

Vanessa Margarida Amorim Santos

Percepção de Saúde: Validação do The Health Perceptions
Questionnaire para a população Portuguesa

Orientadora: Professora Dra. Teresa Souto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

(2015)

Universidade Lusófona do Porto

Psicologia
Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Vanessa Margarida Amorim Santos

**“Percepção de Saúde: Validação do The Health Perceptions
Questionnaire para a população Portuguesa”**

Orientadora: Professora Dra. Teresa Souto

Júri: Prof^ª. Doutora Inês Martins Jongenelen
Prof^ª. Doutora Célia Isabel Lima Ferreira
Prof^ª. Doutora Maria Teresa Soares Souto

Data do ato público de defesa: 3 de Fevereiro de 2016

Porto

(2015)

Vanessa Margarida Amorim Santos

**Percepção de Saúde: Validação do The Health
Perceptions Questionnaire para a população
Portuguesa**

**Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientadora: Professora Dra. Teresa Souto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

(2015)

Agradecimentos

Correndo o risco de parecer exagerada, começo por afirmar que fico eternamente grata a todos aqueles que direta ou indiretamente tiveram, para mim, um papel importante de apoio ao longo de todo este percurso não só acadêmico mas também pessoal.

O cumprimento de todos os objetivos e alcance de metas a que me propus desde o início deveram-se não só à minha persistência, mas em grande parte dos momentos à persistência dos outros em me fazer perceber que, apesar de todas as dificuldades que iria encontrar ao longo do percurso, seria possível e extremamente reconfortante no final.

E este é sem dúvida, um reconhecimento real e sentido por tudo aquilo que me ofereceram e proporcionaram ao longo desta caminhada.

Assim, em primeiro lugar, gostaria de dirigir o meu maior e sincero agradecimento a todos os participantes, pois sem eles este estudo não seria de todo possível.

Um obrigado especial à minha orientadora, Professora Doutora Teresa, pela disponibilidade, pela paciência, pelo profissionalismo, pelos incentivos e principalmente pelas críticas em todas as etapas deste trabalho, que me ajudaram a evoluir e a crescer enquanto futura Psicóloga.

Dirijo ainda o meu agradecimento a outros docentes que desempenharam um papel ativo na elaboração e concretização deste trabalho, nomeadamente ao Professor Doutor Ricardo Pinto pelo saber transmitido através de cada aula lecionada e à Professora Doutora Ângela pelo suporte, apoio e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo.

De forma mais informal, dirijo o meu mais sincero obrigado à minha família, em particular aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós, para os quais apenas uma pequena referência de agradecimento se torna extremamente injusta pois foram, ao longo de todo este percurso, um forte apoio e uma fonte de inspiração para procurar fazer sempre mais e ser sempre melhor.

Ao meu namorado e companheiro de vida em todo e qualquer momento, o meu enorme agradecimento por todo o afeto e paciência, por me apoiar incondicionalmente e me fazer sempre acreditar, em tudo o que faço, que sou capaz.

Expresso ainda a minha gratidão a todos os meus amigos, por toda a motivação e estímulo em momentos de fraqueza e desânimo.

Aos que aqui não mencionei de forma particular, mas que desempenharam também um papel importante ao longo de todo este caminho que tenho vindo a percorrer, um obrigado.

Resumo

Diferentes escalas têm sido desenvolvidas e aplicadas com o objetivo de avaliar na área da saúde, nomeadamente a percepção de saúde do indivíduo.

Cada vez mais, esta é uma dimensão de extrema relevância para a interpretação de outros fatores e variáveis que influenciam o indivíduo e a sua própria saúde.

O presente estudo tem como objetivo principal a validação da escala *The Health Perceptions Questionnaire* (HPQ) para a população Portuguesa. O estudo contou com a participação de um total de 600 indivíduos, de ambos os géneros, com idades compreendidas acima dos dezoito anos e provenientes das mesmas regiões geográficas: Aveiro e Vila Nova de Gaia.

A HPQ apresenta 33 itens avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos. Destes 33 itens, 27 formam seis subescalas: saúde atual (9 itens), saúde passada (3 itens), perspetivas de saúde (4 itens), resistência à doença (4 itens), preocupação com a saúde (5 itens) e orientação da doença (2 itens), os seis itens restantes não são usados nas subescalas, cobrem a rejeição na doença e as atitudes em relação a ir ao médico (Davies et al., 1988).

Como resultados deste estudo, a análise fatorial confirmatória efetuada ao modelo original do autor, demonstra que não é possível alcançar o objetivo estabelecido, ou seja, concluiu-se que o instrumento não apresenta bons índices de adequabilidade face ao novo modelo fatorial proposto para a população em estudo.

Palavras-Chave: Saúde; Percepção de Saúde; Health Perception Questionnaire; Análise Fatorial Confirmatória

Abstract

Different scales have been developed and applied in order to assess the area of health, including the health perception of the individual. Increasingly, this is an extremely important phenomenon for interpretation of many other factors and variables that influence the individual and their health state.

This study aimed primarily to validate the scale *The Health Perceptions Questionnaire* (HPQ) for the Portuguese population. The study included a total of 600 the participation of both genders, aged above eighteen and from the same geographical regions: Aveiro and Vila Nova de Gaia.

The HPQ has 33 items evaluated by five points, a Likert scale. Of these 33 items, 27 form six subscales: current health (9 items), past health (3 items), health perspective (4 items), resistance to disease (4 items), concern for health (5 items) and orientation disease (2 items), the remaining six items are not used on the subscales, cover the rejection disease and attitudes with regard to going to the doctor (Davies et al., 1988).

As a result of this study, a confirmatory factor analysis to the original creator of the model demonstrates that it is not possible to reach the goal, due to the fact that instrument does not show good adequacy rations over the proposed new factor model for the population studied.

Key-words: Health; Health Perception; Health Perceptions Questionnaire; Confirmatory Factor Analysis.

Introdução

O presente estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e centra-se no objetivo de obter a validação do questionário *The Health Perceptions Questionnaire* (John Ware, 1976), para a população portuguesa.

Para alcançar o objetivo proposto, recorreu-se ao uso do modelo de análise fatorial confirmatória, para que através dos índices/indicadores obtidos se percebesse o nível de adequabilidade da escala para este tipo de população em particular.

O questionário visa, através dos 33 itens que o compõem, fazer uma avaliação da percepção individual acerca da sua própria saúde, quanto ao passado, ao presente e ao futuro, a resistência à doença e as atitudes em relação à mesma.

A percepção que a própria pessoa tem acerca do seu estado de saúde, é um aspeto fundamental a ter em conta na tomada de decisão no âmbito da intervenção em saúde. Daí, ser de extrema importância os estudos realizados com as diferentes escalas existentes para medir esse mesmo construto.

Na área da saúde, cada vez mais o construto da percepção acerca da saúde é destacado por ser um preditor de fatores importantes a vários níveis na vida do indivíduo e, por consequência, explorado ao pormenor.

Assim, o presente estudo revela pertinência não só pelo tema “base” mas, também pela, escassez da abordagem do mesmo na população em questão através do questionário *The Health Perceptions Questionnaire*.

O presente trabalho foi desenvolvido de acordo com a estrutura que se descreve sucintamente.

Numa primeira fase foi desenvolvido o enquadramento teórico, considerando o conceito de saúde, em particular o conceito de percepção acerca da saúde e onde se inclui informação sobre o questionário utilizado ao longo do estudo. Segue-se uma apresentação da revisão da literatura considerada pertinente tendo como referência os conceitos anteriormente referidos, assim como, o instrumento utilizado: *The Health Perceptions Questionnaire*.

Na segunda fase, descreve-se a componente empírica desenvolvida com referência aos aspetos metodológicos, resultados obtidos e respetiva discussão que visa responder ao objetivo principal do estudo: se o questionário apresenta ou não bons índices de adequabilidade para a população portuguesa.

Finalmente, apresenta-se a conclusão que procura destacar os resultados mais relevantes e que inclui uma reflexão crítica relativa a todo o trabalho desenvolvido e referência às limitações do mesmo e sugestões para futuras investigações da mesma natureza.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

Estado de arte

Após uma breve introdução feita a toda a linha de investigação utilizada ao longo de todo o processo, neste capítulo, serão explorados os conceitos teóricos mais relevantes para o estudo, bem como o questionário utilizado. Encontrar-se-á, ainda, toda a revisão bibliográfica relativa à temática e instrumento utilizado.

A Saúde

Ao longo dos tempos, o Homem, sempre procurou alcançar uma vida longa e saudável, no entanto pode-se questionar o que é realmente a saúde e do que esta se trata (Pais-Ribeiro, 2005).

A saúde está indissociavelmente ligada a aspetos culturais, temporais, sociais e económicos (Scliar, 2007). Assim, e devido a estes elementos, a saúde, e também por seu lado a doença, não têm o mesmo conceito para todos os indivíduos, pois estes conceitos sofrem a influência do conjunto desses vários aspetos (Franco, 2002).

Após um longo período, durante a antiguidade, em que, tanto a saúde como a doença eram fortemente associados aos mais diversos fatores, e por consequência tratados pelas vias mais variadas, no final do século XIX surge Louis Pasteur com uma “teoria” revolucionária. Finalmente Louis Pasteur revelou ao mundo o que causava realmente a doença e como seria possível tratá-la (Scilar, 2007).

No entanto, só após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi possível formular-se o conceito de saúde que viria a ser do conhecimento mundial (Scliar, 2007).

O senso comum define saúde como sendo a ausência de doença, contudo a saúde ostenta muito mais do que isso (Franco, 2002).

Segundo a OMS “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeições e enfermidades” (World Health Organization, 1946).

Já segundo o autor Pais-Ribeiro (2005) ter saúde implica que o indivíduo se encontre estável quer a nível físico, quer a nível mental, encontrando-se adaptado ao meio envolvente e às mudanças que dele podem decorrer, com total controlo dos seus recursos pessoais, contribuindo com os últimos para a vida em sociedade.

A Perceção de Saúde

A perceção consiste num processo pelo qual o indivíduo organiza os estímulos sensoriais em informações significativas (Ross, 2010). Assim sendo, a perceção acerca da saúde refere-se, concretamente, à opinião subjetiva da mesma, à forma como se percebe a saúde tendo em conta os estímulos recebidos, não se centrando nas indicações médicas objetivas, mas sim na avaliação que o próprio indivíduo efetua da sua saúde tanto a nível físico como mental (Vintém, 2008).

Embora muitos autores tenham procurado definir cientificamente o conceito de saúde, a realidade é que cada pessoa tem a sua própria visão do que é a saúde e do que é a doença (Azêdo, 2010; Santos, Barbosa, Faro & Júnior, 2005), constituindo assim uma perceção sobre a sua própria saúde.

A perceção de saúde, tradicionalmente, encontra-se maioritariamente relacionada com os problemas de saúde a nível físico, capacidades funcionais e comportamentos de saúde, porém, alguns estudos consideraram também como aspetos diretamente relacionados com este conceito, aspetos relacionais, sociais e psicológicos da vida do indivíduo (Rohlf et al, 2000).

Um estudo levado a cabo por Simon, Boer, Joung, Bosma e Mackenbac (2005) veio comprovar que à semelhança daquilo que era esperado, a saúde física foi definitivamente encarada como sendo o núcleo da perceção de saúde. No entanto, aspetos como a dimensão funcional, a dimensão de coping e a dimensão de bem-estar foram também considerados pelos participantes.

Ainda outras pesquisas, afirmam existir uma forte relação entre satisfação com a vida e aspetos importantes como felicidade e a perceção de saúde. Uma importante componente da Psicologia Positiva é o bem-estar subjetivo, também designado felicidade, pois é um aspeto que pode favorecer a maneira como as pessoas se vêem e como vêm os

outros, podendo resultar em maior prazer na vivência das situações quotidianas e no relacionamento com os outros, o que consequentemente terá grande influência na percepção que o indivíduo tem quanto à sua saúde e à qualidade da mesma (Passareli & Silva, 2007).

A percepção de saúde, encontra-se assim, recorrentemente muito relacionada com a qualidade de vida que o indivíduo tem, embora autores como Minayo, Hartz & Buss (2000) afirmem, com base em estudos de outros autores, que os conceitos supra referidos são distintos entre si.

Segundo Campbell et al (1976), o sentimento de satisfação é uma experiência muito subjetiva, que se encontra bastante associada ao nível de expectativa que o indivíduo tem ou desenvolve sobre ou em determinadas áreas da sua vida. Exemplos concretos deste facto estão relacionados, por exemplo, com uma possível exposição a tratamentos agressivos por motivos de saúde ou com a experiência recorrente de níveis elevados de stress. Estas vivências, irão causar no indivíduo um maior receio quanto à sua saúde, provocando nos mesmos uma sensação de fragilidade face a algumas adversidades que possam prejudicar a sua saúde, ou seja, a percepção de saúde destes indivíduos será negativa na medida em que se julgam mais suscetíveis do que indivíduos que não têm estes aspetos presentes (Fonseca, Blank, Barros & Nahas, 2008).

Por norma, a pessoa vê e percebe a saúde como sendo um meio para alcançar o objetivo final e único de sensação de bem-estar (Pais-Ribeiro, 2005).

Tendo em conta a ausência de consenso na definição do construto em estudo confirma-se que a saúde e a doença constituem, deste modo, processos dinâmicos e multidimensionais entendidos como um contínuo que sofrem várias influências de carácter interno e externo (Lacruz & Lacruz, 2007; Seidl & Zannon, 2004). O indivíduo adoece quando um dos aspetos da sua vida, quer seja biológico, afetivo, social ou laboral, rompe com o equilíbrio e geram algum tipo de enfermidade (Araújo & Araújo, 2000).

Assim, a percepção que cada indivíduo tem acerca do seu estado de saúde pode realmente constituir um indicador realista da mesma (Pais-Ribeiro, 2005).

Por todos estes aspetos, assim como pelas dúvidas que se têm gerado ao longo dos tempos, a área da saúde tem vindo a ser objeto de um crescente interesse que resulta numa grande quantidade de estudos sobre o tema, bem como na elaboração e aplicação de vários

instrumentos que procuram avaliar diferentes componentes da saúde. Uma dessas componentes é a percepção de saúde de cada indivíduo.

Hoje em dia, existe uma grande preocupação em avaliar e perceber de forma concreta o quão adequadamente as pessoas funcionam na sua vida diária e estimar o impacto das doenças ou tratamentos no funcionamento físico, mental ou social, bem como aquilo em que as pessoas acreditam acerca da sua saúde e como se sentem no geral. Estas variáveis são referidas como conceitos referentes ao estado (*status*) da saúde (Ware, 1984).

Ainda segundo Ware (1978), as medidas das percepções da saúde geral diferem de outras medidas do estado da saúde na medida em que não especificam uma ou mais componentes da saúde, seja ela físico, mental ou social, sendo que, em vez disso, o que pretende é apenas uma avaliação da sua “saúde”.

Como a saúde é um construto multidimensional, existem diversos fatores que podem exercer influência na percepção acerca da saúde que o indivíduo tem (Bailis, Segall & Chipperfield, 2003). Esta percepção acerca da saúde é afetada por vários tipos de fatores como: biológicos, comportamentais, ambientais, sócio-económicos e psicológicos (Ross, 2010).

Os fatores biológicos dizem respeito às características naturais do indivíduo, como por exemplo: o sexo feminino tende a avaliar o seu estado de saúde de forma mais negativa (Bailis et al., 2003).

Os fatores comportamentais referem-se a comportamentos que promovem a saúde, como por exemplo a praticar exercício físico, uma alimentação equilibrada e não ter comportamentos de risco como fumar, consumir álcool em excesso, sendo estes aspetos a ter em conta quando os indivíduos avaliam a sua saúde (Tolliver, 2007).

Os fatores ambientais referem-se às condições físicas que envolvem o indivíduo e às características e acessibilidade de cuidados de saúde, uma vez que indivíduos com difícil acesso a serviços de saúde tendem a avaliar de forma mais negativa a sua saúde (Tolliver, 2007).

Os fatores sócio-económicos exercem influência na percepção de saúde do indivíduo, na medida em que baixos níveis económicos e baixos níveis de escolaridade se associam a uma percepção de saúde mais negativa (Ross, 2010).

Os fatores psicológicos dizem respeito à forma como o indivíduo lida com a saúde e com a doença e com aspetos que influenciam de forma negativa a percepção acerca da saúde, como por exemplo a ansiedade e o *stress* (Ross, 2010).

Quando um indivíduo se encontra doente, a percepção do estado de saúde que este tem, depende da morbilidade associada à sua doença, considerando, ainda, as limitações que desta advêm, das interações que experienciam com os profissionais de saúde, bem como das expectativas pessoais de saúde que o indivíduo tem e que são fortemente influenciadas pelos aspetos socioculturais associados (Ross, 2010).

Para o estudo da saúde, bem como da percepção de saúde em particular existe um leque extenso de instrumentos disponíveis para proceder a este tipo de avaliação.

Na investigação na área da saúde, as medidas de autoavaliação relativas à saúde geral são as mais comuns quando se trata de medir o estado da saúde dos indivíduos (Ware, 1976).

Atualmente, como forma de avaliar o estado de saúde dos indivíduos, recorre-se a instrumentos que se baseiam na auto-percepção da saúde (Pais-Ribeiro, 2005; Sobhonslidsuk et al., 2006).

A maioria destes instrumentos desenhados e orientados para a medição desse mesmo construto, do estado de saúde e também qualidade de vida, permitem avaliar a percepção que cada indivíduo tem de momentos anteriores da sua vida que afetam a sua percepção presente sobre a sua saúde (Bowling, 1995).

Estes instrumentos são questionários multidimensionais, na medida em que consideram a componente física, social e também psicológica, fazendo com que se tornem adequados às mais diversas populações e diferentes situações de saúde e/ou doença, sendo denominados perfis de saúde (Dias, 2006).

Assim sendo, questionam o indivíduo acerca de como percebe a sua saúde, não se centrando em doenças específicas mas sim permitindo que este avalie a sua saúde com base na sua percepção, ou seja, que o indivíduo faça uma avaliação pesando informações e aspetos biopsicossociais aos quais só ele tem acesso (Ross, 2010).

Com o aumento do número de instrumentos que visam explicar estes fenómenos ligados à saúde, torna-se difícil a tarefa de selecionar o que melhor se adequa.

Medical Outcomes Study (MOS) *Short Form Health Survey- 36*

Há cerca de 15 anos, John Ware e a sua equipa planeou e executou um Estudo dos Resultados Médicos (MOS — Medical Outcomes Study), onde para além de outros objetivos tinham como missão desenvolver instrumentos práticos para uma monitorização contínua dos resultados (Tarlov et al., 1989; Ware et al., 1993; Ware e Sherbourne, 1992).

Um dos instrumentos desenvolvidos como resultado do projeto MOS foi o MOS Short Form Health Survey- 36 Item (version 2) (SF-36) (Ware e Sherbourne, 1992), sendo que o formato final deste instrumento contém 36 itens que abordam oito dimensões do estado de saúde e que detetam tanto estados positivos como negativos de saúde.

O SF- 36 consiste, na sua generalidade, num questionário multidimensional, formado, como já foi referido, por um total de 36 itens, que se encontram agrupados em oito dimensões. Estas oito dimensões designam-se por: capacidade funcional de cada indivíduo, aspeto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais, a capacidade para lidar com a dor e a saúde mental. Este questionário apresenta uma pontuação que vai desde o valor 0 ao valor 10, sendo que o valor de zero corresponde ao pior estado de saúde em geral e o valor de 10 ao melhor estado de saúde (Ware, 1994)

O SF-36 encontra-se já traduzido para a versão portuguesa, encontrando-se adequado às condições sócio-económicas e culturais da população, demonstrando ser muito útil para a avaliação de diversas patologias, uma vez que é uma medida do estado de saúde geral e não de aspetos particulares (Ware, 1994).

The Health Perceptions Questionnaire

No entanto, outras escalas, de dimensões menores, debruçam-se sobre a perceção de saúde, nomeadamente a escala *The Health Perceptions Questionnaire*.

The Health Perceptions Questionnaire (John Ware, 1976) é um instrumento de auto-resposta que relata a perceção acerca da saúde em relação ao passado, ao presente e ao futuro, a resistência à doença e as atitudes em relação à mesma (Ware et al., 1984). É um instrumento de pesquisa que tem sido utilizado no *Rand Health Insurance Experiment*

(HIE) e é usado como preditor do uso dos cuidados de saúde mental (Ware et al., 1984).

O questionário de percepção acerca da saúde é composto na sua totalidade por 33 itens.

As questões foram testadas, originalmente, para o *Rand Health Insurance Experiment*, sendo que, posteriormente, alguns itens não satisfizeram por completo os critérios da escala e foram por essa mesma razão recusados (Ware et al., 1976).

Desses 33 itens que compõem a escala, 27 constituem seis subescalas: saúde atual (9 itens), saúde passada (3 itens), perspectivas de saúde (4 itens), resistência à doença (4 itens), preocupação com a saúde (5 itens) e orientação da doença (2 itens). Dos 27 itens usados nas subescalas, 22 deles compõem a *General Health Rating Index* (GHRI) de Ware (1984), que é um índice para avaliar a saúde geral (Davies et al., 1988).

Seis itens não são usados nas subescalas, os que cobrem a rejeição na doença e as atitudes em relação a ir ao médico (Davies et al., 1988). Esses itens são: 2,8,14,21,27,31.

Quando há indicação para avaliar a saúde geral mas não se dispõem de tempo suficiente para o preenchimento da versão de 22 itens do GHRI, também é possível efetuá-lo com uma subescala de saúde atual de 9 itens, esta pode ser usada, como uma versão de 4 itens, que inclui os itens 12, 17, 22 e 26 (Davies et al., 1988).

Todas as questões são classificadas enquanto respostas tipo Lickert numa escala de cinco pontos e todo o instrumento é auto administrado, tendo uma duração entre 7 e 11 minutos (Read et al., 1987). As pontuações são calculadas para cada uma das seis subescalas. Para a cotação, é necessário inverter a pontuação em diversos itens ao longo da escala. A pontuação dos itens 3, 5, 6, 9, 11, 12, 18, 20, 26, 29 e 30 é invertida, começando a resposta em 6. A pontuação para a questão 6 também é invertida, começando a resposta em 5.

Para cada escala, uma pontuação elevada representa mais qualidade relativamente ao título da escala; duas subescalas (preocupação em relação à saúde e orientação da doença) são negativas em relação ao tema.

Ware e colaboradores resolveram o problema dos dados em falta substituindo a pontuação média dos restantes itens da escala, depois de ter sido invertida adequadamente a pontuação dos respetivos itens (Davies et al., 1988).

O facto das correlações do total dos itens serem similares, faz com que não sejam utilizadas diferentes ponderações nestas pontuações (Davies et al., 1981). As pontuações brutas das subescalas e o GHRI podem ser transformadas numa escala de 0 a 100. A fórmula para se proceder a essa mesma transformação é a seguinte: Pontuação transformada= [(pontuação atual bruta – pontuação bruta mais baixa possível) / (pontuação bruta mais elevada possível – pontuação bruta mais baixa possível)] X 100.

Quanto ao critério de confiança da escala, há muitos dados sobre a consistência interna e a fiabilidade teste-reteste de diversas amostras de população.

Os resultados padrão são apresentados no quadro abaixo exibido (Figura 1).

Figura 1 - Valores de confiança das escalas do Questionário de Percepção acerca da Saúde.

Confiança das escalas do Questionário de Percepção Acerca da Saúde			
	Alfa	Estabilidade 1 ano	
Escala	n= 1.790	n= 4.700	n=1.200
Saúde atual (9 items)	0.91	0.88	0.58
Saúde atual (4 items)	Na	0.81	Na
Saúde anterior	0.73	0.65	0.67
Perspetivas para a saúde	0.75	0.73	0.59
Resistência à doença	0.71	0.70	0.65
Preocupação com a saúde	0.60	0.64	0.50
Orientação da doença	0.59	0.53	0.55
GHRI	Na	0.89	0.67

Numa análise do quadro, a primeira coluna refere-se e demonstra os coeficientes alfa médios de três testes de campo (total n= 2000) (Ware et al., 1979). Na segunda coluna

são fornecidos coeficientes alfa referidos por Davies e colaboradores, usando dados do *Health Insurance Experiment*. Na terceira e última coluna são apresentados os valores teste-reteste um ano depois, concebido pelo centro de Seattle do HIE (Davies et al., 1988). Os resultados dos níveis de confiança apresentam-se ligeiramente mais baixos nos grupos com estatuto sócio-económico mais baixo, nos grupos com menos educação e ainda nos grupos mais velhos (Ware et al., 1979). A confiança teste-reteste para GHRI com intervalos de 1, 2 e 3 anos, no HIE, foi respetivamente de 0.66, 0.59, 0.56 (Ware et al., 1984).

O questionário de perceção acerca da saúde foi concebido para medir seis aspetos da perceção da saúde. Assim, no que diz respeito ao critério de validade desta escala, as análises fatoriais dos dados dos testes preliminares confirmaram a existência de seis fatores principais e indicam que cada escala contribui com informação única relevante acerca da perceção da saúde (Ware et al., 1979).

Posteriormente, os resultados foram ainda similares em outras diferentes amostras. A escala da resistência à doença apresentava a separação menos clara e a análise fatorial de ordem superior cujo fator analisou a pontuação da escala, mais do que os itens individuais, apresentava uma sobreposição com diversos outros fatores (Ware et al., 1979).

Ware e colaboradores apresentaram numerosas correlações entre as subescalas e as variáveis de critério tais como dias incapacitantes, número/quantidade de problemas crónicos, nível de dor e do bem-estar psicológico (Ware et al., 1979). A grande maioria dos coeficientes ia ao encontro do que tinha sido colocado em hipótese, tal como acontece, por exemplo, no caso da saúde atual e saúde passada apresentarem uma relação positiva significativa com variáveis definindo estados de saúde favoráveis e relações negativas com variáveis definindo a saúde como má.

Os coeficientes obtidos, tipicamente recaíam no intervalo que vai de 0.30 a 0.60 (Ware et al., 1979).

Connelly e colaboradores (1989) controlaram as diferenças ao nível da saúde física e encontraram associações significativas entre as pontuações das perceções de saúde e ansiedade, depressão, preocupação e o recurso a comportamentos, tais como o número de visitas a médicos e telefonemas aos médicos. De facto, 5% das visitas foram atribuídas

apenas a fracas percepções acerca da saúde, na ausência de qualquer indicação médica para a visita (Conelly et al., 1989).

Não obstante a escassez de literatura acerca desta escala em concreto, o HPQ apresenta-se como sendo uma escala credível e com capacidade para predizer resultados fidedignos e de confiança passíveis de ser generalizados aquando de uma amostra propícia a tal objetivo.

De salientar que, tanto este como todos os instrumentos de base subjetiva, que visam avaliar a percepção do indivíduo, não obstante as críticas devido à sua subjetividade, têm vindo a comprovar a sua elevada eficácia (Azêdo, 2010).

Estudos sobre percepção de saúde

Diversos estudos foram já realizados tendo por base o conceito de percepção de saúde (Ferreira & Santana, 2003; Gomes & Tanaka, 2003; MacIntyre, Ford & Hund, 1999; McDonough & Walters, 2001; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Read & Gorman, 2006).

Ao longo destes estudos, procurando efetuar uma síntese dos aspetos mais relevantes, confirmou-se que, relativamente ao género, as mulheres apresentam-se com maior tendência para referir sintomas ou doenças, ainda que estas vivam um número mais alargado de anos relativamente ao sexo masculino (Ferreira & Santana, 2003; Gomes & Tanaka, 2003; MacIntyre, Ford & Hund, 1999; McDonough & Walters, 2001; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Constata-se também, que em alguns destes estudos supra referidos, o sexo masculino sofre mais de doenças crónicas, ao contrário do que acontece com as mulheres (Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002).

No estudo de Ferreira e Santana (2003), realizado com a população portuguesa, com recurso ao instrumento MOS SF-36, concluiu-se que, tal como foi já referido, os homens tendem a avaliar de forma mais positiva a sua saúde, demonstrando, assim, uma melhor percepção de saúde.

Outros aspetos importantes realçados nas conclusões de alguns destes estudos prendem-se com o facto de a idade também influenciar a forma como os indivíduos percecionam a sua saúde. Ao contrário do que acontece com aspetos emocionais, onde não

se encontram diferenças significativas, em aspetos físicos os indivíduos com idades mais jovens apresentam uma percepção de saúde mais positiva (Ferreira & Santana, 2003).

Relativamente ao estado civil, os indivíduos solteiros demonstram uma percepção de saúde mais positiva (Ferreira & Santana, 2003). Quanto às habilitações escolares, indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos apresentam uma percepção de saúde mais negativa, facto que os autores do estudo justificam com o facto de indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados se associarem a determinados hábitos e atitudes benéficos face à saúde (Gomes & Tanka, 2003; Ferreira & Santana, 2003; Fonseca et al., 2008; Matos & Albuquerque, 2006).

Com pertinência, conclui-se ainda que indivíduos que desempenham funções ligadas à área da saúde tendem a apresentar uma melhor percepção da sua saúde, podendo este facto estar ligado com os conhecimentos que estes vão obtendo ao longo da sua prática profissional (Matos & Albuquerque, 2006). Por outro lado, outros estudos concluíram que indivíduos que desempenham funções ligadas à área da saúde são mais suscetíveis de terem a sua percepção de saúde a nível mental afetada de forma negativa, devido às práticas a que são, por vezes, sujeitos no exercício das suas funções (Mendonça & Menandro, 2010).

Por último, também de realçar a conclusão que indivíduos com vivência de elevados níveis de *stress* têm uma percepção de saúde mais negativa (Fonseca, Blanck, Barros & Nahas, 2008).

Embora as conclusões, acima referidas, não resultem de estudos com recurso ao questionário utilizado no presente estudo, na sua generalidade visaram o estudo do mesmo construto: a percepção de saúde.

Um outro estudo, de natureza diferente dos acima referidos, utilizou o The Health Perception Questionnaire para avaliar se este cumpria com as qualidades psicométricas necessárias para poder ser utilizado em diferentes estudos. Neste mesmo estudo, que surgiu por iniciativa da National Center for Health Services Research (NCHSR), foi possível concluir que o questionário correspondia adequadamente às qualidades psicométricas exigidas, apesar de a versão utilizada conter alterações relativamente ao questionário original. Ou seja, o estudo foi realizado com alterações ao questionário, envolvendo

combinações diferentes dos grupos de itens que constituem as subescalas. Assim sendo, também esta investigação não se relaciona diretamente com o presente estudo.

De salientar que, apesar das múltiplas tentativas ao longo de toda a revisão de literatura efetuada, não foi possível encontrar estudos que tivessem como objetivo o estudo da percepção de saúde com recurso ao questionário utilizado neste estudo.

Finalmente, a percepção acerca do estado de saúde, sabe-se ser um dos melhores preditores de morbilidade, de mortalidade e de incapacidade funcional, pois a percepção de um estado negativo de saúde pode traduzir estados biopsicossociais negativos que promovam a doença, que facilmente iriam passar ao lado de instrumentos de carácter objetivo (Abellán, 2003; Azêdo, 2010).

Objetivo do estudo

O presente estudo desenvolvido teve como objetivo específico e único a validação do *The Health Perceptions Questionnaire* de John E. Ware (1976), em língua portuguesa Questionário de Percepção Acerca da Saúde, para a população alvo do estudo, a população portuguesa.

Hipótese

Como hipótese deste estudo, procura-se avaliar se a estrutura fatorial encontrada no modelo original proposto pelo autor, revela bons índices de adequabilidade, aquando da sua aplicação à população portuguesa.

Recorreu-se à análise fatorial confirmatória para encontrar a resposta.

No capítulo seguinte apresenta-se o estudo empírico, descrevendo-se os objetivos, os métodos utilizados, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de toda a investigação.

Capítulo 2: Estudo Empírico

Metodologia

Uma investigação inicia-se sempre pela formulação de um problema (Almeida & Freire, 2007).

A metodologia serve então, principalmente, para orientar e auxiliar o investigador a alcançar as informações e conhecimento que este pretende com o seu estudo, para dar assim, resposta aos seus objetivos principais, à sua formulação do problema.

No entanto, pode afirmar-se que o objetivo final prático da metodologia se relaciona com a capacidade de permitir perceber, não só ao investigador mas também ao leitor da investigação, não apenas os seus resultados mas todo o processo de investigação em si, todos os “caminhos” que o investigador percorreu e de que forma o fez.

O presente estudo, desenvolveu-se enquadrado numa metodologia quantitativa e descritiva. Esta, enquadra-se nas características da metodologia quantitativa na medida em que se trata de todo um processo de recolha de dados observáveis e quantificáveis, o que implica a pré-existência de uma estrutura definida e descritiva do fenómeno em estudo (Almeida et al., 1997). Por outro lado, afirma-se descritiva uma vez que é um estudo que se propõem investigar “o que é”, ou seja, descobrir as características de um determinado fenómeno (Richardson, 1989).

Segundo Diehl (2004) a escolha do método dá-se pela natureza do problema, bem como de acordo com o nível de profundidade que o investigador quer dar à investigação que vai levar a cabo, sendo que cabe a este último a decisão de procurar o método que mais se adequa não só ao tipo de estudo mas, também, ao próprio tema do mesmo.

O autor sublinha ainda, que esta técnica possibilita uma maior margem de segurança nas conclusões apresentadas (Diehl 2004).

Por sua vez, Richardson (1989), defende e afirma que este método caracteriza-se pela utilização da quantificação, tanto na fase de recolha de dados/informações, bem como no tratamento dos mesmos através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Acrescenta ainda que este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos.

Assim, de um modo geral, a metodologia quantitativa é aquela que é passível de ser medida em escala numérica (Rosental e Frémontier-Murphy, 2001).

Os dados obtidos serão, assim, posteriormente tratados sob uma forma numérica. Esta conversão posterior em números vai permitir verificar a ocorrência ou não das consequências existentes e daí a aceitação ou não das hipóteses que foram formuladas inicialmente, aquando da caracterização do nosso estudo. No caso específico deste estudo, o tratamento de dados foi feito com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.

O modelo utilizado para a análise dos respetivos dados obtidos foi a análise fatorial confirmatória, uma vez que este modelo nos permite obter índices através dos quais se pode proceder à confirmação de boa adequabilidade ou não do questionário *The Health Perceptions Questionnaire* quando aferido para a população portuguesa.

Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A análise fatorial é uma técnica de modelação linear geral, cujo o objetivo é reconhecer um conjunto reduzido de variáveis latentes (fatores ou construtos) que expliquem a estrutura correlacional observada entre um conjunto de variáveis manifestas (itens). Esta pode classificar-se segundo dois tipos de acordo com a anterior existência ou não, de hipóteses sobre a estrutura correlacional, respetivamente: 1) Análise Fatorial Exploratória (AFE) e 2) Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Marôco, 2014).

Trata-se de um método confirmatório usado quando existe informação prévia sobre uma estrutura fatorial que é necessário confirmar. Esta análise é usada, essencialmente, para confirmar padrões estruturais. Ao contrário do que acontece com a AFE, a AFC determina restrições sobre os fatores e as variáveis manifestas e, por defeito, os fatores comuns estão correlacionados. Os fatores específicos (erros ou resíduos) podem aparecer correlacionados sugerindo a existência de problemas com a conceptualização da medida das variáveis manifestas e/ou a existência de outros fatores comuns não contabilizados no modelo (Marôco, 2014).

A AFC, no âmbito da Análise de Equações Estruturais (AEE), é, geralmente utilizada para avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (itens). Neste contexto, a

AFC pode subsistir por si, como por exemplo na validação fatorial de um instrumento de medida psicométrico, ou pode contemplar o 1º passo na avaliação de um modelo de equações estruturais (modelo de medida+ modelo causal) (Marôco, 2014).

De um modo geral, na especificação da AFC, o número de fatores é já estabelecido anteriormente pelo investigador de acordo com a teoria ou com estudos anteriores. A “medida” destes fatores tem de ser especificada para identificar o modelo: ” 1) *fixando a trajetória do subescala para um dos itens num valor definido (geralmente 1:o subescala tem a mesma medida do item cuja trajetória é 1) e 2) standardizando o subescala, fixando a sua variância em 1.* ” (cit in Marôco, 2014, p. 181).

Os fatores comuns são refletidos em itens específicos, mesmo que um item possa ser reflexo de mais do que um subescala comum. A variabilidade do item não explicada pelo subescala comum é esclarecida por outros fatores latentes, específicos de cada item, não considerados no modelo (erros ou resíduos) (Marôco, 2014).

Em suma, o modelo geral da AFC é simplesmente o modelo de medida do modelo de equações estruturais, sendo habitual, e indispensável, avaliar, para além da qualidade local e da qualidade global do ajustamento, a fiabilidade e a validade do modelo ou instrumento de medida (Marôco, 2014).

Amostra

Considerando que o objetivo principal do estudo era o de validação do questionário para a população portuguesa, pretendeu-se aceder a uma amostra com um número considerável. Assim sendo, a amostra inquirida é constituída por um total de 600 indivíduos, tendo esta sido selecionada por conveniência, procurando assim satisfazer os requisitos para o cumprimento dos objetivos do estudo (Pasquali, 2003; Pais-Ribeiro, 2010; Quivy & Campenhoudt, 2008). Os participantes pertenciam às regiões geográficas de Vila Nova de Gaia e Aveiro.

No que diz respeito aos critérios de inclusão no estudo, os participantes deveriam ser de nacionalidade portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos e não ter, à data da recolha de dados, diagnóstico de doença crónica.

Método de recolha da amostra

A seleção destes participantes efetuou-se com recurso à técnica Bola de Neve (*snowball*). Esta técnica de seleção de participantes é uma forma de amostragem não probabilística, utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (WHA, 1994, cit in Baldin & Munhoz, 2011, p. 332).

Autores como Huisman, Marijtje e Van (2004) e Rodrigues; Mustaro (2006) enfatizam que a técnica “Bola de Neve” apresenta vantagens e desvantagens. Nesse mesmo entendimento, Albuquerque (2009, p. 22) destaca, que “uma limitação da técnica bola de neve se prende ao facto de que as pessoas recrutadas pelo método são apenas aquelas que são mais visíveis dentro da população”.

Segundo Sanchez e Nappo (2002), a escolha de sujeitos por meio da *snowball sampling*, a partir dos informadores chave, permite que os investigadores desenvolvam aproximação dentro da população investigada.

A técnica permite, ainda, a possibilidade de integrar, na amostra, perfis diferentes de sujeitos. Esta característica foi referida por Sanchez e Nappo (2002), ao afirmar que por meio das cadeias de informadores pode-se assegurar maior heterogeneidade entre os indivíduos “investigados”, pois chega-se facilmente ao contacto com pessoas pertencentes a grupos distintos, que vivem em diferentes regiões, mas que atendem aos critérios de seleção de interesse dos investigadores.

Medidas Estudadas

No que toca às medidas estudadas através das escalas aplicadas foram: a percepção acerca da saúde e o bem-estar psicológico geral.

Instrumentos

Neste estudo, os instrumentos aplicados foram os questionários de auto-preenchimento, o Questionário de Percepção acerca da Saúde e EBEPG –Escala de Bem – Estar Psicológico Geral:

➤ Os questionários de auto-preenchimento (Anexo 2) são constituídos por um conjunto de secções que dizem respetivamente respeito aos dados Sóciodemográficos (6 questões), relacionadas com o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão e ocupação nos tempos livres; Questões relacionadas com a doença (4 questões), onde se pretende saber se o indivíduo já teve alguma doença grave, se tem alguma doença crónica e se sim há quanto tempo é portador da mesma e ainda se já esteve hospitalizado;

➤ O Questionário de percepção acerca da saúde (Anexo 3) (John E. Ware, 1976) – 33 itens avaliados por uma escala tipo Likert, de auto-preenchimento. Destes 33 itens, 27 formam seis subescalas que avaliam a saúde no presente (9 itens), a saúde no passado (3 itens), perspetivas acerca da saúde (4 itens), resistência à doença (4 itens), preocupação com a saúde (5 itens) e orientação da doença (2 itens). Seis itens não são usados nas subescalas, nomeadamente os que cobrem a rejeição na doença e as atitudes em relação a ir ao médico (Davies et al., 1988). Esses itens são: 2,8,14,21,27,31. Para a cotação, é necessário inverter a pontuação em diversos itens ao longo da escala. A pontuação dos itens 3, 5, 6, 9, 11, 12, 18, 20, 26, 29 e 30 é invertida, começando a resposta em 6. A pontuação para a questão 6 também é invertida, começando a resposta em 5. O tempo de administração do instrumento estima-se entre 7 a 11 minutos (Read et al., 1987).

➤ O EBEPG –Escala de Bem – Estar Psicológico Geral (Anexo 4) (Dupuy, 1984) -22 itens de autoadministração, que estão divididos por duas subescalas (a escala afetiva e a escala negativa). Cada subescala tem entre 3 a 5 itens e cada item contem 6 opções de resposta (que vão de valor 0 a 5, de acordo com a intensidade e a frequência da experiência afetiva para o sujeito, sendo que 0 pontos corresponde a uma experiência mais negativa e 5 pontos a uma experiência

mais positiva). Esta escala pretende avaliar o Bem-estar Psicológico Geral em seis domínios afetivos: o autocontrolo, a saúde em geral, a vitalidade, a ansiedade, o humor depressivo e o bem-estar positivo. A dimensão autocontrolo é composta por 3 itens, a saúde em geral por 3 itens, a vitalidade por 4 itens, a ansiedade por 5 itens, o humor depressivo por 3 itens, e por fim, o bem-estar positivo por 4 itens. Todas as questões desta escala referem-se a sintomas e sentimentos vividos durante o último mês, pelo indivíduo. (Grossi et al., 2006). O tempo de administração da escala varia entre os 8 e os 15 minutos, sendo propícia uma breve preparação para o preenchimento do questionário (cerca de 30 minutos para uma pessoa com a escolaridade completa) (Leite, 2006).

Procedimentos

Todos os estudos e/ou investigações aplicadas a Seres Humanos levantam e questionam aspetos de natureza ética. Cinco princípios fundamentais passíveis de aplicar aos seres Humanos foram determinados pelos códigos de ética: “ O direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato, direito à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e/ou prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin 2009, p.116).

Assim, e tendo em conta não só os princípios éticos mas também todos os conhecimentos adquiridos, com base no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OOP, 2011) acerca dos princípios a ter em conta na investigação no que toca aos procedimentos utilizados ao longo de todo o processo de investigação, aos participantes foi primeiramente disponibilizado um consentimento informado (Anexo 1), onde o participante poderia ter acesso a toda a informação necessária para a sua decisão de integrar ou não o estudo em causa, nomeadamente informação sobre o objetivo do estudo, as suas características e que a sua participação era completamente voluntária e anónima.

Os questionários, inicialmente foram entregues diretamente aos participantes pelo investigador, sendo posteriormente preenchidos e devolvidos. Numa fase já mais avançada do processo, quando os questionários já não eram diretamente entregues pelo investigador ao participante e era necessário o recurso a terceiros, surgiu a necessidade de entregar,

juntamente com o questionário, um envelope no qual o indivíduo o colocaria após o seu preenchimento com vista a preservar o anonimato e a confidencialidade das respostas dos participantes.

O tempo de preenchimento dos questionários era variável, conforme a disponibilidade de cada participante.

Como já referido acima no texto, numa fase já posterior à entrega, preenchimento e recolha dos questionários, procedeu-se à codificação, inserção e processamento de todos os dados obtidos, recorrendo ao uso do programa de estatística, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20, para o Windows.

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos resultantes da análise e tratamento estatístico dos dados obtidos.

Resultados

Primeiramente será feita uma caracterização da amostra estudada, para que, de seguida, possam ser apresentados os resultados com base na análise de todos os dados recolhidos. Esses mesmos resultados serão apresentados e, posteriormente discutidos, com base no objetivo deste estudo e na informação obtida na literatura.

Caracterização da amostra

Para a constituição da amostra deste estudo foram seleccionados um total de 600 participantes, de ambos os sexos. No entanto, de salientar que na amostra predominaram os elementos do sexo feminino, num total de 409 (68.2%) participantes, sendo os restantes 191 (31.8%) do sexo masculino. O intervalo de idades situa-se entre os 18 e os 75 anos. A média das idades dos participantes é de 32.25 anos com um desvio-padrão de 12.92.

Quanto ao estado civil de cada participante, 138 (23.0%) afirmam ser solteiros, 205 (34.2%) afirmam ter namorado/a, 234 (39.0%) encontram-se casados ou em união de facto, 17 (2.8%) encontram-se divorciados ou separados e, ainda, 6 (1.0%) são viúvos.

No que diz respeito ao percurso académico, mais especificamente ao nível de escolaridade dos 600 participantes, a maioria (41.8%) afirma ter frequentado e terminado o ensino secundário. Os dados obtidos para esta variável demonstram que 29 (4.8%) completaram o 1º ciclo (4º ano), 29 (4.8%) completaram o 2º ciclo (6º ano), 64 (10.7%) completaram o 3º ciclo (9º ano), 251 (41.8%) completaram o ensino secundário (12º ano), 198 (33.0%) são licenciados, 26 (4.3%) têm o mestrado e, apenas, 3 (.5%) completaram o doutoramento.

Relativamente à profissão, de entre todos os participantes, 142 (23.7%) são neste momento estudantes, 335 (55.8%) são trabalhadores, 43 (7.2%) possuem o estatuto de trabalhador/estudante, 6 (1.0%) são domésticas, 51 (8.5%) encontram-se desempregados e, ainda, 23 (3.8%) participantes estão já reformados.

Foi, ainda, incluída no questionário uma questão relacionada com a ocupação dos tempos livres (*hobbies*) dos participantes. Nesta questão, 233 (38.8%) dos participantes responderam negativamente, afirmando não ter qualquer tipo de *hobbies* e um total de 367 (61.2%) dos participantes afirmam ter algum tipo de *hobbies*.

O questionário contemplava, ainda, uma pequena série de questões relacionadas com a doença, sendo que a primeira questão se pretendia com o facto dos participantes terem já vivenciado uma doença grave, uma segunda questão com o facto dos participantes serem ou não portadores de uma doença crónica e por consequente uma questão sobre o tempo dessa doença crónica, e por fim, os participantes encontravam uma questão onde lhes era questionado se já tinham sido alguma vez hospitalizados.

Quanto à existência de uma doença grave, 507 (84.5%) afirmaram não ter ainda vivenciado uma doença grave e os restantes 93 (15.5%) dos participantes afirmaram ter já vivenciado uma doença grave.

Relativamente à situação de doença crónica, a grande maioria afirma não ter qualquer tipo de doença crónica, correspondendo a 527 (87.8%) dos participantes, sendo que os restantes 73 (12.2 %) participantes afirmam sofrer de uma doença crónica.

Destes 73 participantes que responderam afirmativamente à questão da doença crónica, 3 (.5%) são portadores da doença há menos de um ano, 11 (1.8%) entre um e três anos, 10 (1.7%) entre três e cinco anos e a maioria, 49 (8.2 %) dos participantes afirmam ter a doença crónica há mais de 5 anos.

Quanto à hospitalização, cerca de 322 (53.7%) dos participantes nunca foram hospitalizados e 278 (46.3%) afirmaram já terem sido hospitalizados.

Estatística Descritiva

Após o tratamento dos dados obtidos, apresentam-se os resultados decorrentes da análise estatística descritiva.

Na tabela 1 pretende-se sintetizar os resultados das subescalas do Questionário de Percepção Acerca da Saúde referentes às medidas descritivas utilizadas.

Tabela 1 - Tabela de frequências das subescalas do Questionário de Percepção Acerca da Saúde (John E. Ware, 1976)

Subescalas QPAS	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Alfa de Cronbach
<i>Saúde Atual</i>	31,5000	6,04242	11,00	45,00	,862
<i>Saúde Anterior</i>	10,6833	2,67238	3,00	15,00	,609
<i>Perspectivas Saúde</i>	14,0717	2,67428	6,00	53,00	,501
<i>Resistência à Doença</i>	12,9265	2,47218	6,00	42,00	,245
<i>Preocupação com Saúde</i>	16,9165	3,02935	10,00	68,00	,152
<i>Orientação para Doença</i>	6,4967	2,60793	2,00	52,00	,497

Ao analisar a tabela 1 referente às frequências das subescalas do questionário utilizado neste estudo, concluímos que os resultados obtidos nos indicam, nomeadamente através dos valores de Alfa de Cronbach que a maioria dos valores não são indicadores de boa fiabilidade (valores apresentados abaixo de 0.70), ou seja, podemos assim afirmar que, desde logo, o questionário não apresenta uma boa consistência interna, não havendo dentro do mesmo uma boa correlação entre os diferentes itens que compõem cada subescala. Apenas o valor de Alfa de Cronbach referente à subescala Saúde Atual se apresenta com um valor considerado indicador de boa fiabilidade, uma vez que se situa acima de 0.80.

Podemos ainda proceder a uma breve análise destes resultados obtidos em relação ao valores de Alfa de Cronbach, cruzando informações com a Figura 1, que nos apresenta os valores de confiança das escalas do Questionário de Percepção acerca da Saúde num outro estudo, podendo fazer-se uma espécie de comparação.

Os valores referidos na Figura 1 descrevem valores de Alfa de Cronbach na sua totalidade superiores aos alcançados com o presente estudo para cada subescala.

De salientar o valor das subescalas Resistência à Doença e Preocupação com Saúde, pois são as que apresentam valores significativamente menores em relação ao obtidos e descritos na Figura 1.

Tabela 2 - Tabela de frequências dos itens do Questionário de Percepção Acerca da Saúde (John E. Ware, 1976).

Itens	Extenso	Média	D.P	Mín.	Máx.	Ass	Curto se	Completamente Verdadeira	Verdadeira	Não sei	Falsa	Completamente Falsa
1	De acordo com os médicos por mim consultados, a minha saúde está agora excelente.	3,8067	,84290	1,00	5,00	-,931	1,068	96 (16,0%)	354 (59,0%)	96 (16,0%)	46 (7,7%)	8 (1,3%)
2	Tento evitar que a doença interfira na minha vida.	4,1267	,73133	1,00	5,00	-1,717	5,958	157 (26,2%)	395 (65,8%)	28 (4,7%)	7 (1,2%)	13 (2,2%)
3	Parece que adoeço mais facilmente do que as outras pessoas.	3,7333	1,10193	1,00	5,00	-1,020	,438	39 (6,5%)	52 (8,7%)	75 (12,5%)	298 (49,7%)	136 (22,7%)
4	Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.	3,3300	,97091	1,00	5,00	-,470	-,775	35 (5,8%)	295 (49,2%)	117 (19,5%)	139 (23,2%)	14 (2,3%)
5	Provavelmente, no futuro,	3,2133	,82803	1,00	5,00	,364	,613	11 (1,8%)	67 (11,2%)	360 (60,0%)	107 (17,8%)	55 (9,2%)

	ficarei doente muitas vezes.											
6	Nunca me preocupo com a minha saúde.	4,0400	,83240	1,00	5,00	-1,382	2,619	9 (1,5%)	39 (6,5%)	25 (4,2%)	373 (62,2%)	154 (25,7%)
7	A maioria das pessoas adoece mais facilmente do que eu.	2,9967	,87822	1,00	5,00	,006	-,005	25 (4,2%)	130 (21,7%)	288 (48%)	132 (22%)	25 (4,2%)
8	Não gosto de ir ao médico.	3,1833	1,17843	1,00	5,00	-,255	-1,282	55 (9,2%)	278 (46,3%)	27 (4,5%)	202 (33,7%)	38 (6,3%)
9	Estou um pouco doente.	3,7133	,96404	1,00	5,00	-,645	-,314	5 (,8%)	91 (15,2%)	86 (14,3%)	307 (51,2%)	111 (18,5%)
10	No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço.	3,4283	,96596	1,00	5,00	-,309	-,330	73 (12,2%)	227 (37,8%)	198 (33,0%)	85 (14,2%)	16 (2,7%)
11	Uma vez estive tão doente que pensei que morreria.	3,7600	1,13043	1,00	5,00	-,986	,125	33 (5,5%)	79 (13,2%)	37 (6,2%)	301 (50,2%)	150 (25,0%)

12	Não sou tão saudável agora, como já fui.	3,0667	1,1893 6	1,00	5,00	-,039	-1,247	45 (7,5%)	210 (35,0%)	65 (10,8%)	220 (36,7)	60 (10,0%)
13	Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde deles.	3,1383	,97165	1,00	5,00	-,280	-,343	34 (5,7%)	194 (32,3%)	227 (37,9%)	111 (18,5%)	34 (5,7%)
14	Quando estou doente, tento continuar como de costume.	3,7850	,90930	1,00	5,00	-1,300	1,431	82 (13,7%)	407 (67,8%)	26 (4,3%)	70 (11,7%)	15 (2,5%)
15	O meu corpo parece resistir muito bem à doença.	3,6517	,90093	1,00	5,00	-,837	,391	71 (11,9%)	342 (57,0%)	105 (17,5%)	71 (11,8%)	11 (1,8%)
16	Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida.	3,2483	1,1396 6	1,00	5,00	-,416	-1,022	52 (8,7%)	286 (47,7%)	61 (10,2%)	161 (26,8%)	40 (6,7%)

17	Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço.	2,9450	,89814	1,00	5,00	-,072	,223	26 (4,3%)	109 (18,2%)	310 (51,7%)	116 (19,3%)	39 (6,5%)
18	Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora.	3,0833	,88564	1,00	5,00	,213	,057	16 (2,7%)	122 (20,3%)	300 (50,0%)	120 (20,0%)	42 (7,0%)
19	Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.	3,6267	1,10423	1,00	5,00	-,797	-,358	108 (18,0%)	323 (53,8%)	30 (5,0%)	115 (19,2%)	24 (4,0%)
20	Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha.	3,2650	,93071	1,00	5,00	-,163	-,312	17 (2,8%)	102 (17,0%)	234 (39,0%)	199 (33,2%)	48 (8,0%)
21	Quando estou doente, tento guardar isso	2,9567	1,20438	1,00	5,00	,014	-1,400	42 (7,0%)	242 (40,3%)	18 (3,0%)	244 (40,7%)	54 (9,0%)

	para mim.											
22	A minha saúde é excelente.	3,3667	1,00361	1,00	5,00	-,536	-,421	50 (8,3%)	277 (46,2%)	141 (23,5%)	107 (17,8%)	25 (4,2%)
23	Espero ter uma vida com muita saúde.	4,2817	,69267	1,00	5,00	-,954	1,641	236 (39,3%)	312 (52,0%)	38 (6,3%)	13 (2,2%)	1 (,2%)
24	A minha saúde é uma preocupação na minha vida.	3,8983	,92525	1,00	5,00	-1,142	,969	131 (21,8%)	367 (61,2%)	20 (3,3%)	74 (12,3%)	8 (1,3%)
25	Às vezes, sinto que vou adoecer.	3,1717	1,10040	1,00	5,00	-,389	-1,153	30 (5,0%)	297 (49,5%)	55 (9,2%)	182 (30,3%)	36 (6,0%)
26	Ultimamente, tenho-me sentido mal.	3,7817	,93566	1,00	5,00	-1,037	,617	10 (1,7%)	81 (13,5%)	39 (6,5%)	370 (61,7%)	100 (16,7%)
27	Não me incomoda ir ao médico.	3,2250	1,22347	1,00	5,00	-,200	-1,337	79 (13,2%)	258 (43,0%)	18 (3,0%)	209 (34,8%)	36 (6,0%)
28	Nunca estive seriamente doente.	3,2967	1,23877	1,00	5,00	-,324	-1,223	90 (15,0%)	263 (43,8%)	24 (4,0%)	181 (30,2%)	42 (7,0%)
29	Quando alguma coisa está para acontecer,	2,4917	1,01734	1,00	5,00	,552	-,597	75 (12,5%)	302 (50,3%)	89 (14,8%)	121 (20,2%)	13 (2,2%)

	geralmente apercebo- me.											
30	Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde.	3,9266 7	,86363 5	1,000	5,000	-,997	1,129	7 (1,2%)	45 (7,5%)	70 (11,7%)	341 (56,8%)	137 (22,8%)
31	Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.	4,1067	,76568	1,00	5,00	-1,124	2,079	172 (28,7%)	356 (59,3%)	39 (6,5%)	30 (5,0%)	3 (0,5%)
32	Sinto-me tão bem agora como sempre me tenho sentido.	3,5633	1,0509 5	1,00	5,00	-,596	-,633	92 (15,3%)	306 (51,0%)	63 (10,5%)	126 (21,0%)	13 (2,2%)
								Muito	Alguma Coisa	Um Pouco	Nada	_____
33	Durante os últimos três meses, quanto é que a sua saúde o preocupou ou aborreceu?	2,4917	,92630	1,00	4,00	,151	-,840	81 (13,5%)	244 (40,7%)	174 (29,0%)	101 (16,8%)	_____

A tabela 2 referente às frequências dos itens do Questionário de Percepção Acerca da Saúde, permite concluir que os resultados obtidos indicam que, na generalidade, as respostas tendem a ter valores mais elevados nas opções de resposta verdadeira, em itens que apresentam questões de ordem dita positiva pela interpretação do participante (ex: “Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.”) ao contrário do que acontece com itens que apresentam questões de ordem mais negativa pela interpretação do participante (ex: “Estou um pouco doente.”), onde os resultados tendem a ser mais elevados nas opções de resposta falso.

Quando as questões se referem a situações futuras ou a comparações com outros indivíduos, a grande maioria recai sobre a resposta “não sei”. Estes valores permitem perceber que, de uma forma geral, os participantes percecionam a sua saúde de uma forma positiva, no entanto, as variáveis sócio-demográficas como a idade por exemplo exercem influência sobre esta mesma percepção.

Resultados Análise Fatorial Confirmatória

Este primeiro modelo de análise fatorial confirmatória representa o modelo segundo o autor original, John Ware (1976) não tendo sido feitas qualquer tipo de alterações sobre o mesmo.

Confirmatory Factor Analysis - Model 0
 $\chi^2(309)=1948,412$; $p=,000$; $\chi^2df=6,306$; CFI=,673; PCFI=,593;
 SRMR = ,0942; RMSEA=,094; $p[\text{rmsea} \leq 0.05]=,000$

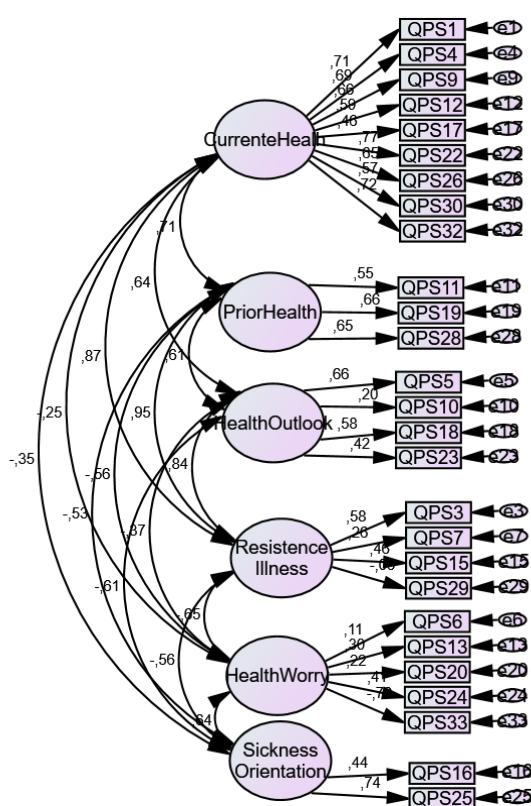


Figura 2 - Modelo 0 da análise fatorial confirmatória.

Nem todos os itens assumem valores fatoriais elevados, nomeadamente nos casos dos itens seguintes: item QPS17 que apresenta um valor de 0,46, item QPS10 que apresenta um valor de 0,20, item QPS23 que apresenta um valor de 0,42, item QPS7 que apresenta um valor de 0,26, item QPS15 que apresenta um valor de 0,46, item QPS6 que apresenta um valor de 0,11, item QPS13 que apresenta um valor de 0,36, item QPS20 que apresenta um valor de 0,22, item QPS24 que apresenta um valor de 0,41 e do item QPS16

que apresenta um valor de 0,44. Todos estes valores são considerados inaceitáveis, uma vez que não alcançam o valor pretendido (≥ 0.50).

Os índices de qualidade de ajustamento não revelam bons resultados, ao invés, alguns revelam realmente mau ajustamento, sendo esses: $X^2/df = 6,306$; CFI=0,673; PCFI=0,593. O índice SRMR=0,0942 ainda que com um valor aproximado do valor de referência, demonstra ainda um valor desfavorável e o índice RMSEA= 0,094 $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$ mostra-se com um valor sofrível.

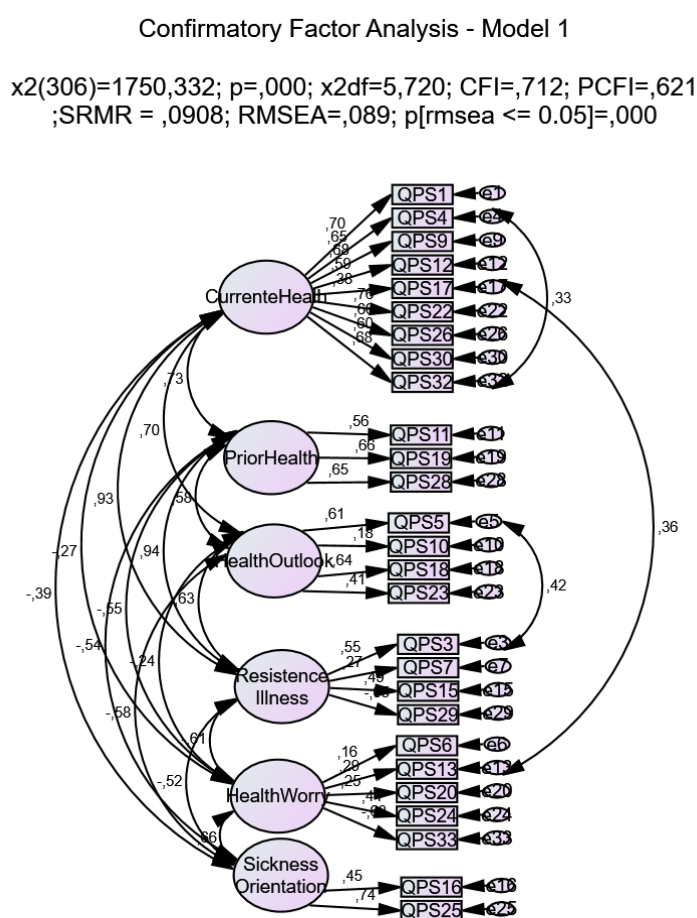


Figura 3 - Modelo 1 da análise fatorial confirmatória.

No segundo modelo apresentado, Modelo1 (Figura3) mantiveram-se todos os itens apresentados no modelo original, no entanto foram estabelecidas covariâncias com índices de modificação >15 .

Uma vez mais os índices de qualidade de ajustamento não revelam, na sua totalidade, bons resultados. Índices como: $X^2/df=5,720$ e $CFI=0,712$ permanecem com valores de mau ajustamento. Por outro lado, ao contrário do que nos apresentou o Modelo O, neste modelo o índice $PCFI= 0,621$ apresenta-se com um valor indicativo de bom ajustamento. O índice $SRMR=0,0908$ diminui o seu valor em relação ao modelo original, apresentando um valor desfavorável e o índice $RMSEA= 0,089$ $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$ permanece ainda com valor sofrível.

De salientar que ainda se encontram no modelo os vários itens que apresentam peso fatorial fraco, o que sugere a necessidade da sua extinção, reespecificando-se o modelo.

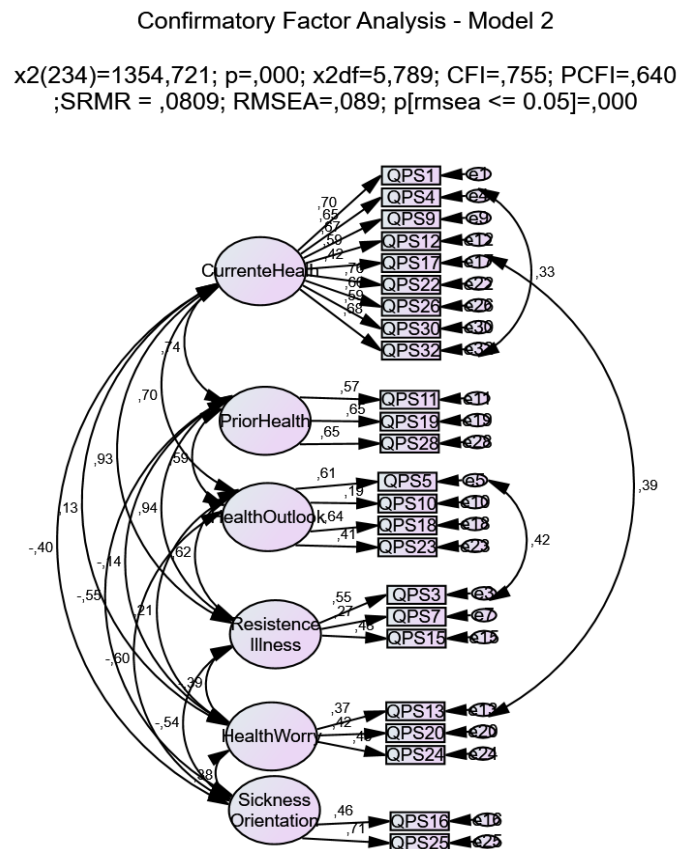


Figura 4 - Modelo 2 da análise fatorial confirmatória.

No terceiro modelo apresentado, Modelo 2 (Figura 4), procedeu-se já à eliminação de alguns itens, nomeadamente: itens 6 e 33 relativos à subescala Preocupação

com a Saúde e item 29 relativo à subescala Resistência à doença. A eliminação destes itens referidos obedeceu ao facto de estes saturarem no fator de forma negativa ou de uma forma considerada demasiado baixa ($<.20$.)

Os índices $X^2/df=5,789$ e $CFI=0,755$, apesar das pequenas alterações já feitas no modelo, descrevem ainda valores de mau ajustamento, embora o valor do índice de CFI tenha já um valor mais elevado. Neste modelo o índice $PCFI= 0,640$, à semelhança do modelo apresentado anteriormente, Modelo 1 (Figura3), apresenta-se com um valor indicativo de bom ajustamento, tendo também este item aumentado o seu valor em relação ao valor alcançado no modelo anterior. O índice $SRMR=0,0809$ voltou a apresentar uma descida no seu valor, contrariamente ao esperado, permanecendo com uma apresentação de um valor desfavorável e o índice $RMSEA= 0,089$ $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$, sem qualquer tipo de alteração no valor, permanece ainda com valor sofrível.

Repare-se que com a eliminação dos itens 6 e 33, os restantes itens associados à mesma subescala aumentaram o seu peso fatorial.

Uma vez mais, observou-se a permanência de itens com pesos fatoriais fracos, alguns desses itens serão eliminados no modelo que se segue.

Confirmatory Factor Analysis - Model 3

$\chi^2(191)=1133,009$; $p=,000$; $\chi^2/df=5,932$; CFI=,783; PCFI=,648;
 SRMR = ,0804; RMSEA=,091; $p[rmsea \leq 0.05]=,000$

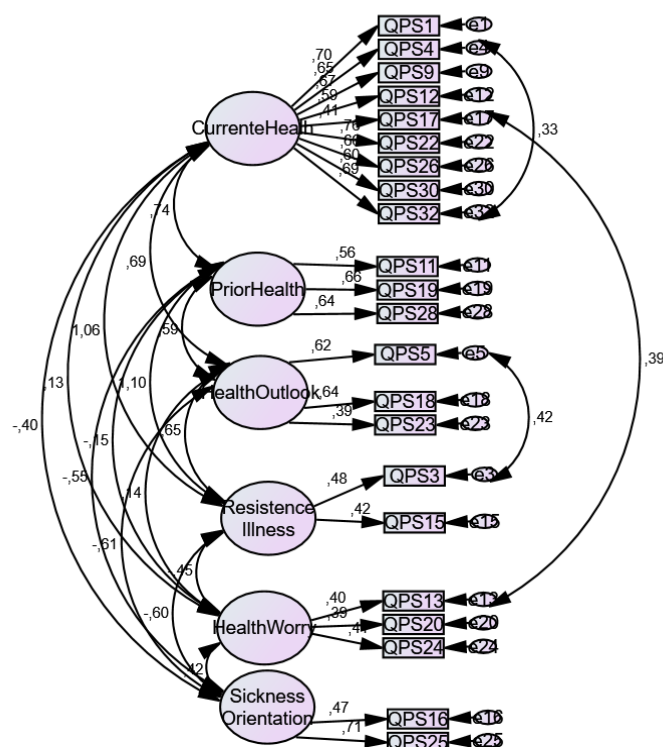


Figura 5 - Modelo 3 da análise fatorial confirmatória.

No Modelo 3, permaneceram eliminados os itens 6, 33 e 29, e foram ainda eliminados outros dois itens que saturavam no fator abaixo de .30, nomeadamente o item 7 relativo à subescala Resistência à Doença e o item 10 relativo à subescala Perspetivas para a Saúde.

Após esta nova alteração, os valores de índices de ajustamento apresentados apresentaram algumas alterações, no entanto não suficientemente boas.

O índice $\chi^2/df=5,932$ aumentou o seu valor, ao contrário do que é recomendado, e permaneceu como um mau valor. O índice CFI=0,783 aumentou o seu valor conforme o que se pretendia, no entanto apresenta-se, ainda, como um índice de mau ajustamento. O índice PCFI= 0,648 também teve um aumento no seu valor ainda que muito longe do

suficiente para ser considerado um valor muito bom de ajustamento, permanecendo assim com um valor indicativo de bom ajustamento. O índice SRMR=0,0804 apresenta um valor desfavorável e o índice RMSEA= 0,091 $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$, permanece ainda com valor sofrível.

Repare-se ainda que com a eliminação do item 7, os itens 3 e 15 que estão associados à mesma subescala que o item 7 desceram os valores do peso fatorial, enquanto que com a eliminação do item 10, alguns itens associados à mesma subescala aumentaram o valor e um outro baixou o seu peso fatorial.

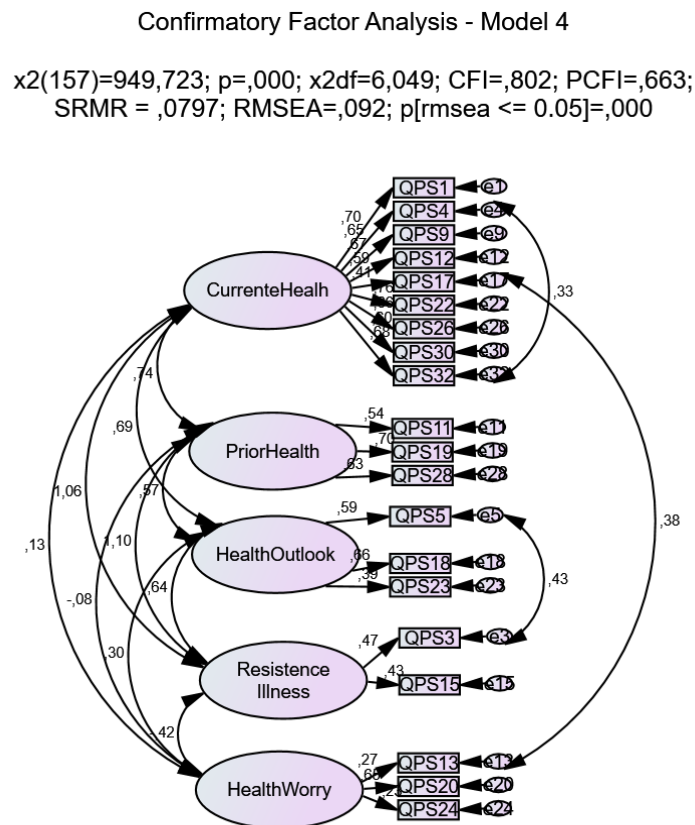


Figura 6 - Modelo 4 da análise fatorial confirmatória.

No Modelo 4, para além das alterações já efetuadas ao modelo original ao longo dos modelos apresentados, procedeu-se à eliminação da subescala Orientação da Doença que se correlacionava com as restantes subescalas de forma negativa e fraca.

Ainda assim, o modelo apenas obteve ligeiras melhorias, que não foram de todo suficientes para a obtenção de melhores índices de ajustamento.

O índice $X^2/df=6,049$ teve um novo aumento, ou seja, o valor piorou, permanecendo como um mau valor. O índice $CFI=0,802$ teve um aumento no seu valor, passando de um valor de mau ajustamento nos modelos anteriores, para um valor sofrível. O índice $PCFI= 0,663$ também teve um aumento no seu valor com estas novas alterações no modelo, mas manteve-se com um valor indicativo de bom ajustamento. O índice $SRMR=0,0797$ baixou o seu valor em relação ao modelo anterior e apresenta um valor desfavorável. Por fim, o índice $RMSEA= 0,092$ $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$, mantém um valor sofrível.

Confirmatory Factor Analysis - Model 5

$\chi^2(155)=881,027$; $p=,000$; $\chi^2/df=5,684$; CFI=,819; PCFI=,668;
SRMR = ,0786; RMSEA=,088; $p[rmsea \leq 0.05]=,000$

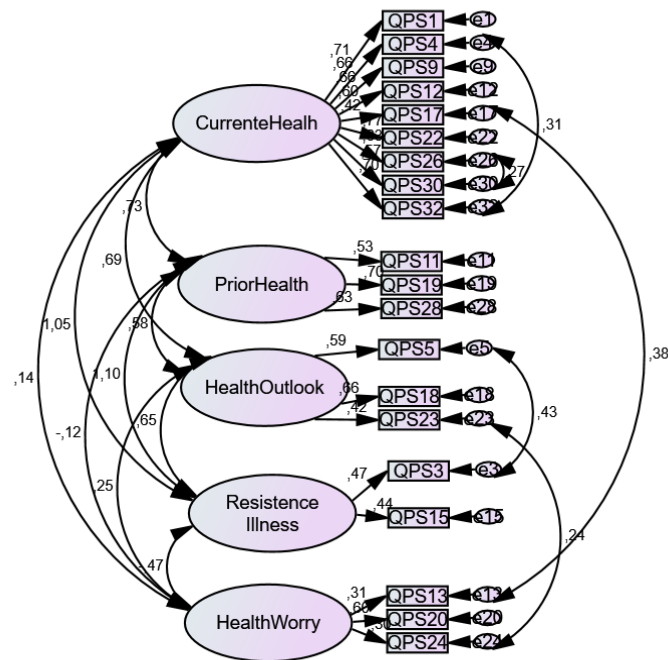


Figura 7 - Modelo 5 da análise fatorial confirmatória.

No modelo 5, à semelhança dos procedimentos adotados para o modelo 2, estabeleceram-se mais duas covariâncias com índices de modificação > 20 (e26-e30 e e23-e24).

Com estas alterações, o modelo obteve algumas melhorias ainda que ligeiras.

O índice $X^2/df=5,684$, ao contrário do sucedido no modelo anterior, teve uma baixa no seu valor que não se mostrou suficiente, sendo que o valor permaneceu como um mau valor. O índice CFI=0,819 teve um novo aumento no seu valor, representando um valor sofrível. O índice PCFI= 0,668, tal como nos modelos anteriores, neste modelo apresenta-se com um valor indicativo de bom ajustamento. O índice SRMR=0,0786 baixou novamente o seu valor ainda que ligeiramente em relação ao modelo anterior e continua a apresentar um valor desfavorável, por sua vez o índice RMSEA= 0,088 $P[rmsea \leq$

0,05]=0,000 obteve um aumento no seu valor , no entanto permanece com um valor considerado sofrível.

Confirmatory Factor Analysis - Model 6
 $\chi^2(105)=578,568$; $p=,000$; $\chi^2df=5,510$; CFI=,836; PCFI=,646;
 SRMR = ,0758; RMSEA=,087; $p[rmsea \leq 0.05]=,000$

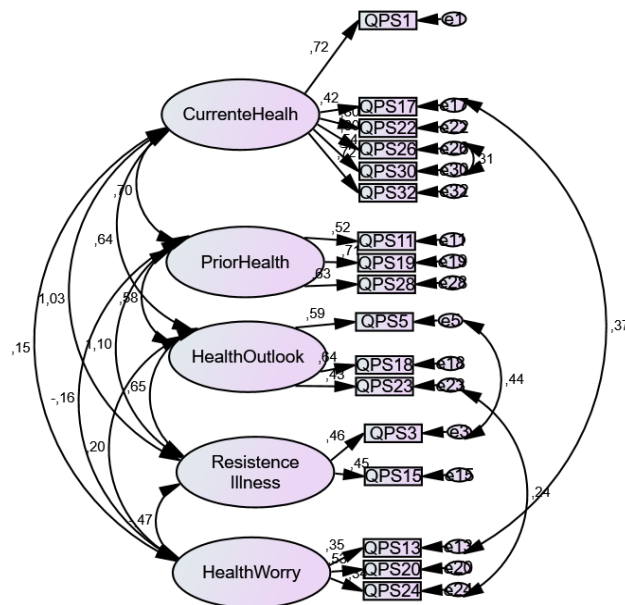


Figura 8 - Modelo 6 da análise fatorial confirmatória.

Por último, no modelo 6 as alterações prenderam-se com a eliminação de itens cujos erros se correlacionavam com vários outros itens de outros fatores no modelo, tornando-se assim itens problemáticos para um bom ajustamento. Esses itens foram: itens 4, 9 e 12 relativos à subescala Saúde Atual.

No entanto, com a análise dos novos índices obtidos após a alteração que será descrita de seguida, pôde constatar-se que o modelo mesmo assim não obtém melhoras substanciais.

Em relação ao índice $X^2/df=5,510$, este teve uma nova baixa no seu valor que se manteve insuficiente para que o valor fosse considerado como benéfico para o ajustamento, assim, este permaneceu como um valor mau de ajustamento. O índice $CFI=0,836$ obteve um novo aumento no seu valor em relação ao modelo anterior, contudo, representa ainda um valor considerado sofrível. O índice $PCFI= 0,646$, em relação ao modelo anterior o seu valor baixou, mas manteve-se com um valor indicativo de bom ajustamento. O índice $SRMR=0,0758$, conforme o que se tem vindo a verificar nos valores em modelos anteriores, este baixou novamente o seu valor em relação ao valor apresentado no modelo anterior e continua a apresentar um valor desfavorável. O índice $RMSEA= 0,087$ $P[rmsea \leq 0,05]=0,000$ ao invés do sucedido no modelo anterior, este índice diminuiu o seu valor de forma não significativa permanecendo com um valor considerado sofrível.

De salientar que, após as várias alterações feitas do modelo, continuam a persistir itens com pesos fatoriais considerados baixos.

Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados, obtidos através do tratamento dos dados com base na Análise Fatorial Confirmatória, apresenta-se a respetiva análise e discussão, para que de forma clara e sucinta possam ser apresentadas as principais conclusões.

O presente estudo teve como principal objetivo proceder à validação do *The Health Perceptions Questionnaire*, para a população portuguesa.

De referir que, devido à escassez de estudos realizados com recurso ao questionário utilizado neste estudo, tornou-se extremamente difícil obter dados quanto ao preenchimento das qualidades psicométricas do mesmo.

O modelo original de John Ware (1976) utilizado para o *The Health Perceptions Questionnaire*, após a análise dos resultados obtidos não apresentou qualidades psicométricas adequadas quando aferido para a população portuguesa. Assim, este modelo não permite que se proceda a uma validação deste instrumento para esta mesma população.

De salientar que, desde o início, não foi testado o modelo de 2º ordem, uma vez que, quando as correlações entre fatores são fracas ou vão no sentido contrário ao que era esperado, conforme é o caso do modelo original, que nos apresenta a existência correlações negativas entre os fatores, apenas se deve testar o modelo de 1ª ordem. Isto significa que os fatores não medem todos um fator de ordem comum, sobretudo se as correlações são negativas (Marôco, 2010).

A amostra do presente estudo, utilizada para a validação do modelo demonstrou não cumprir com os pressupostos estatísticos, ou seja, a amostra estudada apresentou algumas especificidades que a caracterizaram como sendo demasiado concentrada em certos aspetos. Este facto veio influenciar os resultados obtidos.

Este facto pode ser observado recorrendo à análise descritiva da amostra, tendo em conta determinadas características da população.

Assim, ao nível da faixa etária, que se estipulou ser entre os 18 e os 75 anos, a população apresentou uma média de 32.25 ($M=32.25$).

Ao nível das habilitações escolares, grande parte da população declarou ter apenas o ensino secundário (41.8%) e uma outra grande parte declarou ter concluído licenciatura

(33.0%), sendo que nas restantes habilitações a distribuição da amostra apresentou-se mínima.

Também a nível da profissão, a esmagadora maioria da população tem o estatuto de trabalhador (55,8%), sendo que a restante população se distribui pelas restantes profissões apresentadas.

Ainda que nas restantes características sócio-demográficas, os valores se encontrem distribuídos de forma equilibrada, os valores acima referidos exercem influência suficiente sobre os dados obtidos.

Os valores referentes à assimetria (Sk) e curtose (Ku), confirmaram enquadrar-se dentro dos valores de referência.

No entanto, nenhum dos modelos reespecificados e testados permitem o alcance de bons índices de ajustamento, o que reforça a ideia da especificidade da amostra e da presença de *outliers* que estão a bloquear o modelo, uma vez que na generalidade as distâncias de Mahalanobis (p_1 e $p_2 > 0.001$) detetaram a presença de outliers, não permitindo o cumprimento deste mesmo critério. Para a correção deste critério, seria necessário eliminar na base de dados, por demonstrarem ser outliers, as seguintes observações: 33; 302; 304; 81; 254; 353; 522; 466; 89; 38; 336; 65; 71; 354; 59; 586; 266; 592.

Após as várias alterações feitas ao modelo original, constatou-se que permanecem demasiados itens com pesos fatoriais considerados extremamente baixos e que mesmo com a eliminação desses itens não se conseguiria obter melhores índices de ajustamento.

De acordo com Hair et al. (2006), as modificações aos modelos devem ser realizadas após uma análise cuidada, sendo a mais comum (no caso da AFC), a eliminação dos itens que não apresentam bons valores no que respeita à integridade do modelo, ajustamento e validade de constructo. No caso concreto deste estudo, os índices de ajustamento do modelo não apresentaram melhorias significativas com a eliminação de itens, continuando a apresentar valores inaceitáveis.

O facto de a amostra ter sido seleccionada por conveniência, proporcionou que a mesma fosse caracterizada com níveis elevados de homogeneidade e saturação, o que não

permitiu de todo alcançar uma amostra que fosse representativa da população portuguesa, para a qual tinha o objetivo de validar o questionário.

As semelhanças constatadas com os estudos referidos no capítulo da revisão de literatura, prendem-se com o facto de algumas das variáveis sócio-demográficas, como a idade e o género, exercerem definitivamente influência nos resultados obtidos. Relativamente ao estudo que foi apresentado que alterou o modelo proposto pelo autor, este vem de encontro às conclusões do presente estudo, que defendem que seria necessário proceder-se a alterações tanto a nível dos itens como das subescalas que compõem o questionário. Essas alterações teriam de ser sempre testadas com vista a um melhoramento do modelo até que fosse possível alcançar valores aceitáveis.

No capítulo que se segue serão apresentadas as principais conclusões finais, assim como será também efetuada uma reflexão crítica quanto a todo o trabalho desenvolvido, incluindo, ainda, as principais limitações do estudo bem como opções de melhoria para estudos futuros da mesma natureza.

Conclusão

O presente estudo propôs-se fazer uma validação do *The Health Perceptions Questionnaire* para a população portuguesa, recorrendo ao uso da técnica de análise fatorial confirmatória.

Como conclusões relevantes sublinha-se o facto de efetivamente não ser possível a validação do instrumento para a população portuguesa através das alterações efetuadas ao modelo original, o questionário não preencher de forma esperada as qualidades psicométricas necessárias e ainda os diferentes valores alcançados que se distanciam em demasia dos valores de referência.

Quanto ao questionário em si, independentemente de todas as vantagens que um questionário tem, existem sempre algumas desvantagens, das quais se destacam o facto de o questionário depender totalmente da linguagem, assim, de entre as muitas justificações encontradas ao longo do estudo, uma das justificações para a não adequabilidade do modelo pode ter a ver com a formulação de cada item.

Relativamente às limitações do estudo, fui-me deparando gradualmente com algumas ao longo de todo o trabalho, no entanto, foi numa fase já final do mesmo, ou seja, na apresentação dos resultados que encontrei as mais relevantes.

Como limitações sublinha-se o facto de a amostra ser de tamanho reduzido e com características muito semelhantes, o que não permitiu que esta se tornasse representativa da população portuguesa. Também o tempo limitado para o desenvolvimento de todo o trabalho demonstrou ser uma limitação, na medida em que não permitiu abranger um maior número de participantes e obter respostas mais fiáveis.

Outra limitação com peso considerável no resultado do presente estudo, diz respeito à escassez de referências bibliográficas constatada ao longo da revisão de literatura quer sobre o questionário, quer relativamente a estudos que tivessem o mesmo objetivo como base da investigação.

No entanto, e apesar de todas os obstáculos encontrados ao longo do desenvolvimento do estudo, o mesmo tornou-se pertinente para estudos futuros, que procurem através destas conclusões proceder a todas as alterações necessárias para alcançar o modelo estrutural necessário para a validação do questionário para a população portuguesa.

Referências Bibliográficas

Almeida, L. S. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4.^a Ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2000). *Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 6(5), pp. 194-203.

Azêdo, D. B. M. (2010). *O suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde Comunitária não publicada. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.

Bailis, D. S., Segal, A., & Chipperfield, J. G. (2003). *Two views of self-rated general health status*. Social Science and Medicine, 56, 203-217.

Campbell, A. (1976). *Subjective measures of well-being*. American Psychologist, 31(2).

Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto não publicada. Universidade do Porto- Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto..

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). *Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 2, pp.15-30.

Fonseca, S. A., Blank, V. L. G., Barros, M. V. G., & Nahas, M. V. (2008). *Percepção de Saúde e factores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 22(3), pp. 567-576.

Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Franco, L. V. (2002). *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica*. Salud Pública de México, 44(3), pp. 258-265.

Gomes, K. R. O., & Tanaka, A. C. D. (2003). *Morbilidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadores*. Revista de Saúde Pública, 37(1), pp. 75-82.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6ª Ed.) New Jersey: Pearson Educational, Inc.

Lacruz, M. G., & Lacruz, A. I. G. (2007). *Percepción de la salud según sexo y edad*. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 3, pp. 183-195.

MacIntyre, S., Ford, G., & Hund, K. (1999). *Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness*. Social Science and Medicine, 48, pp. 89-98.

Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações*, (2ª Ed.) (pp. 180-181). Portugal: Report Number (Análise e Gestão de Informação LDA).

Matos, A. P. S., & Albuquerque, C. M. S. (2006). *Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência na área de formação*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 6, nº3, pp. 647-663.

McDonough, P., & Walters, V. (2001). *Gender and health: Reassessing patterns and explanations*. Social Science and Medicine, 52(4), pp. 547-559.

Mendonça, V. S., Menandro, M. C. S. (2010). *O cuidado com a própria saúde: representações e práticas de futuros profissionais de saúde*. Revista Electrónica de Psicología Política, 8(22), pp. 116-127.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência e Saúde Colectiva, 5(1), pp. 7-18.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico*. Regulamento nº 258/2011, Diário da República, 258, pp. 17931-17936.

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Fundação Merck Sharp & Dohme.

Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). *Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo*. Estudos de Psicologia, 24(4), pp. 513-517.

Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). *Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4), pp. 687-707.

Read, J. G., & Gorman, B. K. (2006). *Gend-er inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity*. Social Science and Medicine, 62(12), pp. 1045-1065.

Rohlfs, I., et al. (2000). *La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud*. Gaceta Sanitária, 14(2), pp. 146-155.

Ross, K. (2010). *Assessing differences in perceptions and actual health status: a national cross-sectional analysis*. Dissertação de Mestrado em Filosofia não publicada. Kansas State University, Kansas.

Santos, A. F., Barbosa, R. B., Faro, S. R. S., & Júnior, A. A. (2005). *Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos*. Psicologia, Saúde e Doença, 6(1), pp.57-67.

Scliar, M. (2007). *História do conceito de Saúde*. Revista de Saúde Coletiva, 17(1), pp. 29-41.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Saúde Pública, 20(2), pp. 580-588.

Simon, J. G., Boer, J.B., Joung, I. M. A., Bosma, H., & Mackenbac, J. P. (2005). *Perceived health: how is your health in general? A qualitative study on self-assessed health*. European Journal of Public Health, 15(2), pp. 200-208.

Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Satitpornkul, P., Sripetch, C., & Khanthavit, A. (2006). *Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease*. World Journal of Gastroenterology. 12(48), pp. 7786-7791.

Tolliver, R. (2007). *Factors Associated with Self-Reported Health Status Among Colorado Adults*. Colorado Department of Public Health and Environment- Health Watch, 62, pp. 1-6.

Vintém, J. M. (2008). *Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade*. Em Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26(2), pp. 5-16.

Ware, J. E. (1976). *The assessment of health status*. In Aiken LH, Mechanic D, editors. Applications of social sciences to clinical medicine and health policy. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, pp. 204-228.

Ware, J. E., Shawn, A. J., Davies, A. R., & Brook R. H. (1979). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study*. Rand Report.

Ware, J. E., Sherbourne C. D. (1992). *The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30: pp. 473-483.

Ware J. E., Kosinski M., Keller E. D. (1994). *The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales*. Boston, MA, The Health Institute.

Anexos

Consentimento Informado

Projecto de Investigação sobre a Perceção acerca da Saúde e sobre o Bem-estar Psicológico geral

O presente projeto de investigação insere-se num estudo a desenvolver no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona do Porto (ULP).

Tem como principal objetivo, através de dois questionários com uma finalidade concreta, avaliar a perceção que as pessoas têm acerca da saúde bem como sobre o seu bem-estar psicológico geral.

O estudo inclui ainda, um terceiro questionário relativo a aspetos ligados ao uso da Internet e do Facebook, que permitirão dar continuidade a estudos que decorrem sobre este tema.

Pretende-se assim, contribuir para a aquisição de um maior conhecimento quanto à perceção individual acerca da saúde física e também psicológica.

É fundamental para o sucesso do nosso estudo a participação do maior número possível de pessoas, tornando-se portanto de extrema relevância a sua participação no caso de ter mais de 18 anos e ser Português.

Pedíamos assim a sua colaboração, sendo importante ter as seguintes informações:

- A participação é completamente voluntária, podendo o indivíduo recusar-se a participar ou até mesmo desistir a qualquer momento da sua participação;
- Toda e qualquer tipo de informação fornecida no decorrer da participação, bem como nos questionários, será confidencial e mantida em anonimato;
- A sua colaboração não tem qualquer custo ou risco, uma vez que as informações são recolhidas através dos três questionários acima referidos, a serem disponibilizado no momento da recolha de dados.

Após a leitura das informações acima referidas, caso concorde, de livre vontade em participar, por favor, assine no local indicado abaixo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: _____

Anexo 2 – Questionário Sóciodemográfico.

Data: _____

Estudo sobre a percepção acerca da saúde e sobre o bem-estar psicológico geral

O estudo visa conhecer a percepção que as pessoas têm acerca da sua própria saúde e sobre o seu bem-estar psicológico geral, bem como analisar os dados sóciodemográficos, com o objectivo de compreender a relação entre estas variáveis.

Questionário Sóciodemográfico

Todos os campos devem ser devidamente preenchidos.

1	Sexo	1. Feminino ☐ 2. Masculino ☐
2	Idade	_____
3	Estado Civil	1) Solteiro/a ☐ 2) Namorado/a ☐ 3) Casado/a ou União de Facto ☐ 4) Divorciado/a ou Separado/a ☐ 5) Viúvo ☐
4	Escolaridade	1) 1º Ciclo (4º ano) ☐ 2) 2º Ciclo (6º ano) ☐ 3) 3º Ciclo (9º ano) ☐ 4) Ensino Secundário (12º ano) ☐ 5) Licenciatura ☐ 6) Mestrado ☐ 7) Doutoramento ☐
5	Profissão	1) Estudante ☐ 2) Trabalhador ☐ 3) Trabalhador estudante ☐ 4) Doméstico /a ☐ 5) Desempregado /a ☐ 6) Reformado /a ☐
6	Nos tempos livres tem algum <i>hobbie</i>?	0) Não ☐ 1) Sim ☐

Questões relacionadas com a doença:

1	Já alguma vez teve uma doença grave?	Não ☐ Sim ☐
2	Tem alguma doença crónica?	Não ☐ Sim ☐
3	No caso de ter doença crónica há quanto tempo a tem?	Menos de um ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Entre 3 e 5 anos ☐ Mais de 5 anos ☐
4	Alguma vez esteve hospitalizado?	Não ☐ Sim ☐

Anexo 3 – Questionário de Percepção Acerca da Saúde (John E. Ware, 1976).

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO ACERCA DA SAÚDE (John E. Ware, 1976)

Por favor, leia cada uma das frases e depois desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase é verdadeira ou falsa para si. Não existem respostas certas ou erradas.

Se a frase for completamente verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se a frase for verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se não souber se a frase é verdadeira ou falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se a frase for falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se a frase for completamente falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

		Completa mente verdadeira	Verdadeira	Não sei	Falsa	Completa mente falsa
1	De acordo com os médicos por mim consultados, a minha saúde está agora excelente.	5	4	3	2	1
2	Tento evitar que a doença interfira na minha vida.	5	4	3	2	1
3	Parece que adoço mais facilmente do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
4	Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.	5	4	3	2	1
5	Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes.	1	2	3	4	5
6	Nunca me preocupo com a minha saúde.	1	2	3	4	5
7	A maioria das pessoas adoece mais facilmente do que eu.	5	4	3	2	1
8	Não gosto de ir ao médico.	5	4	3	2	1
9	Estou um pouco doente.	1	2	3	4	5
10	No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço.	5	4	3	2	1
11	Uma vez estive tão doente que pensei que morreria.	1	2	3	4	5
12	Não sou tão saudável agora, como já fui.	1	2	3	4	5
13	Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde deles.	5	4	3	2	1
14	Quando estou doente, tento continuar como de costume.	5	4	3	2	1
15	O meu corpo parece resistir muito bem à doença.	5	4	3	2	1
16	Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida.	5	4	3	2	1
17	Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço	5	4	3	2	1
18	Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora.	1	2	3	4	5
19	Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.	5	4	3	2	1

20	Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha.	1	2	3	4	5
21	Quando estou doente, tento guardar isso para mim.	5	4	3	2	1
22	A minha saúde é excelente.	5	4	3	2	1
23	Espero ter uma vida com muita saúde.	5	4	3	2	1
24	A minha saúde é uma preocupação na minha vida.	5	4	3	2	1
25	Às vezes, sinto que vou adoecer.	5	4	3	2	1
26	Ultimamente, tenho-me sentido mal.	1	2	3	4	5
27	Não me incomoda ir ao médico.	5	4	3	2	1
28	Nunca estive seriamente doente.	5	4	3	2	1
29	Quando alguma coisa está para acontecer, geralmente apercebo-me.	1	2	3	4	5
30	Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde.	1	2	3	4	5
31	Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.	5	4	3	2	1
32	Sinto-me tão bem agora como sempre me tenho sentido.	5	4	3	2	1
33	Durante os últimos três meses, quanto é que a sua saúde o preocupou ou aborreceu?	Muito – 1 Alguma coisa – 2 Um pouco – 3 Nada - 4				

Anexo 4 – EBEPG- Escala de Bem-Estar Psicológico Geral (Dupuy, 1984).

EBEPG - ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO GERAL (Dupuy, 1984)

Instrução: Nesta escala encontrará questões acerca do seu bem-estar e de como tem passado. Para cada questão deve escolher a resposta que melhor se aplica.

Nota: Todas as questões desta escala referem-se aos sintomas e sentimentos vividos durante o último mês.

1. Como se tem sentido em geral?	5. De excelente humor 4. De muito bom humor 3. De bom humor quase sempre 2. Tenho altos e baixos com frequência 1. Quase sempre de mau humor 0. De muito mau humor
2. Com que frequência tem doenças, indisposições, dores?	0. Todos os dias 1. Quase todos os dias 2. Cerca de metade do tempo 3. De vez em quando, mas menos de metade do tempo 4. Raramente 5. Nunca
3. Sente-se deprimido/a?	0. Sim, a ponto de pensar em me matar 1. Sim, a ponto de não ligar a nada 2. Sim, muito deprimido/a quase todos os dias 3. Sim, bastante deprimido/a muitas vezes 4. Sim, um pouco deprimido/a de vez em quando 5. Não, nunca me senti deprimido/a
4. Tem tido controle firme do seu comportamento, pensamentos, emoções ou sentimentos?	5. Sim, claramente 4. Sim, quase sempre 3. Geralmente 2. Não muito bem 1. Não e estou de certo modo perturbado/a 0. Não e estou muito perturbado/a
5. Tem sido incomodado/a pelo nervosismo ou pelos seus nervos?	0. Extremamente, a ponto de não poder trabalhar ou tratar das coisas 1. Muito 2. Bastante 3. Um pouco, o suficiente para me incomodar 4. Um pouco 5. Nada
6. Que energia, vigor ou vitalidade teve ou sentiu?	5. Muito cheio/a de energia, cheio/a de vigor 4. Bastante energia a maior parte do tempo 3. O meu nível de energia variou bastante 2. Geralmente pouca energia ou vigor 1. Muito pouca energia ou vigor a maior parte do tempo 0. Nenhuma energia ou vigor a maior parte do tempo
7. Sentia-me abatido/a e melancólico/a	5. Nunca 4. Parte do tempo 3. Algumas vezes 2. Bastantes vezes 1. A maior parte do tempo 0. Todo o tempo

8. Esteve geralmente tenso/a ou sentia alguma tensão?	0. Sim, extremamente tenso/a a maior parte do tempo 1. Sim, muito tenso/a a maior parte do tempo 2. Geralmente não tenso/a, mas sentia-me bastante tenso/a algumas vezes 3. Sentia-me um pouco tenso/a algumas vezes 4. O meu nível de tensão era bastante baixo 5. Nunca me senti tenso/a
9. Que felicidade, satisfação ou prazer tem tido na sua vida pessoal?	5. Extremamente feliz, não poderia estar mais satisfeito/a ou contente 4. Muito feliz quase sempre 3. Geralmente satisfeito/a, contente 2. Às vezes bastante feliz, às vezes bastante infeliz 1. Geralmente insatisfeito/a, infeliz 0. Muito insatisfeito/a ou infeliz a maior parte do tempo
10. Sentia-se com saúde suficiente para levar a cabo as coisas que gostaria ou tinha que fazer?	5. Sim, perfeitamente 4. Para a maior parte do tempo 3. Problemas de saúde limitaram-me de certa forma 2. Tinha saúde suficiente apenas para tratar de mim mesmo/a 1. Precisava de alguma ajuda apenas para tratar de mim 0. Precisava de alguém para me ajudar na maior parte de todas as coisas que tinha que fazer
11. Já se sentiu triste, desencorajado/a, desesperado/a ou teve tantos problemas que se questionou se haveria alguma coisa que valesse a pena?	0. Extremamente, a ponto de quase desistir 1. Muitíssimo 2. Bastante 3. Bastante, o suficiente para me incomodar 4. Um pouco 5. Nada
12. Acordei, sentindo-me fresco/a e descansado/a	0. Nunca 1. Poucas vezes 2. Algumas vezes 3. Bastantes vezes 4. A maior parte das vezes 5. Sempre
13. Tem estado preocupado/a ou teve algum receio pela sua saúde?	0. Muitíssimo 1. Muito 2. Um pouco 3. Um pouco, mas não muito 4. Praticamente nunca 5. Nunca
14. Teve algum motivo para recelar perder o juízo, ou perder o controle no modo de agir, falar, sentir ou da memória?	5. Não 4. Só um pouco 3. Um pouco, mas não o suficiente para me preocupar 2. Um pouco e tenho estado um pouco preocupado/a 1. Um pouco e estou bastante preocupado/a 0. Sim, muito e estou muito preocupado/a
15. A minha vida diária estava cheia de coisas interessantes para mim.	0. Nunca 1. Um pouco 2. Parte do tempo 3. Bastante 4. A maior parte do tempo 5. Sempre

16. Sentia-se activo/a, vigoroso/a, ou triste e indolente?	5. Muito activo/a, vigoroso/a - todos os dias 4. Quase sempre activo/a, vigoroso/a - nunca triste, indolente 3. Bastante activo/a, vigoroso/a - raramente triste, indolente 2. Bastante triste, indolente - raramente activo/a, vigoroso/a 1. Quase sempre triste, indolente - nunca verdadeiramente activo/a, vigoroso/a 0. Muito triste, indolente todos os dias
17. Tem-se sentido ansioso/a, preocupado/a ou aborrecido/a?	0. MUITÍSSIMO, a ponto de ficar doente ou quase doente 1. Muito 2. Bastante 3. Às vezes, o suficiente para me incomodar 4. Um pouco 5. Nada
18. Eu estava emocionalmente estável e seguro/a de mim mesmo/a	0. Nunca 1. Um pouco 2. Algumas vezes 3. Bastantes vezes 4. A maior parte do tempo 5. Todo o tempo
19. Sentia-se relaxado/a e à-vontade ou nervoso/a, apertado/a, fechado/a?	5. Sentia-se relaxado/a e à-vontade todo o mês 4. Sentia-se relaxado/a e à-vontade a maior parte do tempo 3. Geralmente sentia-se relaxado/a, mas às vezes bastante nervoso/a 2. Geralmente sentia-se nervoso/a, mas às vezes bastante relaxado 1. Sentia-se nervoso/a, apertado/a ou fechado/a a maior parte do tempo 0. Sentia-se nervoso/a, apertado/a, fechado/a durante todo o mês
20. Sentia-me alegre, jovial	0. Nunca 1. Parte do tempo 2. Algumas vezes 3. Bastantes vezes 4. A maior parte do tempo 5. Todo o tempo
21. Sentia-me cansado/a, esgotado/a ou exausto/a	5. Nunca 4. Parte do tempo 3. Algumas vezes 2. Bastantes vezes 1. A maior parte do tempo 0. Todo o tempo
22. Tem estado ou sentiu que estava debaixo de esforço, stress ou tensão?	0. Sim, quase mais do que eu poderia suportar 1. Sim, bastante tensão 2. Sim, alguma, mais do que o normal 3. Sim, alguma, mas quase o normal 4. Sim, um pouco 5. Não, nada

