ativo não é suficiente, sendo também necessário evitar muito tempo gasto em comportamentos sedentários (e.g., conduzir muitas horas por semana, ver TV mais de 21h por semana, passar muito tempo sentado no trabalho; González, Fuentes, & Márquez, 2017).

As condições crónicas que mais afetam a qualidade de vida dos portugueses são as doenças musculoesqueléticas, depressão, doenças da pele e enxaquecas, sendo que as doenças cérebro-cardiovasculares, oncológicas e hipertensão arterial também apresentam grande prevalência (Ministério da Saúde, 2018). Por consequência, são estas as que têm também maior probabilidade de afetar os participantes do estudo. Na presente investigação, cerca de um quarto dos participantes indicou a presença de uma doença física ou mental. Contudo, os valores globais médios foram elevados para as duas dimensões de saúde avaliadas. É importante referir que se trata de uma amostra não clínica, com escolaridade média superior a 12 anos e maioritariamente em situação profissional ativa. De acordo com a literatura, estas características demográficas são consideradas positivas, dado que indivíduos com nível

educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade (Ministério da Saúde, 2018). Da mesma forma, a situação profissional ativa é considerada um dos determinantes mais preponderantes da saúde física e mental (Ministério da Saúde, 2018).

Associações entre crenças, comportamentos e estado de saúde

Foram encontradas correlações positivas entre a importância percebida e a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde. Tal como descrito na literatura, níveis mais altos de importância percebida estão relacionados com desempenho mais frequente dos comportamentos relacionados com a saúde (Nudelman & Ivanova, 2018). Tal como esperado, esta associação flutuou consoante cada comportamento, sendo que os valores encontrados na presente investigação foram ao encontro do estudo realizado por Nudelman & Ivanova (2018). Esta flutuação poderá ser justificada pela facilidade de execução de um dado comportamento. Isto é, presume-se que, se um determinado comportamento relacionado com a saúde for de difícil execução para o indivíduo, a probabilidade de o mesmo o realizar será menor, mesmo que atribua elevada importância à sua realização.

O LC interno está frequentemente associado a maior envolvimento em comportamentos relacionados com a saúde (e.g., exercício e dieta), melhor qualidade de vida física e mental, bem como níveis mais baixos de depressão e ansiedade (Cheng, Cheung, & Lo, 2016). No entanto, não se associa a comportamentos não saudáveis, tais como tabagismo e consumo de álcool (Cheng, Cheung, & Lo, 2016). No presente estudo, o LC interno relacionou-se com a frequência de aumentar conhecimento acerca de questões de saúde, o que vai ao encontro de estudos anteriores, que referem que os indivíduos com LC interno têm maior probabilidade de se envolver e procurar saber mais sobre os assuntos relacionados com a saúde (Pourhoseinzadeh et al., 2017).

Embora a literatura mostre, maioritariamente, que o LC interno está frequentemente associado ao desempenho de mais comportamentos relacionados com a saúde, existem algumas inconsistências entre estudos (Norman et al., 1998, Wardle & Steptoe, 2003, Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). Um estudo realizado na Alemanha revelou que indivíduos com valores mais elevados no fator LC interno fumavam mais. Este resultado foi explicado pelo facto de que os fumadores, sabendo que fumar é um risco para a sua saúde, atribuem a sua saúde

má ao seu próprio comportamento e, por isso, apresentaram níveis elevados de LC interno (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011).

As investigações sobre LC relacionado com a saúde revelam que não se pode estabelecer uma relação linear entre LC interno e adesão a comportamentos relacionados com a saúde (Almeida & Pereira, 2006). Por exemplo, pessoas com diabetes e LC interno alto podem não aderir à terapêutica ou adotar um estilo de vida saudável e, pelo contrário, utilizar estratégias de confronto inadequadas, como a negação e a repressão face à sua condição (Almeida & Pereira, 2006). Isto é, se um indivíduo com doença crónica apresentar LC interno e se considerar menos vulnerável aos efeitos da doença, a sua motivação para aderir ao tratamento necessário poderá ser menor (Almeida & Pereira, 2006). Estudos anteriores referem ainda que o LC interno revelou ser um fraco preditor dos comportamentos relacionados com a saúde, dado ter explicado apenas três por cento da variância dos comportamentos (Norman et al., 1998), sendo esta uma possível justificação para não se ter encontrado associações entre o LC interno e o estado de saúde. Isto poderá justificar o reduzido número de associações encontradas entre o LC interno e a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde no presente estudo. Apesar de os indivíduos considerarem determinados comportamentos importantes para a sua saúde, podem não realizar os mesmos devido a outras variáveis que não foram estudadas no presente estudo (e.g., percepção de autoeficácia, motivação, etc.).

Quanto à importância percebida, foram encontradas diversas correlações com o LC interno para diferentes comportamentos relacionados com a saúde, revelando que os indivíduos com LC interno tendem a atribuir mais importância à realização de comportamentos relacionados com a saúde. Exemplos destas correlações foram dormir num ambiente agradável e relaxante, fazer refeições regularmente, ir para o exterior e estar na natureza, entre outros. Embora não existam estudos a associar diretamente o LC relacionado com a saúde à importância percebida, os valores encontrados sugerem que a importância percebida é uma variável a considerar nas investigações neste campo, pois esteve positivamente associada a comportamentos considerados saudáveis. O facto de, nas diferentes pesquisas, o LC interno ser associado a maior envolvimento em comportamentos relacionados com a saúde (Almeida & Pereira, 2006), estando este associado à importância percebida, sugere que as crenças de importância percebida podem explicar a relação entre LC interno e envolvimento em diferentes comportamentos relacionados com a saúde.

O LC externo-acaso, por sua vez, surge, em diferentes investigações, associado a comportamentos não saudáveis (e.g., menor atividade física, menos cuidados dentários, menor procura de informação sobre a saúde; Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). No presente estudo, no que concerne às correlações entre frequência e LC externo-acaso, nenhuma foi significativa. Este fator esteve associado, em estudos anteriores, à menor adoção de dieta saudável e mais tabagismo (Cheng, Cheung, & Lo, 2016) assim como à inatividade física (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). De forma congruente, na presente investigação, este fator relacionou-se negativamente com a dimensão física da saúde, ou seja, indivíduos com menos LC externo-acaso têm mais saúde física.

Para a importância percebida, houve correlações negativas entre LC externo-acaso e aderir a medidas de segurança rodoviária, escolher cereais ricos em fibra e realizar 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana. Estes resultados revelam que os indivíduos com LC externo-acaso elevado atribuem menos importância à realização destes comportamentos para promover o seu estado de saúde. Uma vez mais, não encontramos estudos que relacionem diretamente estas duas variáveis. No entanto, os resultados são congruentes com estudos anteriores em que o LC externo-acaso surge associado à menor frequência de comportamentos relacionados com a saúde (e.g., ingerir menos fruta e vegetais, menor atividade física; Wardle & Steptoe, 2003).

Diversos estudos referem que, um estilo de vida saudável é essencial para evitar doenças crónicas (e.g., cancro) e, consequentemente, manter um bom estado de saúde (Khalis, et al., 2019). A evidência para a associação entre comportamentos relacionados com a saúde e os resultados de saúde é considerada mais forte para alguns comportamentos (eg., tabagismo e atividade física) do que para outros (e.g., consumo excessivo de álcool e dieta; Conner & Norman, 2017). No entanto, no presente estudo isto não foi observado. Este resultado pode estar ligado às medidas utilizadas. Por exemplo, no que toca à alimentação, o comportamento mais associado à saúde é o consumo de sal, o que não foi avaliado no nosso estudo.

Os resultados para a dimensão física revelaram associações com a frequência de passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou parceiro e para a importância percebida de garantir que o ambiente que dorme é agradável e relaxante.

Para a dimensão mental, foram encontradas relações com a frequência de cuidados de higiene dentários, dormir num ambiente agradável e relaxante, limpar quarto/casa, reservar algum tempo para descansar e diminuir o stress, dormir sete horas por noite, criar um ambiente

de trabalho agradável e passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro. Relativamente à importância percebida, foram encontradas apenas duas relações, nos comportamentos de aderir a medidas de segurança rodoviária e cuidados dentários. Não conhecemos estudos que relacionem estas variáveis; contudo, os nossos resultados sugerem que as crenças de importância percebida não parecem relacionar-se tanto com os resultados de saúde como a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde. Ou seja, para uma melhor percepção individual do estado de saúde, o indivíduo considera mais relevantes os seus próprios comportamentos. É também fulcral ter em consideração que o estado de saúde é influenciado por diferentes variáveis (e.g., biológicas, sociais; Ministério da Saúde, 2018) que não foram estudadas nesta investigação, sendo necessário interpretar os resultados à luz desta limitação.

A frequência de passar tempo de qualidade com amigo próximo ou parceiro relacionou-se com o estado de saúde para ambas as dimensões, o que é consistente com estudos anteriores. As relações sociais podem afetar o estado de saúde geral do indivíduo (House, Landis, & Umberson, 1988), isto é, as relações sociais são vistas como uma condição básica para a saúde e, quanto mais e melhores relações o indivíduo tiver, melhor o seu estado de saúde percebido (Ministério da Saúde, 2018).

O sono tem impacto no bem-estar físico e mental, e o sono insuficiente está relacionado com a exacerbação de condições crónicas (e.g., diabetes) e interrupção de tratamentos médicos, bem como com diferentes perturbações psiquiátricas (Strine & Chapman, 2005). Na presente investigação, a importância percebida de dormir num ambiente agradável e relaxante relacionou-se positivamente com a dimensão física, o que vai ao encontro da literatura, na medida em que o sono tem diferentes implicações no funcionamento do indivíduo, inclusive a nível da saúde física (e.g., efeitos dérmicos, alterações metabólicas, alterações hormonais, insuficiência do sistema imunológico; Orzel-Gryglewska, 2010). A nível mental, um estudo revelou que dormir sete ou mais horas por dia também se associava positivamente à saúde mental (Nogueira & Sequeira, 2017), o que vai ao encontro da relação positiva encontrada na presente investigação.

A relação positiva encontrada entre os cuidados de higiene dentária e a dimensão mental pode ser justificada pelo facto de que os problemas mentais, ou seja, menor saúde mental, podem influenciar negativamente os hábitos de higiene (Soares & Munari, 2007).

Preditores do estado de saúde

O estilo de vida enfatiza as escolhas individuais sobre comportamentos relacionados com a saúde e pode ser influenciado por fatores sociais, culturais e económicos (Onge & Krueger, 2017). Por consequência, o estilo de vida tem impacto no estado de saúde (Ministério da Saúde, 2018). Na sociedade europeia, este traduz-se em comportamentos cada vez menos ativos e a economia sustenta-se, maioritariamente, em profissões sedentárias (DGS, 2017). Com isto, torna-se relevante estudar modelos de compreensão do estado de saúde, assim como identificar possíveis variáveis preditoras do mesmo. O terceiro objetivo do estudo foi ao encontro desta necessidade, na medida em que foram testados dois modelos do estado de saúde, para a dimensão física e mental, respetivamente.

Nos modelos utilizados, foram introduzidas variáveis sociodemográficas, cognitivas e comportamentais. Diversas investigações recorrem aos modelos teóricos de base (e.g., MCS) para compreender os comportamentos dos indivíduos e, consequentemente, o seu estado de saúde (Brito, Mondelo, & Remor, 2018). Algumas investigações introduzem novos construtos e testam o seu valor preditivo na explicação de comportamentos saudáveis, identificando fatores de influência (e.g., identidade própria, preocupação com a aparência, importância percebida; Orji et al., 2012).

Neste sentido, existem diversas variáveis preditoras do estado de saúde. O género, a idade e a escolaridade são exemplos de fatores considerados preponderantes na compreensão do estado de saúde (Ferreira & Santana, 2003). No presente estudo, as três variáveis foram incluídas nas análises de regressão, mas apenas a escolaridade se revelou um preditor significativo do estado de saúde para ambas as dimensões. Um indivíduo com escolaridade mais elevada tem menor probabilidade de sofrer de doença crónica, incluindo problemas de saúde mental (e.g., depressão) e é nos indivíduos com mais anos de escolaridade que a prevalência de hipertensão arterial, diabetes e obesidade é menor (Ministério da Saúde, 2018). De forma congruente, os indivíduos com mais escolaridade tendem a avaliar o seu estado de saúde de forma mais positiva, comparativamente aos que possuem menos anos de escolaridade (Ferreira & Santana, 2003).

O LC relacionado com a saúde revelou, em pesquisas anteriores, ser um fraco preditor dos comportamentos relacionados com a saúde (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011), sendo necessária a inclusão de outras variáveis para uma melhor compreensão dos resultados de saúde (Walston, 1978). No presente estudo, o LC externo-acaso foi um preditor negativo da

dimensão física do estado de saúde. Este fator surge associado à adoção de menos comportamentos saudáveis e a mais comportamentos de risco (Almeida & Pereira, 2006; Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011), pelo que pode também estar relacionado com pior saúde física.

A frequência de comportamentos relacionados com a saúde tem também sido considerada um importante fator na compreensão do estado de saúde (Ministério da Saúde, 2018). A adoção de um maior número de comportamentos saudáveis, ou seja, de um estilo de vida saudável, leva a melhores resultados de saúde (DGS, 2017). Nos modelos testados, a frequência de passar tempo de qualidade com um amigo próximo ou com o parceiro revelou ser um preditor do estado de saúde para ambas as dimensões, o que revela a importância do contexto social na percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde geral (Ministério da Saúde, 2018). Este fator apresentou maior peso que os restantes comportamentos, o que pode estar relacionado com o facto de que as interações sociais são consideradas condições básicas para a saúde geral do indivíduo (Ministério da Saúde, 2018).

Em estudos anteriores, a importância percebida foi também considerada um preditor significativo do comportamento saudável (Deshpande et al., 2009; Orji et al., 2012). Os resultados encontrados foram ao encontro do esperado, na medida em que a importância percebida se revelou um preditor significativo da dimensão mental do estado de saúde para dois comportamentos específicos (lavar diariamente zona entre os dentes e passar tempo de qualidade com amigo próximo ou com o parceiro).

Apesar de o estado de saúde ter sido avaliado através de duas dimensões (física e mental), é importante referir que as mesmas se encontram interligadas e resultam, muitas vezes, de comportamentos conjuntos (DGS, 2015; Ministério da Saúde, 2018).

Em suma, ainda que o tamanho global do efeito das correlações entre o LC relacionado com a saúde, a importância percebida e a frequência dos comportamentos relacionados com a saúde seja pequeno, deve ser considerado psicologicamente significativo. Mesmo perante efeitos pequenos, se os comportamentos forem mantidos, têm potencial para afetar positivamente os resultados de saúde a longo prazo (Conner & Normam, 2017). Um exemplo, encontrado num estudo realizado por Joshipura et al. (1999), revelou que a ingestão de uma porção extra de frutos ou vegetais por dia poderia reduzir o risco de um AVC isquémico em 6%.

Limitações

O estudo possui algumas limitações, sendo que a principal limitação está associada ao desenho do estudo que, sendo transversal, não permite identificar os mecanismos causais inerentes às associações estimadas.

Uma segunda limitação corresponde aos possíveis vieses relacionados com a amostra, que foi recolhida através de uma plataforma online e cujo número total foi reduzido, condicionando a generalização dos resultados.

Outra limitação está relacionada com o tipo de medidas utilizadas (questionários de autorresposta), cujas respostas poderão denotar desejabilidade social. Adicionalmente, a utilização da lista de comportamentos relacionados com a saúde pode constituir uma limitação, na medida em que não está validada para a população portuguesa e os autores da mesma não avaliaram as suas propriedades psicométricas. No entanto, para colmatar esta limitação, realizou-se uma análise da consistência interna e os valores foram considerados muito bons (DeVellis, 2017).

Por fim, a subescala LC externo-outros poderosos não foi introduzida nas análises realizadas (devido à falta de consistência interna), não tendo sido possível averiguar se a mesma poderia relacionar-se com a frequência e/ou a importância percebida dos comportamentos relacionados com a saúde e com o estado de saúde.

Estudos futuros

A literatura refere que existe uma tendência para os indivíduos adotarem, em simultâneo, mais de um comportamento de risco (e.g., dieta não saudável, inatividade física), sendo que o seu conjunto tem um impacto negativo na saúde em geral (Johnson, Sternberg, & Velasquez, 2018). Neste sentido, seria pertinente a realização de um estudo com o objetivo de explorar a relação entre a frequência de diferentes comportamentos de saúde recomendados e os resultados de saúde.

O impacto da importância percebida no comportamento relacionado com a saúde é pouco explorado (Orji et al., 2012; Nudelman & Ivanova, 2018), portanto, são necessárias mais investigações sobre esta relação. A título de exemplo, sugerimos a realização de um estudo longitudinal para averiguar a relação de causalidade entre as crenças de importância percebida e a frequência de comportamentos no estado de saúde dos indivíduos numa amostra representativa da população portuguesa.

Perceber o valor que os indivíduos atribuem à realização de comportamentos promotores de saúde (importância percebida) pode ser fundamental para perceber a relação entre as suas crenças de controlo e a realização dos comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, um estudo futuro poderia analisar o papel mediador da importância percebida na relação entre o LC relacionado com a saúde e a frequência de comportamentos relacionados com a saúde.

Apesar de, em estudos anteriores, o LC externo-outros poderosos não ser preditor dos comportamentos relacionados com a saúde (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011; Norman et al., 1998) nem se relacionar com nenhum comportamento relacionado com a saúde específico (Cheng, Cheung, & Lo, 2016), seria pertinente incluir esta subescala numa investigação futura, com uma amostra representativa da população portuguesa, de modo a explorar a influência desta variável no estado de saúde.

Por fim, poderia igualmente ser pertinente introduzir variáveis relacionadas com a personalidade, dado ser uma variável referida em estudos anteriores como tendo influência na frequência de comportamentos de saúde (Nudelman & Ivanova, 2018) e parecer exercer impacto na saúde física (Thomas & Castro, 2012). Desde modo, seria pertinente averiguar a relação das dimensões da personalidade com a importância percebida de realizar comportamentos relacionados com a saúde, bem como averiguar o seu potencial papel preditivo no envolvimento em comportamentos relacionados com a saúde na população portuguesa.

Implicações do estudo

Dado as doenças crónicas serem a principal causa de morte evitável e os estilos de vida envolverem comportamentos associados a fatores de risco determinantes para o estado de saúde dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018), estudar variáveis relacionadas com a saúde torna-se fundamental para encontrar relações entre as mesmas, de modo a conseguir intervir neste contexto. A presente investigação teve como propósito e pertinência explorar, no âmbito nacional, novas relações entre variáveis consideradas pertinentes no âmbito da Psicologia da Saúde.

Os resultados ressaltaram a relevância das crenças para o desempenho dos comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente crenças sobre a importância percebida de realizar comportamentos relacionados com a saúde. Alterando as percepções de importância, os comportamentos podem ser modificados (Nudelman & Ivanova, 2018). Os resultados apoiam a literatura, no sentido em que a variável cognitiva - importância percebida – afeta a frequência de comportamentos relacionados com a saúde o que, por consequência,

influencia o estado de saúde dos indivíduos. Deste modo, o desenvolvimento de estratégias para modificar crenças subjetivas em relação ao impacto na saúde de um determinado comportamento pode aumentar a sua frequência e, conseqüentemente, levar a um melhor estado de saúde (Nudelman & Ivanova, 2018). Estas estratégias devem considerar os micro, meso e macrosistemas, através da educação das famílias, comunidade e políticas nacionais, respetivamente. A divulgação de conhecimentos (aumentar literacia em saúde), a redução de dificuldades e promoção da adesão a diversos comportamentos relacionados com a saúde seriam os principais focos. A nível grupal (quer com as famílias quer com a comunidade), uma estratégia pertinente seria a realização de campanhas/ações de educação sobre os fatores de risco comuns a diferentes doenças crónicas (Silva, Cotta, & Rosa, 2013). A nível individual, a entrevista motivacional poderia ser uma estratégia útil para identificar as crenças relacionadas com a saúde (nomeadamente as crenças de importância percebida), sendo que o foco estaria na ambivalência relacionada com o objetivo e a mudança no estilo de vida pretendido, promovendo a motivação do indivíduo para uma mudança específica com base nas suas próprias convicções (Rosengren, 2018).

Referências

- American Psychological Association. (2018). *Clinical Health Psychology*. Acedido em 16 de dezembro de 2018, em, <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health.aspx>
- Almeida, J., & Pereira, M. (2006). Locus de controlo na saúde: Conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 221-238.
- Barletta, J. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: Contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 307-317. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v2n1p307-318
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: A structural equation modeling approach in across sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 492. doi: 10.1186/1471-2458-14-492
- Brito, A., Mondelo, G., & Remor, E. (2018). Crenças de saúde e cognições de doenças. In Castro, E., & Remor, E. (Org.). *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde*. (1.^a Ed.). Curitiba: Appris Editora.
- 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). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Carter, M., McGree, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: association with family, friends and School engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.04.002
- Carvalho, A., Alves, C., & Monteiro, V. (2015). Prevenção do tabagismo em contexto escolar. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 6, 52-70.
- Cheng, C., Cheung, M., & Lo, B. (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
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Routledge.
- Coleta, M. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 18(1-2), 69-78.
- Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and Changing Health Behaviour: research and practice with social cognition models* (3.rd ed.). London, UK: Open University Press.

- Conner, M., & Norman, P. (2017). Health behaviours: Current issues and challenges. *Psychology & Health*, 32(8), 895-906. doi: 10.1080/08870446.2017.1336240
- Couto, A. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Revista Referência*, (1), 5-9.
- Deshpande, S., Basil, M., & Basil, D. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: An application of the health belief model. *Health Marketing Quarterly*, 26(2), 145-164. doi: 10.1080/07359680802619834
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: versão resumida*. Lisboa. Edição do autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos portugueses: Perspetiva 2015*. Lisboa: Edição do autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a promoção da atividade física*. Lisboa: Edição do autor.
- Feijó, R., & Oliveira, É. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 125-139.
- Ferreira, P. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36* (Documento de trabalho 2). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida: indicadores de risco epidemiológico: avaliação de estados de saúde e doença* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- González, K., Fuentes, J., & Márquez, J. (2017). Physical inactivity, sedentary behavior and chronic diseases. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(3), 111-115. doi: 10.4082/kjfm.2017.38.3.111
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 129-140. doi: 10.1080/13548506.2010.521570

- Graça, L. (2015). Promoção da saúde: uma abordagem positiva da saúde. In Santos, L., Parente, C., Ribeiro, J., & Pontes, Â. (Coord.). *Promoção da saúde: da investigação à prática*. (1.^a ed.) (pp. 8-14). Lisboa: SPPS, Editora LDA.
- Holden, E. W., & Black, M. (1999). Theory and concepts of preventions science as applied to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 391-401. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00090-7
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social Relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi: 10.1126/science.3399889
- Johnson, S., Sternberg, K., & Velasquez, M. (2018). Changing multiple health risk behaviors in choices. *Preventive Medicine Reports*, 11, 69-73. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.05.006
- Joshiyura, K., Ascherio, A., Manson, J., Stampfer, M., Rimm, E., Speizer, F., ... & Willett, W. (1999). Fruit and Vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 282(13), 1233-1239. doi: 10.1001/jama.282.13.1233
- Khalis, M., Chajès, V., Moskal, A., Biessy, C., Huybrechts, I., Rinaldi, S., ... & Charbotel, B. (2019). Healthy lifestyle and breast cancer risk: a case-control study in Marocco. *Cancer Epidemiology*, 58, 160-166. doi: 10.1016/j.canep.2018.12.012
- Kretchy, I., Owusu-Daaku, F., & Danquah, S. (2014). Locus of control and anti-hypertensive medication adherence in Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 17(1), 1-5. doi: 10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3433
- Lachman, M. (1986). Locus of control in aging research: A case for multidimensional and domain specific assessment. *Psychology and Aging*, 1, 34-40. doi:10.1037/0882-7974.1.1.34
- Lachman, M., Neupert, S., & Agrigoroaei, S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In Schaie, K., & Willis, S. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed.) (pp. 175- 190). New York: Elsevier.
- Lao, R. (1974). The developmental trend of the locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1, 348-350. doi:10.1177/0146167274001001117
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), 377-383. doi: 10.1080/00223891.1974.10119988
- Lau, R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(2), 322-334. doi: 10.1037/0022-3514.42.2.322

- Li, Z., Yang, S., Zang, X., Fisher, E., Tian, B., & Sun, X. (2015). Complex relation among Health Belief Model components in TB prevention and care. *Public Health*, 129(7), 907-915. doi: 10.1016/j.puhe.2015.04.008
- Lopes, S., Mielke, G., & Silva, M. (2015). Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares na zona rural. *O Mundo da Saúde*, 39(3), 269-278. doi: 10.15343/0104-7809.20153903269278
- Matos, M. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.
- Marreiros, N. (2009). Considerações teóricas sobre o conceito locus de controlo de saúde: reflexões acerca do seu potencial preventivo. *Revista Toxicodependências*, 15(3), 61-68.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Edição do autor.
- Nazaré, B. (2018). *Lista de Comportamentos de saúde*. Documento não publicado.
- Nogueira, M., & Sequeira, C. (2017). A saúde mental em estudantes do ensino superior. Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe 5), 51-56. doi: 10.19131/rpesm.0167
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C., & Murphy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 171-180. doi: 10.1177/135910539800300202
- Nudelman, G., & Ivanova, E. (2018). The relationship between frequency of performance and perceived importance of health behaviours. *Journal of Health Psychology*, 00(0), 1-15. doi: 10.1177/1359105318770724
- Onge, J., & Krueger, P. (2011). Health lifestyle behaviors among U.S. adults. *SSM-Population Health*, 3, 89-98. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.12.009
- Orji, R., Vassileva, J., & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: An extension of the health belief model. *Online Journal of Public Health Informations*, 4(3), e9. doi: 10.5210/ojphi.v4i3.4321
- Orzel-Gryglewska, J. (2010). Consequences of sleep deprivation. *International Journal of Occupational Medicine and environmental Health*, 23(1), 95-114. doi: 10.2478/v10001-010-0004-9
- Portrait, F., Lindeboom, H., & Deeg, D. (2001). Life expectancies in specific health states: Results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography*, 38(4), 525-536. doi: 10.2307/3088316

- Pourhoseinzadeh M, Gheibizadeh M, Moradikalboland M., & Cheraghian, B. (2017). The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(4), 397-407.
- Reis, J., Pires, R., & Silva, N. (2017). Locus de controlo e adesão terapêutica em adultos emergentes e adultos com condições crónicas de saúde: O papel moderador do grupo etário. *Revista Psicologia*, 31(2), 89-104. doi: 10.17575/rpsicol.v31i2.1223
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(XIV), 589-599.
- Rock, D., Meyerowitz, B., Maisto, S., & Wallston, K. (1987). The derivation and validation of six multidimensional health locus of control scale clusters. *Research in Nursing & Health*, 10, 185-195. doi: 10.1002/nur:4770100311
- Rosengren, D. (2018). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. (2.nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Santos, A., Kislaya, I., & Nunes, B. (2015). *Modelo de Crenças em Saúde na decisão da toma da vacina antigripal*. Acedido em 7 de novembro de 2019, em, http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2995/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N11_janeiro-marco_2015_artigo2.pdf
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, M. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 281-288.
- Sheeran, P., Bosch, J., Crombez, G., Hall, P., Harris, J., Papies, E., & Wiers, R. (2016). Implicit processes in health psychology: Diversity and promise. *Health Psychology*, 35(8), 761-766. doi: 10.1037/hea0000409
- Silva, C. (2010). *Dor lombar crónica e qualidade de vida* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Silva, L., Cotta, R., & Rosa, C. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crónicas: Revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(5), 343-350.
- Soares, C., & Munari, D. (2007). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 357-362.

- Strine, T., & Chapman, D. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6, 23-27. doi: 10.1016/j.sleep.2004.06.003
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441-448.
- Thomas, C., & Castro, E. (2012). Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 100-109.
- Ufholz, K., & Harlow, L. (2017). Modeling multiple health behaviors and general health. *Preventive Medicine*, 105, 127-134. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.08.003
- Wallston, K. (1982). Health locus of control beliefs. *Patient Education Newsletter*, 5, 56-57.
- Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (HMLC). *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170. doi: 10.1177/109019817800600107
- Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 440-443. doi: 10.1136/jech.57.6.440
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: author's edition.
- World Health Organization. (2014). *Basic Documents: Forty-eighth edition*. Recuperado de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- World Health Organization. (2018a). *Noncommunicable diseases*. Acedido em 14 de novembro de 2018, em, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2018b). *World health organization Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: author's edition.
- World Health Organization. (2019a). *Don't let tobacco take your breath away*. Geneva: author's edition.
- World Health Organization. (2019b). *Health education and promotion: Behavioural risk factors*. Acedido em 4 de agosto de 2019, em, <http://www.emro.who.int/health-education/health-riskfactors/behaviour-risk-factors.html>

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado

CRENÇAS, COMPORTAMENTOS E SAÚDE 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. 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: ____ / ____ / ____