

ANA MARGARIDA CARDOSO DA SILVA

**CRENÇAS E COMPORTAMENTOS
RELACIONADOS COM A SAÚDE EM CASAIS
PORTUGUESES**

Orientadora: Professora Doutora Ana Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2.º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

ANA MARGARIDA CARDOSO DA SILVA

**CRENÇAS E COMPORTAMENTOS
RELACIONADOS COM A SAÚDE EM CASAIS
PORTUGUESES**

Dissertação defendida em prova publica para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 27 de janeiro de 2020 perante o júri nomeado pelo Despacho Reitoral n.º 261/2019 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof.^a Doutora Ana Beato

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2.º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

Epígrafe

(...) Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu (...)

(Ana Vilela, Luan Santana)

Dedicatória

Dedico esta tese às pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais, por todo o apoio dado ao longo desta etapa; à minha orientadora professora Bárbara Nazaré, por toda ajuda disponibilizada; e às minhas queridas colegas Jéssica e Maria, por termos partilhado ao longo do mestrado a sabedoria de viver um dia de cada vez, de acordo com a máxima “Se queres ser feliz amanhã, tenta hoje mesmo” de Liang Tzu.

Agradecimentos

Quero expressar o meu profundo agradecimento e manifestar a minha gratidão aos que contribuíram de forma direta e estiveram presentes e me apoiaram durante os momentos de incerteza, descoberta, medo, inquietação e tantos outros sentimentos vividos nesta caminhada, e que tornaram possível a finalização deste percurso. A realização deste trabalho foi um culminar de aprendizagem e conhecimento, que seria impossível sem o apoio das pessoas que sempre acreditaram e ajudaram na realização do mesmo.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Bárbara Nazaré por ter aceitado orientar este trabalho, por todas as aprendizagens que me ofereceu, pela sabedoria, disponibilidade, cuidado, tempo e rigor investidos neste trabalho, durante todo este processo.

Agradeço a todos os Professores desta Universidade que, ao longo destes cinco anos, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a todos os casais que participaram no estudo, dando o seu contributo. Sem eles, nada teria sido possível.

Às minhas colegas de curso e amigas Maria, Jéssica e Tatiana, pela amizade, convívio, partilha e pelo encorajamento mútuo face às adversidades.

E por último, mas não menos importante, à minha MãE, que é sem dúvida a minha âncora, e ao meu PAI, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, pela paciência e incentivo, por compartilharem os sonhos e, acima de tudo, pelo amor...

À minha irmã por me incentivar, ajudar e ler vezes sem conta a dissertação e por ter sempre uma palavra de força, mesmo nas alturas mais difíceis e pelo orgulho que sente com as minhas conquistas. À minha querida amiga Beatriz pela sua amizade e ajuda prestada a inserir questionários na plataforma online.

À minha família e amigos, pelos momentos de convívio, por todo o apoio e incentivo na finalização deste percurso.

A todos os que acreditaram em mim, os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

A saúde é um dos fatores dominantes de inclusão e coesão sociais, bem como de formação de riqueza e bem-estar. As pessoas exercem uma grande influência nos resultados de saúde dos cônjuges. O presente estudo pretendeu estudar os comportamentos, crenças, motivações para a saúde, estado de saúde e satisfação conjugal, em casais. Participaram neste estudo 99 casais. Os participantes responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e a vários questionários de autorresposta, em papel ou online. Os resultados sugerem que para a maioria dos comportamentos, a frequência foi tendencialmente alta. No geral, as mulheres apresentam mais comportamentos que contribuem para a saúde, menos crenças de saúde compensatórias e mais motivação para não prejudicar a sua própria saúde. Parece haver uma forte concordância entre os membros do casal relativamente a comportamentos, crenças, motivações e nível do estado de saúde. Essa concordância, tendencialmente, não se relacionou com a satisfação conjugal. As ações de promoção de saúde devem envolver ambos os elementos do casal.

Palavras-chave: Casais; Comportamentos de Saúde; Crenças de Saúde; Motivações para a saúde; Estado de saúde.

Abstract

Health is one of the dominant factors of social inclusion and cohesion, as well as the formation of wealth and well-being. People have a major influence on spouses health outcomes. The present study aimed study behaviors, beliefs, health motivations, health status and conjugal satisfaction in couples. In this study participants 99 couples. Participants answered a sociodemographic and clinical data sheet and several self-report questionnaires, either on paper or online. The results suggest that for most behaviors, the frequency tended to be high. In general, women exhibit more behaviors health-contributing health, fewer compensatory health beliefs, and more motivation not to harm their own health. There seems to be strong agreement between the couple's members relatively to behavior, beliefs, motivations and health status. This agreement tended not to be related to conjugal satisfaction. Health promotion actions should involve both elements of the couple.

Keywords: Couples; Health behaviors; Health beliefs; Health motivations; Health status.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CEDIC- Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

CHBS - Questionário de Crenças Compensatórias

Cont. – Continuação

DGS - Direção Geral de Saúde

e.g., – por exemplo

et al., – e outros

HM- Questionário de Motivações para a Saúde

INS -Inquérito Nacional de Saúde

IMC – Índice de massa corporal

SAMHSA - Administração de Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias

SF-36v2 - Questionário de Estado de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

NIAAA- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

PPIHB - Lista de comportamentos de saúde

Teste t – Teste T para duas amostras independentes

ULHT- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

WHO - Organização Mundial de Saúde

Lista de Símbolos

DP - Desvio-Padrão

N - Amostra

M - Média

P – Valor de significância

α – Alfa de Cronbach

% - Percentagem

Índice Geral

Introdução	12
Alimentação.....	13
Atividade física.....	13
Consumo de Álcool	14
Tabagismo	15
Crenças relacionadas com a Saúde.....	15
Crenças e comportamentos de saúde em casais.....	17
Satisfação Conjugal	19
O presente estudo.....	20
Método	20
Participantes.....	20
Instrumentos	22
Questionário sociodemográfico e clínico	22
Lista de comportamentos de saúde (PPIHB).....	22
Questionário de Crenças Compensatórias (CHBS).....	22
Questionário de Motivações para a Saúde (HM).....	23
Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2).....	23
Índice de Satisfação Conjugal (CSI-4)	23
Procedimentos de recolha e análise de dados.....	24
Análise estatística	24
Resultados.....	25
Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a saúde.....	25
Comparações de géneros nas variáveis relacionadas com a saúde.....	29
Níveis de concordância conjugal na saúde	30
Correlações entre níveis de concordância conjugal na saúde e satisfação conjugal ..	33
Discussão.....	34

Implicações do estudo	37
Limitações do estudo	37
Sugestões para estudos futuros	38
Referências	39
ANEXOS.....	I
Anexo 1 – Consentimento informado.....	II

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas.....	18
Tabela 2. Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde	22
Tabela 3. Níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde e Correlações entre níveis de concordância conjugal na saúde e satisfação conjugal	26

Introdução

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) como um estado complexo que engloba bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de infeções e doenças.

O avanço da tecnologia do século XIX resultou no início da medicina moderna. O seu primeiro modelo, o modelo biomédico, fundamentado na teoria de Darwin, entendia as causas das doenças a partir de mudanças biológicas resultantes de fatores externos (e.g., bactérias) ou internos (e.g., predisposição genética). De acordo com este modelo, o ser humano não era responsável pelo próprio adoecimento, já que não tinha controlo sobre os fatores internos e externos que modificam o seu organismo (Barletta, 2010). Atualmente, vigora o modelo biopsicossocial que, no âmbito do processo saúde-doença, considera três domínios: variáveis biofísicas ou somáticas (e.g., fatores fisiológicos, anatómicos e imunológicos), variáveis psicológicas ou comportamentais (e.g., pensamentos, perceções, expectativas, sentimentos, hábitos, crenças e comportamentos de risco) e variáveis externas ou ambientais (e.g., suporte social, sexo e idade) (Barletta, 2010).

A psicologia da saúde destaca o comportamento como fator de extrema importância para a saúde, colocando o foco na pessoa (Barletta, 2010). Segundo Albery e Munafò (2008), a psicologia da saúde foca-se na doença física e na compreensão do papel dos processos psicológicos. Os indivíduos deixam de ser passivos para passarem a ser agentes ativos, o que significa que a mudança no comportamento, nas crenças, entre outras variáveis dos indivíduos, pode mudar o diagnóstico e prognóstico dos mesmos. Desta forma, a responsabilidade pelo tratamento é repartida pela equipa de profissionais de saúde e pelo próprio paciente (Albery & Munafò, 2008).

Comportamentos relacionados com a saúde

Atualmente, é incontestável a relação entre comportamentos inadequados, estilos de vida e problemas de saúde, assim como a relação entre respostas psicológicas adequadas e aumento de qualidade de vida, como o alívio de sintomas (Barletta, 2010; Ogden, 2004). Existem dois tipos de comportamentos relacionados com a saúde: comportamentos de proteção e comportamentos de risco. Os comportamentos de proteção correspondem a um conjunto de ações realizadas voluntariamente pelos indivíduos com o objetivo de minimizar as situações de risco (e.g., praticar exercício físico, não fumar,

cuidar da higiene oral, usar cinto de segurança, não consumir álcool e drogas, dormir um número adequado de horas por noite, entre outros;) (Matos, 2004). Os comportamentos de risco são comportamentos patogénicos, ou seja, prejudiciais à saúde, tais como tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão de grandes quantidades de álcool, consumo de substâncias psicoativas ilegais ou fora de um contexto de vigilância médica (Matos, 2004).

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde, os comportamentos que constituem os principais fatores de risco para mortalidade e morbilidade na maior parte dos países são o tabagismo, consumo de álcool, consumo de sal e inatividade física (Ministério da Saúde, 2018; WHO, 2002a). De seguida, são descritos alguns dos comportamentos que mais influenciam a saúde segundo a WHO, bem como estatísticas dos estudos da Direção Geral de Saúde (DGS) para a população portuguesa.

Alimentação

Hábitos alimentares saudáveis consistem numa alimentação variada, que proporciona diferentes nutrientes. As doenças associadas a uma alimentação inadequada são obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e certos tipos de cancro (WHO, 2002b).

Portugal é considerado um país cujos habitantes tendem a apresentar uma alimentação inadequada, que é responsável por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos (Hay, Abajobir, Abate, Abbafati, Abbas, Abd-Allah, ..., & Abera, 2017). Os hábitos alimentares inadequados constituem o principal fator de risco de perda de anos de vida, para ambos os sexos (Hay, et al. 2017). O consumo excessivo de sal é um dos maiores riscos de saúde pública em Portugal (DGS, 2016a; DGS, 2016b). Comparando os hábitos alimentares entre sexos, alguns estudos mostram não haver diferenças estatisticamente significativas (Colares, Franca, & Gonzalez, 2009; Gonçalves, 2006) e outros que referem que os homens apresentam uma alimentação mais saudável (e.g., Araújo, Blank, & Oliveira, 2009).

Atividade física

Mazo (2008) define a atividade física como qualquer movimento espontâneo que leva o sujeito a um dispêndio energético, e refere que o exercício físico é uma subcategoria da atividade física, sendo uma atividade delineada e organizada, que tem a finalidade de melhorar ou manter a condição física ou a saúde do sujeito. A DGS (2016c)

refere mais de 20 doenças e condições associadas com a saúde para as quais se encontra evidência científica de um papel positivo da atividade física regular. A atividade física diminui, assim, as prevalências de doenças, tendo um efeito positivo na capacidade cardiorrespiratória e muscular, no peso e composição corporal, na saúde óssea, na funcionalidade e autonomia física e na função cognitiva (DGS, 2016c).

As doenças associadas a uma atividade física reduzida são obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e certos tipos de cancro (WHO, 2002b).

Cerca de 80% da população portuguesa não pratica atividade física de acordo com as recomendações. Atualmente, apenas um em cada cinco adultos portugueses atinge os valores que são recomendados de atividade física moderada ou vigorosa (DGS, 2016c). Os estudos que comparam os hábitos de atividade física entre sexos mostram que os homens praticam mais do que as mulheres (Araújo et al., 2009; Colares et al., 2009; Vaez & Laflamme, 2003).

Consumo de Álcool

O álcool é definido como uma droga intoxicante, que causa dependência (Mello, Barrias & Breda, 2001). O consumo de álcool em excesso pode causar muitas doenças, como hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, doenças oncológicas, doenças respiratórias, cirrose hepática e ainda demências (Mello, Barrias & Breda, 2001). A cada ano, ocorrem sensivelmente 3,3 milhões de mortes no mundo como efeito da ingestão nociva de álcool, o que constitui 5,9% do total de mortes (WHO, 2014).

A Administração de Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (SAMHSA), que é responsável pela pesquisa nacional sobre o consumo de drogas e saúde, define como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas para homens e quatro ou mais bebidas alcoólicas para mulheres, no mesmo dia (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2015).

Existem diferenças entre sexos ao nível do consumo. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2014), nos 12 meses anteriores à entrevista, 84,9% dos homens consumiram bebidas alcoólicas (mulheres, 56,8%), cerca de 45% fizeram-no diariamente (mulheres, 20,7%) e 30% semanalmente (mulheres, 23,7%). Evidencia-se que 7,6% (mulheres, 32,1%) nunca consumiu e os restantes 7,4% (mulheres, 11%) não consumiram nos últimos 12 meses, por terem deixado de consumir álcool (DGS, 2017a).

Tabagismo

O tabagismo é uma das principais ameaças à saúde pública, contribui para o aumento e/ou agravamento de doenças (e.g., doenças cardiovasculares, pulmonares, circulatórias e oncológicas), provocando o aumento da morbilidade e mortalidade da população (Moriel, Madureira, Uwagoya, Wlian, & Pincinato, 2010). Fumar contribui para o risco de diabetes, tuberculose e de cegueira, reduz a fertilidade e tem graves consequências para a saúde de grávidas (Fraga et al, 2005). O consumo de tabaco provoca a morte de mais de sete milhões de pessoas, cada ano (WHO, 2017). No ano de 2013, foi estimado que o tabaco contribuiu para 21% da mortalidade por cancro, 31% da mortalidade por doenças respiratórias e 9% da mortalidade por doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2017). De acordo com as estimativas feitas pelo Institute of Health Metrics and Evaluation no ano de 2016, faleceram em Portugal mais de 11800 sujeitos por doenças relacionadas com o tabaco (DGS, 2017).

O Inquérito Nacional de Saúde 2014 reporta que cerca de 58,2% da população residente em Portugal nunca tinha consumido tabaco, 20,0% eram fumadores e cerca de 16,8% fumava diariamente (WHO, 2017). A prevalência de consumo é maior no sexo masculino (27,8%) comparativamente ao sexo feminino (13,2%). Relativamente aos fumadores, sabe-se que 81,9% fuma cigarros diariamente e, destes, a maioria fuma, em média, 11 a 20 cigarros por dia (45,9%). A maior prevalência de consumo é no grupo etário dos 25 aos 34 anos, em que se encontram valores de 32,0% em ambos os sexos, 41,9% no sexo masculino e 22,3% no sexo feminino (WHO, 2017).

Crenças relacionadas com a Saúde

Trentini e Silva (1992) entendem que as crenças são filtros por meio dos quais as pessoas interpretam os estímulos, direcionando e priorizando as suas ações e comportamentos. Segundo estas autoras, cada indivíduo tem uma história única e carrega consigo um conjunto de valores, crenças e predisposições, por meio dos quais avaliará a situação de maneira própria, atribuindo-lhe significados que direcionam as suas ações.

Desta forma, de acordo com os autores supramencionados, consideramos como crenças os significados que o indivíduo tem a respeito do mundo. Dado que as pessoas acreditam estarem corretos, esses significados regem os seus comportamentos, incluindo os comportamentos relacionados com a saúde.

Atualmente, as pessoas estão bem informadas sobre os efeitos do consumo excessivo de alimentos prejudiciais à saúde, de nicotina e de álcool e da falta de exercício (Knäuper, Rabiau, Cohen & Nicholas, 2004; Pinel et al., 2000) e procuram adotar estilos de vida mais saudáveis. De acordo com vários investigadores de saúde (Conner & Norman, 2005; McEachan et al., 2016; Sheeran et al., 2016), as crenças de saúde dos indivíduos influenciam o seu próprio comportamento de saúde (por exemplo, McEachan et al., 2016; Sheeran et al., 2016).

Contudo, ter informação nem sempre se traduz na melhoria da saúde dos indivíduos (Knäuper et al., 2004). Para compreender este fenómeno, recentemente foi proposto o conceito de crenças de saúde compensatórias. Knäuper et al. (2004) entendem as crenças de saúde compensatórias como crenças de que os efeitos negativos de um determinado comportamento não saudável podem ser compensados ou anulados, caso seja realizado um comportamento saudável (e.g., “Eu esta semana posso ir todos os dias comer *fastfood* porque na próxima semana vou ao ginásio” Knäuper et al., 2004, p. 608).

A noção de crenças compensatórias surgiu assim, da necessidade de entender o que leva os indivíduos a aderirem a comportamentos saudáveis, bem como a escolher comportamentos relacionados com a saúde em que posteriormente não se conseguem envolver de forma consistente (Knäuper et al., 2004). As escolhas de comportamentos relacionados com a saúde são o produto de processos de avaliação racional (Blanton & Gerrard, 1997). Os autores deram destaque a um estado motivacional específico como um determinante de comportamentos de saúde e risco: a dissonância cognitiva (Knäuper et al., 2004). A dissonância cognitiva surge quando o prazer de realizar um comportamento desejado entra em conflito com os efeitos potencialmente negativos (a longo prazo) na saúde (Knäuper et al., 2004). Para resolver a dissonância cognitiva, são necessários processos autorregulatórios, ou seja, tentativas de resistir ao desejo ou uma reavaliação da nocividade de comportamentos (Festinger, 1957; Klein & Kunda, 1992; Baumeister & Heatherton, 1996; Trope & Fishbach, 2000; Giner-Sorolla, 2001; Klein & Goethals, 2002).

De acordo com Knäuper et al. (2004), as crenças compensatórias resultam em comportamentos de saúde compensatórios que, na generalidade, não compensam todos os efeitos negativos do comportamento não saudável e podem levar a problemas de saúde no futuro. Por outro lado, o comportamento compensatório pode neutralizar os efeitos do comportamento não saudável, caso as pessoas realmente desempenhem o comportamento compensatório. Verifica-se, muitas vezes, o enfraquecimento da necessidade de

compensar sentida inicialmente, resultando no desaparecimento do comportamento compensatório.

Não foram encontrados estudos anteriores que identifiquem as crenças de saúde compensatórias mais frequentes. Relativamente às diferenças entre sexos, Knäuper et al. (2004) referem que os homens apresentam mais crenças de saúde compensatórias do que as mulheres.

Crenças e comportamentos de saúde em casais

Meyler, Stimpson e Peek (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre concordância entre elementos de casais acerca da saúde. Os autores concluíram que a grande maioria dos estudos demonstra que existe concordância nos casais em termos da saúde mental, da saúde física e dos comportamentos relacionados com a saúde. O nível de concordância aumenta à medida que os casais vão envelhecendo.

De acordo com o estudo longitudinal de Jackson et al. (2015), quando um dos parceiros adota um comportamento mais saudável, o seu parceiro também está mais propenso a fazer uma mudança no sentido positivo nesse comportamento relacionado com a saúde. Deste modo, pode-se pensar que existem semelhanças entre os elementos do casal relativamente às crenças e comportamentos de saúde. Falba e Sindelar (2007), num estudo longitudinal com uma amostra de grande dimensão (6072 indivíduos), também concluíram que quando um dos cônjuges melhora o seu comportamento, o outro cônjuge provavelmente também o faz. Este resultado verificou-se em todos os comportamentos analisados.

Os cônjuges exercem impacto nos resultados de saúde dos parceiros (Maddux, 2017). Os casais apresentam concordância em variáveis biológicas, psicológicas e comportamentais, porém esta concordância não é explicada pelo acasalamento seletivo (semelhanças fomentam atração entre indivíduos), nem por ambientes partilhados (Maddux, 2017). Os investigadores da área da saúde indicaram três formas distintas através das quais os parceiros possam afetar os resultados de saúde do companheiro (1) processos biológicos (por exemplo com tratamentos hormonais, fazendo alterações no perfil hormonal do indivíduo), (2) processos psicológicos (por exemplo, a introdução de mudanças nas atitudes, sentimentos e/ou crenças), e (3) processos comportamentais (por exemplo, incutindo alterações nos comportamentos de saúde do indivíduo) (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Pietromonaco, Uchino e Schetter, 2013; Slatcher & Selcuk, 2017). Adicionalmente, as características da relação e do parceiro também podem

influenciar cada um desses processos, prevendo os resultados de saúde dos indivíduos (Maddux, 2017).

As crenças relacionadas com a saúde do indivíduo podem influenciar o comportamento relacionado com a saúde do companheiro (Maddux, 2017). O companheiro pode afetar as crenças do cônjuge sobre dado problema de saúde de diferentes modos (por exemplo, ouvindo as inquietações do indivíduo sobre a sua saúde, estimulando o companheiro a fazer escolhas mais saudáveis ou tomando medidas para proteger a sua saúde) (Franks et al., 2004). Em geral, o apoio social do companheiro é benéfico para os resultados de saúde (Craddock, vanDellen, Novak, & Ranby, 2015; Uchino, 2006).

De acordo com o estudo de Young e Burke (2017), que pretendia compreender a teoria da autodeterminação¹ num contexto relacional, os indivíduos consideram que quando se encontra algum valor pessoal inerente a um comportamento, ficam mais predispostos a envolver-se em comportamentos congruentes com motivações autónomas. Porém, a teoria da independência (Thibaut & Kelley, 1959) afirma que os indivíduos envolvidos num relacionamento tendem a influenciar os comportamentos do parceiro/a e, por sua vez, modificam as suas motivações para agradar ou satisfazer as necessidades do parceiro ou da relação. Vários estudos referem que estas transformações dizem respeito a motivações externas, ou seja, centradas no parceiro/a, e normalmente encontram-se associadas a relacionamentos com maior taxa de satisfação e comprometimento (Powell & Van Vugt, 2003; Rusbult, Arriaga; Agnew, 2001). Craig e Truswell (1990) aludem ainda, para o facto de que as alterações de motivação não ocorrerem somente nos comportamentos saudáveis, sendo que também se encontram patentes nos comportamentos não saudáveis. Por exemplo, mudanças no relacionamento (coabitação, matrimónio ou nascimento de um filho), encontram-se relacionados à diminuição da atividade física, mudanças nos padrões alimentares e aumento de peso (Burke et al., 2004).

¹ A teoria da autodeterminação explica que os indivíduos apresentam motivos diferentes para se comportarem de maneira saudável, através de motivações autónomas ou de motivações controladas (Deci & Ryan, 1985). De acordo com a presente teoria, motivações autónomas dizem respeito a valores intrínsecos, ativados quando o indivíduo considera que uma determinada atividade tem importância pessoal. Por outro lado, motivações controladas dizem respeito a um comportamento ativado por uma recompensa ou punição de uma origem externa ao self (Deci & Ryan, 1985).

Desta forma, a teoria da interdependência complementa a teoria anterior, esclarecendo como os indivíduos são motivados a tomar decisões saudáveis e não saudáveis em prol do seu parceiro ou da relação (Young & Burke, 2017).

Satisfação Conjugal

De acordo com Scorsolini-Comin e Santos (2011a), a satisfação conjugal é entendida como um constructo complexo, dado ser influenciado por diferentes variáveis (e.g., características de personalidade dos cônjuges, experiências de vida, história do relacionamento) e constituindo uma avaliação subjetiva de um relacionamento amoroso a longo prazo (Scorsolini-Comin e Santos, 2011b). A satisfação conjugal pode ser compreendida como a diferença entre o funcionamento ou ajustamento real do casal e o seu ideal. Uma diferença elevada corresponde a casais pouco satisfeitos ou insatisfeitos, e uma diferença reduzida leva a casais satisfeitos.

A concordância nos comportamentos relacionados com a saúde entre parceiros tem sido associada à satisfação conjugal. Por exemplo, um estudo (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007) concluiu que a frequência do consumo de álcool e a quantidade de álcool consumida habitualmente são concordantes na maioria dos casais e que a discordância nestas variáveis está associada a um menor nível de satisfação com a relação. Relativamente aos hábitos de consumo de tabaco, Foulstone, Kelly e Kifle (2017) também referem que uma maior concordância está associada a maior satisfação conjugal. Um outro estudo (Gunn, Buysse, Hasler, Begley, & Troxel, 2015) mostrou que a satisfação conjugal é superior quando existe maior concordância ao nível dos hábitos do sono, mas só nas mulheres.

Young e Burke (2017) também referiram que quando há maior concordância nas motivações para a saúde no casal, também há maior satisfação conjugal.

O presente estudo

Tendo em conta a relevância que os comportamentos relacionados com a saúde e as crenças de saúde compensatórias apresentam para a saúde, o presente estudo teve como objetivos:

1. Caracterizar os comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde de casais;
2. Comparar mulheres e homens nos comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde;
3. Caracterizar os níveis de concordância do casal nos comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde;
4. Avaliar a relação entre satisfação conjugal e o nível de concordância do casal nos comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde.

Método

Participantes

Foi recolhida uma amostra não probabilística, de conveniência, composta por 99 casais. Ambos os elementos cumpriram os seguintes critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) ter nacionalidade portuguesa; (3) residir em Portugal; e (4) estar atualmente numa relação amorosa.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas

	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Situação				
Profissional				
Estudante	5	5.2	3	3.1
Trabalhador	68	70.1	73	74.5
Desempregado	10	10.3	4	4.1
Reformado	13	13.4	17	17.3
Outra	1	1.0	1	1.0
Doença Física ou psicológica				
Não	76	76.8	88	88.9
Sim	23	23.2	11	11.1
Acompanhamento psicológico				
Não	80	80.8	94	94.9
Sim	19	19.2	5	5.1
Tratamento médico				
Não	78	78.8	84	84.8
Sim	21	21.2	15	15.2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade (anos)	46.38	13.79	48.89	14.93
Escolaridade (anos)	10.99	3.90	10.15	4.18

A maioria dos participantes estava ativo profissionalmente, não apresentava doença física ou psicológica, não tinha acompanhamento psicológico, nem fazia tratamento médico. A maior parte dos participantes residia em Portalegre ($n = 76$; 76.8%); Os restantes residiam noutros distritos do país (Castelo Branco, Évora, Leiria, Lisboa e Setúbal).

Todos os participantes estavam numa relação heterossexual. A duração média da relação foi de 22.76 anos ($DP = 14.39$), variando entre 1 e 52 anos. O número médio de filhos foi de 1.27 ($DP = 1.03$), variando entre 0 e 5 filhos. A maior parte dos casais eram casados ou estavam em união de facto ($n = 84$; 84.8%) e coabitavam ($n = 90$; 90.9%).

Instrumentos

O protocolo de investigação incluiu: uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos, uma lista de comportamentos de saúde, o Questionário de Crenças Compensatórias, o Questionário de Motivações para a Saúde, o Questionário de Estado de Saúde o Questionário de Satisfação Conjugal.

Questionário sociodemográfico e clínico

A ficha de dados sociodemográficos e clínicos, desenvolvida para este estudo, foi composta por 18 questões para avaliar variáveis como idade, sexo, anos de escolaridade, entre outras.

Lista de comportamentos de saúde (PPIHB)

A lista de comportamentos de saúde inclui 22 comportamentos relacionados com a saúde, acerca dos quais os participantes mencionam a frequência com que os desempenham e o impacto que acham que cada um desses comportamentos tem na saúde (no presente estudo, só foram utilizadas as respostas acerca da frequência). São apresentadas duas escalas de resposta: a de frequência varia entre 1 – *Nunca* e 5 – *Sempre*; a de impacto varia de 1 – *Muito baixo* a 5 – *Muito alto*. Esta lista foi realizada com base nas recomendações da WHO, Instituto de Saúde e *American Heart Association*, com base em estudos anteriores que analisaram vários comportamentos de saúde (Nudelman, & Ivanova, 2018) e numa recomendação mais recente (levantar-se após passar 60 minutos seguidos sentado; Nudelman, & Ivanova, 2018). A lista foi compilada por Nudelman e Ivanova (2018) e traduzida por Nazaré (2018).

Questionário de Crenças Compensatórias (CHBS)

O Questionário de Crenças Compensatórias é constituído por 17 crenças de saúde compensatórias que as pessoas podem ter, sendo que algumas delas ainda não foram testadas cientificamente. É pedido a cada participante que indique o grau de concordância com cada crença, desde 0 – *Nada* a 4 – *Muitíssimo*. Esta escala foi desenvolvida por Knäuper, Rabiau, Cohen e Patriciu (2004) e a adaptação portuguesa está em curso. Os

itens organizam-se em quatro fatores. O primeiro fator refere-se ao uso de substâncias (álcool, nicotina, café), o segundo refere-se aos padrões pouco saudáveis de alimentação e sono, o terceiro fator refere-se ao stresse e o quarto fator diz respeito ao controlo do peso. No presente estudo, a escala total apresentou um α de Cronbach de .84 para as mulheres e .78 (Total) para os homens.

Questionário de Motivações para a Saúde (HM)

O Questionário de Motivações para a Saúde (HM; Young, & Burke, 2017) avalia três motivações (o próprio, o companheiro e a relação) que podem levar a pessoa a esforçar-se por manter a saúde ou a prejudicar a sua saúde. É composto por seis itens cuja escala de resposta varia de 1 – *Nada* a 4 – *Totalmente*, tendo sido traduzido por Nazaré (2019). Dado que se trata de motivações independentes, não calculámos a consistência interna do questionário.

Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

O questionário do Estado de Saúde (SF-36v2) pretende avaliar o estado de saúde físico e mental através de oito subdimensões que se organizam em duas componentes: física e mental. Este instrumento, através de 36 itens, avalia tanto os estados positivos como os negativos e a escala de resposta varia em diferentes itens (e.g., de 1 (*Absolutamente verdade*) a 4 (*Absolutamente falso*); de 1 (*Absolutamente nada*) a 5 (*Imenso*) e de 1 (*Nenhuma*) a 6 (*Muito fortes*). Posteriormente, cada uma das subdimensões é pontuada de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) (Severo et al., 2006). O instrumento encontra-se validado para a população portuguesa desde 2000 por Ferreira; neste estudo, utilizámos a versão mais recente (Ferreira & Santana, 2003). O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas tanto na dimensão Saúde Física ($\alpha = .82$) como na dimensão Saúde Mental $\alpha = .87$ (Severo et al., 2006). No presente estudo, os valores de consistência variaram entre .93 e .95 para ambas as dimensões e ambos os sexos.

Índice de Satisfação Conjugal (CSI-4)

O Índice de Satisfação Conjugal (CSI-4; Funk & Rogge, 2007; Lamela, Morais & Jongenelen, 2015; Lamela, 2019), traduzido e adaptado por Lamela, Morais e Jongenelen (2015). É composto por quatro itens. No primeiro item, é pedido que o participante indique o grau de felicidade com a relação conjugal, desde 0 – *Extremamente infeliz* a 6

– *Perfeito*. O segundo item inclui uma escala tipo Likert de seis pontos, que varia de 0 – *Nada verdadeiro* a 5 – *Completamente verdadeiro* e os restantes dois itens incluem uma escala tipo Likert de seis pontos, que varia de 0 – *Nada* a 5 – *Completamente*. A pontuação total corresponde à soma dos quatro itens e varia entre 0 e 21, com valores mais altos a indicar maior satisfação conjugal. No presente estudo, a escala apresentou um α de Cronbach de .86 no sexo masculino e .91 no sexo feminino.

Procedimentos de recolha e análise de dados

A recolha de dados iniciou-se após a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias.

O protocolo de investigação foi disponibilizado em dois formatos: numa plataforma *online*, sendo divulgado através das redes sociais, e em papel, tendo os questionários sido distribuídos de forma individual, através de contactos pessoais da investigadora na sua área de residência (distrito de Portalegre). Durante a recolha da amostra presencial, a investigadora esteve disponível para esclarecer as dúvidas relacionadas com as questões e/ou vocabulário. Após a explicitação dos objetivos do estudo, da garantia da confidencialidade e da possibilidade de desistência a qualquer momento, e da assinatura do consentimento informado (Anexo 1), os/as participantes colaboraram voluntariamente e sem remuneração.

Foi recolhida uma amostra de 103 casais entre Dezembro de 2018 e Março de 2019. A amostra final incluiu apenas 99 casais, visto que os restantes não cumpriram os critérios de inclusão do estudo.

Análise estatística

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para o *Windows*, versão 20.0.

No âmbito do primeiro objetivo, foram realizadas análises descritivas. Para comparar homens e mulheres (segundo objetivo), foi utilizado o teste t para amostras emparelhadas. No âmbito do terceiro objetivo, foram realizadas análises descritivas. Os níveis de concordância foram calculados com base na diferença entre o resultado das mulheres e o resultado dos homens (ignorando o sinal positivo ou negativo). Para responder ao último objetivo, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson.

Resultados

Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a saúde

Os valores dos comportamentos relacionados com a saúde poderiam variar entre 1 (mínimo) e 5 (máximo). Para a maioria dos comportamentos, o valor da frequência foi superior à média (3). Os valores das crenças de saúde compensatórias poderiam variar entre 0 (mínimo) e 4 (máximo). Para a maioria das crenças, o valor aproximou-se do extremo inferior da escala (entre 0 e 1; 88.2%), indicando baixa concordância. Os valores das motivações para a saúde poderiam variar entre 1 (mínimo) e 5 (máximo). As motivações para manter a saúde foram mais elevadas do que as motivações para prejudicar a saúde. A nível do estado de saúde, os resultados podem variar entre 0 (pior saúde possível) e 100 (melhor saúde possível). Em termos médios, os valores são moderados, sendo os valores da componente física superiores aos da componente mental (ver Tabela 2).

Tabela 2

Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mulheres		Homens			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		

Comportamentos relacionados com a saúde						
Aderir a medidas de segurança rodoviárias	3.98	.89	3.84	1.00	1.52	.132
Lavar diariamente as zonas entre os dentes	4.06	1.02	3.71	1.04	3.12	.002
Dormir num ambiente agradável e relaxante	4.40	.78	4.12	.87	3.43	.001
Fazer refeições regularmente	4.26	.99	4.14	.99	1.05	.295
Limpar o quarto/casa	4.42	.74	3.54	1.30	6.46	<.001
Beber ≤ uma (mulheres) ou duas (homens) bebidas alcoólicas por dia	1.83	1.08	3.42	1.26	-4.35	<.001

Tabela 2

Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde (cont.)

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mulheres		Homens			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Reservar tempo para descansar e diminuir o stresse	3.52	.95	3.43	1.06	.68	.495
Dormir ≥ 7 horas por noite	3.84	1.07	3.48	1.04	3.00	.003
Criar ambiente de trabalho agradável	4.00	.93	3.83	.90	1.78	.078
Levantar-se após 60 minutos seguidos sentado	2.87	1.15	2.92	1.18	-.38	.704
Procurar sentido e propósito para a vida	4.12	1.03	3.85	1.16	2.34	.021
Proteger-se do sol	3.79	1.18	3.39	1.22	3.26	.002
Passar tempo de qualidade com amigo ou parceiro, ≥ duas vezes por semana	3.82	.91	3.64	1.05	1.86	.066
Ir para o exterior e estar na natureza	3.45	1.08	3.40	1.25	.46	.649
Aumentar o conhecimento sobre saúde	3.43	1.05	3.30	1.08	1.05	.296
Comer cinco peças de fruta/vegetais por dia	2.87	1.09	2.72	1.16	1.29	.202
Escolher cereais integrais ricos em fibra, na maioria das vezes em que come cereais	2.83	1.36	2.40	1.21	2.98	.004
Fazer ≥ 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana	2.23	1.25	2.31	1.35	-.56	.578
Fazer exercícios de força que trabalhem os músculos principais	2.03	1.14	2.57	1.42	-3.58	.001
Fazer 75 minutos de atividade aeróbica vigorosa por semana	1.81	1.08	2.14	1.35	-2.31	.020

Tabela 2

Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde (cont.)

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mulheres		Homens			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Diminuir a exposição à radiação dos telemóveis	2.61	1.04	2.73	1.16	-1.05	.299
Não fumar tabaco	2.25	1.50	2.43	1.49	-1.22	.225
Crenças de saúde compensatórias						
Compensar beber álcool com alimentação saudável	.51	.71	.77	.92	-3.066	.003
Compensar beber álcool com água	.58	.98	.90	1.14	-2.754	.007
Compensar fumar com alimentação saudável	.87	1.18	1.05	1.22	-1.734	.086
Compensar beber café com água	.69	.80	.81	.92	-1.330	.187
Compensar beber álcool ao fim de semana, não bebendo durante a semana	.46	.63	.62	.89	-1.661	.100
Compensar fumar com exercício físico	.69	.85	.80	.89	-1.168	.246
Compensar dormir pouco durante a semana, dormindo até tarde no fim-de-semana	1.04	.97	1.02	.94	.228	.820
Compensar deitar-se tarde, dormindo mais na manhã seguinte	1.39	1.01	1.38	1.09	.091	.928

Tabela 2

Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde (cont.)

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mulheres		Homens			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Compensar não tomar o pequeno-almoço, comendo mais ao almoço ou ao jantar	.91	1.29	.89	1.17	.182	.856
Compensar comer o que se quiser à noite, não tendo comido o dia inteiro	.86	1.25	.86	1.12	.000	1.000
Compensar o stresse da semana, relaxando no fim-de-semana	1.46	1.05	1.49	1.03	-.350	.727
Compensar um dia de stresse, relaxando em frente à televisão	1.25	.92	1.31	1.00	-.555	.580
Compensar o stresse com exercício físico	2.20	1.00	2.12	1.13	-.700	.486
Compensar o stresse, dormindo	2.17	1.05	2.07	1.14	.844	.401
Compensar o facto de comer sobremesa, não comendo o prato principal	.29	.59	.35	.56	-.847	.399
Compensar as calorias adicionais, usando adoçantes artificiais	.54	.69	.52	.73	.300	.765
Compensar a dieta que se quebra hoje, começando uma dieta nova amanhã	.62	.77	.61	.79	.132	.895
Motivações para a saúde						
Manter a saúde pelo próprio	3.74	.85	3.56	1.02	1.70	.092
Manter a saúde pelo/a companheiro/a	3.70	.94	3.77	.95	-.75	.456
Manter a saúde pela relação com o/a companheiro/a	3.82	.93	3.76	1.01	.65	.515
Prejudicar a saúde pelo próprio	2.63	1.16	2.96	1.26	-2.46	.016

Tabela 2

Estatísticas descritivas e comparações de género nas variáveis relacionadas com a saúde (cont.)

	Género				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mulheres		Homens			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Prejudicar a saúde pelo/a companheiro/a	2.21	1.17	2.34	1.14	1.05	.299
Prejudicar a saúde pela relação com o/a companheiro/a	2.30	1.22	2.33	1.19	-.23	.818
Estado de saúde						
Componente física	69.2	21.3	72.6	20.0	-1.58	.117
	8	7	6	3		
Componente mental	46.8	13.9	49.5	13.6	-	.053
	4	5	2	8	10.9	
					6	

Comparações de géneros nas variáveis relacionadas com a saúde

Relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros na frequência de 10 comportamentos, sendo, maioritariamente, as mulheres a apresentar maior frequência (e.g. Lavar diariamente as zonas entre os dentes, dormir num ambiente agradável e relaxante).

Em termos das crenças de saúde compensatórias, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para “Pode-se compensar os efeitos de beber álcool com frequência, tendo uma alimentação saudável” e “Não há problema em beber muito álcool, desde que se beba muita água para o eliminar”, sendo os valores superiores nos homens.

No que concerne às motivações para a saúde, foi encontrada apenas uma diferença estatisticamente significativa, sendo o valor superior nos homens (Prejudicar a saúde pelo próprio).

A componente mental do estado de saúde apresentou um valor de significância limítrofe ($p = .053$), com um valor médio superior nos homens (ver Tabela 2).

Níveis de concordância conjugal na saúde

A Tabela 3 apresenta os níveis de concordância para os comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde e as correlações entre os níveis de concordância conjugal na saúde e a satisfação conjugal.

Tabela 3

Níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde e correlações com satisfação conjugal

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlações	
			Satisfação Conjugal Mulheres	Satisfação Conjugal Homens
Comportamentos relacionados com a saúde				
Aderir a medidas de segurança rodoviárias	.55	.76	-.14	-.11
Lavar diariamente as zonas entre os dentes	.76	.90	.01	-.03
Dormir num ambiente agradável e relaxante	.55	.67	-.22*	-.18
Fazer refeições regularmente	.63	.96	-.05	-.08
Limpar o quarto/casa	1.07	1.23	-.06	-.13
Beber ≤ uma (mulheres) ou duas (homens) bebidas alcoólicas por dia	1.00	1.10	-.11	-.19
Reservar tempo para descansar e diminuir o stresse	.77	.89	.05	.06
Dormir ≥ 7 horas por noite	.80	.93	.12	.13
Criar ambiente de trabalho agradável	.64	.73	.09	.11
Levantar-se após 60 minutos seguidos sentado	.88	.98	.28**	.27**
Procurar sentido e propósito para a vida	.70	.96	-.08	-.04
Proteger-se do sol	.78	1.00	.09	.05
Passar tempo de qualidade com amigo ou parceiro, ≥ duas vezes por semana	.61	.78	-.08	-.03

Tabela 3

Níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde e correlações com satisfação conjugal (cont.)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlações	
			Satisfação Conjugal Mulheres	Satisfação Conjugal Homens
Ir para o exterior e estar na natureza	.70	.85	-.07	.04
Aumentar o conhecimento sobre saúde	.84	.92	.12	.16
Comer cinco peças de fruta/vegetais por dia	.80	.87	-.05	.05
Escolher cereais integrais ricos em fibra, na maioria das vezes em que come cereais	.99	1.09	.11	.13
Fazer ≥ 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana	.91	1.12	.06	.06
Fazer exercícios de força que trabalhem os músculos principais	1.06	1.17	-.01	-.02
Fazer 75 minutos de atividade aeróbica vigorosa por semana	.84	1.21	.09	.12
Diminuir a exposição à radiação dos telemóveis	.75	.88	-.02	-.03
Não fumar tabaco	.83	1.24	-.01	-.06
Crenças de saúde compensatórias				
Compensar beber álcool com alimentação saudável	.57	.69	-.17	-.26**
Compensar beber álcool com água	.75	.95	-.22*	-.13
Compensar fumar com alimentação saudável	.59	.88	-.12	-.13
Compensar beber café com água	.53	.75	-.19	-.12
Compensar beber álcool ao fim de semana, não bebendo durante a semana	.52	.76	-.26**	-.28**
Compensar fumar com exercício físico	.54	.79	-.02	-.10

Tabela 3

Níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde e correlações com satisfação conjugal (cont.)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlações	
			Satisfação Conjugal Mulheres	Satisfação Conjugal Homens
Compensar dormir pouco durante a semana, dormindo até tarde no fim-de-semana	.51	.72	-.05	.01
Compensar deitar-se tarde, dormindo mais na manhã seguinte	.70	.85	-.09	.11
Compensar não tomar o pequeno-almoço, comendo mais ao almoço ou ao jantar	.59	.94	-.05	-.01
Compensar comer o que se quiser à noite, não tendo comido o dia inteiro	.63	.96	-.02	.08
Compensar o stresse da semana, relaxando no fim-de-semana	.52	.69	-.09	-.08
Compensar um dia de stresse, relaxando em frente à televisão	.71	.82	-.05	.04
Compensar o stresse com exercício físico	.77	.86	.05	-.04
Compensar o stresse, dormindo	.77	.91	.18	.18
Compensar o facto de comer sobremesa, não comendo o prato principal	.34	.63	-.31**	-.17
Compensar as calorias adicionais, usando adoçantes artificiais	.34	.57	-.27**	-.35***
Compensar a dieta que se quebra hoje, começando uma dieta nova amanhã	.41	.64	-.17	-.31**
Motivações para a saúde				
Manter a saúde pelo próprio	.73	.79	-.05	-.13
Manter a saúde pelo/a companheiro/a	.58	.74	-.01	-.04
Manter a saúde pela relação com o/a companheiro/a	.57	.73	.05	-.02

Tabela 3

Níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde e correlações com satisfação conjugal (cont.)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlações	
			Satisfação Conjugal Mulheres	Satisfação Conjugal Homens
Prejudicar a saúde pelo próprio	.94	1.02	.07	.11
Prejudicar a saúde pelo/a companheiro/a	.74	1.02	-.11	-.01
Prejudicar a saúde pela relação com o/a companheiro/a	.78	1.05	-.12	.01
Estado de saúde				
Componente física	14.01	16.35	-.05	-.02
Componente mental	8.36	11.05	-.15	-.11

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Para os comportamentos relacionados com a saúde, as crenças de saúde compensatórias e as motivações para a saúde, os níveis de concordância poderiam variar entre 0 (máxima concordância) e 4 (máxima discordância). Para a maioria dos comportamentos, crenças e motivações, a concordância foi elevada ($< a 1$; ver Tabela 3).

A nível do estado de saúde, podendo a concordância variar entre 0 (máxima concordância) e 100 (máxima discordância), a concordância entre os elementos do casal também foi elevada (ver Tabela 3).

Correlações entre níveis de concordância conjugal na saúde e satisfação conjugal

A satisfação conjugal das mulheres correlacionou-se de forma negativa e fraca com a concordância no comportamento dormir num ambiente agradável e relaxante e em quatro crenças de saúde compensatórias (compensar beber álcool com água; compensar beber álcool ao fim de semana, não bebendo durante a semana; compensar o facto de comer sobremesa, não comendo o prato principal e compensar as calorias adicionais, usando adoçantes artificiais). Ou seja, quanto maior a concordância nestas crenças, maior a satisfação conjugal. Adicionalmente, associou-se de forma positiva e fraca com a

concordância no comportamento levantar-se após 60 minutos seguidos sentado. Neste caso, quanto menor a concordância, maior a satisfação conjugal (ver Tabela 3).

O padrão de resultados foi bastante semelhante para os homens. Especificamente, a satisfação conjugal dos homens correlacionou-se de forma negativa e fraca com a concordância em quatro crenças de saúde compensatórias (compensar beber álcool com alimentação saudável; compensar beber álcool ao fim de semana, não bebendo durante a semana; compensar as calorias adicionais, usando adoçantes artificiais e compensar a dieta que se quebra hoje, começando uma dieta nova amanhã). Adicionalmente, associou-se de forma positiva e fraca com a concordância no comportamento levantar-se após 60 minutos seguidos sentado (ver Tabela 3).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral estudar os comportamentos, crenças, motivações para a saúde, estado de saúde e satisfação conjugal, em casais.

Foi definido como primeiro objetivo caracterizar os comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde em casais.

Os comportamentos com frequência mais elevada (com média de 4 ou superior, num intervalo entre 1 e 5) nas mulheres foram lavar diariamente as zonas entre os dentes, dormir num ambiente agradável e relaxante, fazer refeições regularmente, limpar o quarto/casa, criar um ambiente de trabalho agradável e procurar sentido e propósito para a vida; nos homens, foram dormir num ambiente agradável e relaxante e fazer refeições regularmente. Este resultado vai ao encontro de um estudo anterior, em que participaram 250 adultos, e se verificou uma frequência mais elevada nos comportamentos aderir a medidas de segurança rodoviárias (único resultado não coincidente), lavar diariamente as zonas entre os dentes, dormir num ambiente agradável e fazer refeições regularmente (Nudelman, & Ivanova, 2018).

Ao nível das crenças de saúde compensatórias, os valores de concordância foram reduzidos, não havendo nenhuma crença, em termos médios, com que os participantes tenham concordado bastante ou muitíssimo. As crenças com que os participantes concordaram em parte foram, para ambos os géneros, a compensação dos efeitos negativos do stresse com exercício físico e dormindo. Não encontramos estudos que identifiquem as crenças de saúde compensatórias mais frequentes.

No que toca às motivações para a saúde, as motivações superiores nas mulheres foram manter a saúde pela relação com o companheiro e pela própria e, nos homens, manter a saúde pela companheira e pela relação com a companheira. Também não encontramos estudos que referissem as motivações para a saúde mais comuns.

Por fim, no que respeita ao estado de saúde dos participantes e comparando com resultados anteriores para a população adulta portuguesa (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013), os valores da componente física são superiores no presente estudo, estando acima do percentil 75 no estudo referido, mas dentro da média no que respeita à componente mental.

Com o segundo objetivo, pretendemos comparar mulheres e homens nos comportamentos relacionados com a saúde, crenças de saúde compensatórias, motivações para a saúde e estado de saúde.

Relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde, verificaram-se diferenças entre sexos na frequência de 10 comportamentos, sendo maioritariamente superior para as mulheres (e.g. lavar diariamente as zonas entre os dentes, dormir num ambiente agradável e relaxante). Tal como defendido por Colares, Franca e Gonzalez (2009) e Gonçalves (2006), também neste estudo não foram encontradas diferenças entre sexos nos comportamentos alimentares, com exceção de escolher cereais integrais ricos em fibra, na maioria das vezes em que come cereais, sendo este comportamento mais frequente nas mulheres.

Em relação aos comportamentos associados à atividade física, na sua maioria, a frequência é superior nos homens, estando de acordo com estudos anteriores (Araújo, Blank, & Oliveira, 2009; Colares et al, 2009; Vaez & Laflamme, 2003).

Quanto ao consumo de tabaco, os resultados mostraram não haver diferenças entre sexos, ao contrário do descrito pela DGS (2017b), que identificou os homens como os maiores consumidores. Esta discrepância entre os resultados obtidos e os apresentados pela DGS podem-se dever a diferenças entre as amostras utilizadas. Adicionalmente, colocamos a hipótese de os participantes não terem interpretado corretamente a questão, dada a formulação do item (era pedido aos respondentes que indicassem a frequência com que adotam a recomendação “não fumar tabaco”).

Em termos das crenças compensatórias, foram encontradas diferenças para as crenças relativas a compensar o consumo de álcool com alimentação saudável e com água, sendo os valores superiores nos homens. Estes resultados são congruentes com a posição de Knäuper, Rabiau, Cohen e Patriciu (2004), que defendem que os homens

apresentam mais crenças de saúde compensatórias do que as mulheres. Colocamos a hipótese de que este resultado se deva também ao estilo de vida, uma vez que, quanto mais alta a pontuação CHB de uma pessoa, maior a probabilidade de a pessoa se envolver em comportamentos de risco relacionados com a saúde e mais sintomas de doença a pessoa relata.

No que concerne às motivações para a saúde, foi encontrada apenas uma diferença, na motivação prejudicar a saúde pelo próprio, sendo o valor superior nos homens. Não encontramos muitos estudos sobre diferenças entre géneros nas motivações para a saúde. Lopes (2012) refere que as mulheres apresentam mais motivações para a saúde, possivelmente devido a motivações relacionadas com a saúde e a aparência, ou seja, motivações racionais e motivações estéticas. Em relação às motivações racionais, os profissionais de saúde salientam as vantagens de ter comportamentos saudáveis e assinalam os comportamentos e estilos de vida que devem ser evitados (Lopes, 2012). As motivações estéticas são dominantes e vão ao encontro do que é publicitado fundamentalmente pelos meios de comunicação social, que transmitem a ideia que de a imagem é fundamental para o “sucesso” na sociedade (Lopes, 2012).

A componente mental do estado de saúde apresentou um valor de significância limítrofe, sendo o valor médio superior nos homens. Este resultado era expectável, uma vez que a literatura é consistente a demonstrar que a presença de patologia psiquiátrica é superior nas mulheres (e. g., Rabasquinho & Pereira, 2007).

O terceiro objetivo foi caracterizar os níveis de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde.

Os resultados mostraram uma concordância elevada para todas as variáveis estudadas. A literatura refere que existe concordância entre os membros do casal ao nível dos comportamentos de saúde (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007) e ao nível do estado de saúde (Maddux, 2017), estando os resultados obtidos em consonância com os de estudos anteriores. Também outros autores referem que, quando um cônjuge melhora o seu comportamento de saúde, o outro tem tendência para o melhorar também (Falba & Sindelar, 2007; Jackson et al., 2015; Maddux, 2017).

Por último, foi ainda nosso objetivo avaliar a relação entre satisfação conjugal e o nível de concordância do casal nas variáveis relacionadas com a saúde.

Os resultados mostraram que, em termos gerais, não há relação entre a satisfação conjugal e a concordância nos comportamentos de saúde, tanto nas mulheres como nos homens. Este resultado contraria os estudos anteriores, nomeadamente o de Meyler et al.

(2017), relativamente ao consumo de álcool, o de Foulstone et al. (2017) sobre tabagismo e o de Gunn et al. (2015), referente aos comportamentos associados ao sono, nos quais se verificaram associações positivas com a satisfação conjugal. Este resultado pode dever-se à concordância bastante elevada que se verificou na nossa amostra. A pouca variabilidade nestas variáveis pode influenciar as correlações com a satisfação conjugal.

No que respeita a algumas crenças de saúde compensatórias, quanto maior é a concordância com as crenças, maior é a satisfação conjugal. É possível que este resultado se deva ao mecanismo de influência entre elementos do casal pela via cognitiva/psicológica (Maddux, 2017). O companheiro pode influenciar a saúde do indivíduo por meio de mudanças nos pensamentos e sentimentos do indivíduo em relação a determinados comportamentos pertinentes para a saúde (Maddux, 2017).

Implicações do estudo

Os resultados do estudo podem ser pertinentes tanto para a prática clínica, como para o estado da arte. Em termos de contributos para o aumento do conhecimento sobre a temática, o estudo ajuda a colmatar lacunas na literatura, ao nível da comparação de géneros em algumas variáveis relacionadas com a saúde e da sua associação com a satisfação conjugal. No que concerne à prática clínica, os dados podem servir para o desenho e implementação de programas de prevenção da saúde em casais. O programa teria como finalidade que os casais aprendam estratégias, através de várias atividades (e.g., *workshops* de hábitos e estilos de vida (de modo a promover a alteração de crenças disfuncionais relacionadas com a saúde e a aquisição de estratégias focadas em comportamentos, crenças e motivações para a saúde); sessões que realizem caminhadas na natureza, entre outros), prevenindo assim, o desenvolvimento de doenças, no presente e no futuro.

Limitações do estudo

O presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira diz respeito à dimensão da amostra que, por ser reduzida e circunscrita em termos geográficos, não permite generalizar os resultados para a população portuguesa. Uma segunda limitação centra-se na extensão do protocolo de avaliação, que pode ter levado à desistência por parte de alguns participantes. Por fim, consideramos que alguns itens podem ter gerado dificuldades de interpretação (e.g., no item sobre consumo de álcool – “Com que frequência bebe, no máximo, uma bebida alcoólica por dia (mulheres) ou duas bebidas

alcoólicas por dia (homens)?” -, algumas pessoas podem não ter considerado as palavras “no máximo”).

Sugestões para estudos futuros

Sugere-se, para estudos futuros, a replicação do estudo com uma amostra mais extensa e diversificada em termos sociodemográficos e geográficos. Adicionalmente, o presente estudo contribui com dados descritivos sobre as variáveis em estudo, que podem servir de ponto de partida para estudos futuros. Também consideramos pertinente, num estudo futuro, avaliar comportamentos sexuais de risco, uma vez que a WHO os considera uma das principais influências comportamentais na saúde. Outro exemplo seria replicar o presente estudo com a inclusão de um instrumento que avalie psicopatologia (e.g., ansiedade e depressão), uma vez que esta pode influenciar tanto os comportamentos, como as crenças e motivações para a prática de uma vida saudável. Por fim, é ainda relevante estudar o impacto dos diferentes comportamentos na saúde.

Referências

- Albery, I., & Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. Londres: SAGE Publications.
- Araújo, E. D. S., Blank, N., & Oliveira, W. F. (2009). Atividade física e hábitos alimentares de adolescentes de três escolas públicas de Florianópolis/sc. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 11(4), 428-434.
- Barletta, J. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: Contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 307-317. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v2n1p307-318
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15. doi:10.1207/s15327965pli0701_1
- Blanton, H., & Gerrard, M. (1997). Effect of sexual motivation on men's risk perception for sexually transmitted disease: There must be 50 ways to justify a lover. *Health Psychology*, 16(4), 374-379. doi: 10.1037/0278-6133.16.4.374
- Burke, V., Beilin, L. J., Dunbar, D., & Kevan, M. (2004). Changes in health-related behaviors and cardio-vascular risk factors in young adults: Associations with living with a partner. *Preventive Medicine*, 39, 722–730.
- Colares, V., Franca, C. da, & Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferenças entre gêneros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 521–528. doi:10.1590/s0102-311x2009000300007
- Conner, M., & Norman, P. (2005). Predicting and changing health behaviour: A social cognition approach. In M. Conner, & P. Norman (Coords.), *Predicting and Changing Health Behaviour: Research and practice with social Cognition models* (3.^a ed., pp. 1-29). Maidenhead: Open University Press.
- Craddock, E., van Dellen, M., Novak, S., & Ranby, K. (2015). Influence in relationships: A meta-analysis on health-related social control. *Basic and Applied Social Psychology*, 37, 118–130. doi: 10.1080/01973533.2015.1011271
- Craig, P. L., & Truswell, A. S. (1990). Dynamics of food habits of newly married couples: Weight and exercise patterns. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 47, 42–46.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

- DGS. (2016a). *Alimentação saudável em números 2015*. Lisboa: DGS. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2015.aspx>
- DGS. (2016b). *Portugal. Doenças cérebro-cardiovasculares em números-2015*. Lisboa: DGS. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15556/1/d189704.pdf>
- DGS. (2016c). *A saúde dos portugueses 2016*. Lisboa: DGS. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/pub_a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx
- DGS. (2017a). *A saúde dos portugueses 2016*. Lisboa: DGS. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Saúde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- DGS. (2017b). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2017*. Lisboa: DGS. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>
- Falba, T. A., & Sindelar, J. L. (2007). Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research*, 43(1p1), 96–116. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00754.x
- Ferreira, P. L., (2000), Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I- adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Foulstone, A. R., Kelly, A. B., & Kifle, T. (2017). Partner influences on smoking cessation: A longitudinal study of couple relationships. *Journal of Substance Use*, 22(5), 501–506. doi:10.1080/14659891.2016.1255791

- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A.C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P. & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), 207-229.
- Franks, M. M., Wendorf, C. A., Gonzalez, R., & Ketterer, M. (2004). Aid and influence: Health-promoting exchanges of older married partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 431–445. doi: org/10.1177/0265407504044839
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the couples satisfaction index. *Journal of Family Psychology*, 21, 572-583.
- Giner-Sorolla, R. (2001). Guilty pleasures and grim necessities: Affective attitudes in dilemmas of self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 206–221. doi:10.1037/0022-3514.80.2.206
- Gonçalves, I. (2006). Hábitos alimentares em adolescentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 163-172.
- Gunn, H. E., Buysse, D. J., Hasler, B. P., Begley, A., & Troxel, W. M. (2015). Sleep concordance in couples is associated with relationship characteristics. *Sleep*, 38(6), 933-939. doi: 10.5665/sleep.4744.
- Hay, S., Abajobir, A., Abate, K., Abbafati, C., Abbas, K., Abd-Allah, F., ... Abera, S. (2017). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1260–1344. doi:10.1016/s0140-6736(17)32130-x
- Instituto Nacional de Estatística (INS). (2014). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Lisboa: Edição do autor.
- Jackson, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (2015). The influence of partner's behavior on health behavior change: The English longitudinal study of ageing. *Journal of the American Medical Association*, 175, 385–392.
- Kiecolt-Glaser, J., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503. doi: 10.1037//0033-2909.127.4.472
- Klein, W. M. P., & Goethals, G. R. (2002). Social reality and self-construction: A case of “bounded irrationality?” *Basic and Applied Social Psychology*, 24(2), 105–114. doi:10.1207/s15324834basp2402_3

- Klein, W. M., & Kunda, Z. (1992). Motivated person perception: Constructing justifications for desired beliefs. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28(2), 145–168. doi:10.1016/0022-1031(92)90036-j
- Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004). Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology & Health*, 19(5), 607–624. doi:10.1080/0887044042000196737
- Lamela, D., Jongenelen, I., & Morais, A. (2015). Couples satisfaction index – 4 *Assessment*. ASMNT-18-0329.
- Lamela, D. (2019). *Examining the psychometric properties and the measurement invariance of the Couple Satisfaction Index-4 for depressed and non-depressed Portuguese women*. Manuscrito submetido para publicação.
- Lopes, P. A. F. C. (2012). *Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Maddux, J. E. (2017). Intimate relations, subjective well-being, and health behavior. In Chloe, O., Huelsnitz, Alexander, J., Rothman & Jeffry. A., Simpson. (v.4) *Subjective Well-Being and Life Satisfaction. An Introduction to Conceptions, Theories, and Measures. Subjective Well-Being and Life Satisfaction*, (pp. 75-103). New York: Routledge. doi: 10.4324/9781351231879
- Matos, M. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.
- Mazo, G. (2008). *Actividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Cidade: Porto Alegre: Editora Sulina.
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., & Conner, M. (2016). Meta-analysis of the reasoned action approach (RAA) to understanding health behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50, 592–612. doi: 10.1007/s12160016-9798-4
- Mello, M., Barrias, C., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.
- Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2297–2310. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.007

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*. Lisboa: Edição do autor. Acedido em 16 de agosto de 2019, em, https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- Moriel, P., Madureira, H. L., Uwagoya, A. K. Y., Wlian, L., & Pincinato, E. C. (2010). *Influence of smoking on salivary amylase activity and glycemic curve*. *Braz J Nutr*, 23:565-72. doi: 10.1590/S1415-52732010000400007
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2015). *Alcohol's effects on the body*. Acedido em 10 de novembro de 2018, em, <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alphabets-effects-body>.
- Nazaré, B. (2018). *Lista de comportamentos de saúde*. Documento não publicado.
- Nazaré, B. (2019). *Questionário de motivações para a saúde (HM)*. Documento não publicado.
- Nudelman, G., & Ivanova, E. (2018). The relationship between frequency of performance and perceived importance of health behaviours. *Journal of Health Psychology*, 135910531877072. doi:10.1177/1359105318770724
- Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI.
- Pietromonaco, P., Uchino, B., & Schetter, C. (2013). Attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32, 499-513. doi: 10.1037/a0029349
- Pinel, J. P. J., Assanand, S., & Lehman, D. R. (2000). Hunger, eating, and ill health. *American Psychologist*, 55(10), 1105–1116. doi:10.1037/0003-066x.55.10.1105
- Powell, C., & Van Vugt, M. (2003). Genuine giving or selfish sacrifice? The role of commitment and cost level upon willingness to sacrifice. *European Journal of Social Psychology*, 33(3), 403-412. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.154>
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454.
- Ramos, R. (2003). Processos cognitivos básicos relevantes para a psicologia da Saúde. In V.B. Oliveira, & K. Yamamoto (Eds.) *Psicologia da Saúde: Temas de reflexão e prática* (pp.82-109). São Paulo: UESP.
- Rusbult, C. E., Arriaga, X. B., & Agnew, C. R. (2001). Interdependence in close relationships. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 359–387). Oxford, England: Blackwell.

- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2011a). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: Correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 439-447.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M.A. (2011b). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 658-665.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, M. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 281-288.
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W., . . . Rothman, A. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35, 1178–1188.
- Slatcher, R., & Selcuk, E. (2017). A social psychological perspective on the links between close relationships and health. *Current Directions in Psychological Science*, 26, 16–21. doi: 10.1177/0963721416667444
- Thibaut, J. (1959). *The Social Psychology of Groups*. New York: Routledge. doi:10.4324/9781315135007
- Trentini, M.; & Silva, D. (1992). Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. *Texto & Contexto Enfermagem*, 1(2), 76-88.
- Trope, Y., & Fishbach, A. (2000). Counteractive self-control in overcoming temptation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 493–506. doi:10.1037//0022-3514.79.4.493
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A Review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387. doi:10.1007/s10865-006-9056-5
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2003). Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health*, 51(4), 156–162. doi:10.1080/07448480309596344
- WHO. (1995). Constitution of the world health organization. Documentos Básicos, *Quadragesima Quinta Edição*, Suplemento, Outubro de 2006. Acedido em 31 de maio de 2019, em, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- WHO. (2002a). *Diet, physical activity and health*. Fifty-fifth World Health Assembly, Agenda item 13.11 (WHA 55.23). Acedido em 31 de maio de 2019, em, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf
- WHO. (2002b). *The world health report - reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO. Acedido em 31 de maio de 2019, em, <https://www.who.int/whr/2002/en/>
- WHO. (2014) *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO. Acedido em 31 de maio de 2019, em, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua1
- WHO. (2017). *WHO report finds dramatic increase in life-saving tobacco control policies in last decade*. Geneva: WHO. Acedido em 31 de maio de 2019, em, <https://www.who.int/news-room/detail/19-07-2017-who-report-finds-dramatic-increase-in-life-saving-tobacco-control-policies-in-last-decade>
- Young, V. J., & Burke, T. J. (2017). Self, partner, and relationship motivations for healthy and unhealthy behaviors. *Health Psychology Report*, 3, 219–226. doi: 10.5114/hpr.2017.65221

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento informado

CRENÇAS, COMPORTAMENTOS E SAÚDE EM CASAIS PORTUGUESES

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

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

Quem pode participar no estudo? Todas as pessoas com 18 anos ou mais, de nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal, atualmente envolvidas numa relação amorosa (namoro, casamento).

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

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

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

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

Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura: _____ Data: _____ / _____ / _____