

DM
MART/F. 1

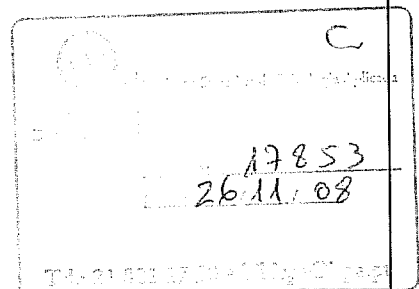
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

AFECTIVIDADE, PERCEÇÃO DE SAÚDE,
STRESS E ESTILOS DE VIDA NOS JOVENS



Filipa Isabel Ferreira Martinho

Lisboa, 2006



Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto n.º 2 do artigo 5º do Decreto-lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro pela sua orientação, competência e dedicação prestadas ao longo da realização deste trabalho.

Às escolas e professores que se disponibilizaram para participar neste trabalho.

A todos os jovens que colaboraram neste estudo, sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos meus pais, amigos e ao Pedro, que me apoiaram em mais esta etapa da minha vida.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. Conceito de Saúde	3
1.1. Comportamentos de Saúde	4
1.2. Promoção da Saúde	7
1.3. Qualidade de Vida	8
1.4. Determinantes de Saúde	9
2. Factores de Risco para a Saúde	10
2.1. Determinantes Sociais e Económicos de Saúde	10
2.2. Estilos de Vida	11
3. O Stress	14
3.1. O Stress e a Saúde	15
4. Afectividade	17
4.1. Afecto Positivo e Afecto Negativo	19
METODOLOGIA	22
1. Participantes	22
2. Instrumentos	26
2.1. The Lifestyle Appraisal Questionnaire	26
2.2. Questionário do Estado de Saúde	31
2.3. Escala de Afecto Positivo e Negativo	33
2.4. Questionário Sócio-demográfico	33
3. Desenho de Investigação	34
3.1. Tipo de Estudo	34
3.2. Variáveis	34
4. Procedimentos	35

RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	51
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	62
ANEXO I - Questionário	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos participantes em relação à idade.	22
Quadro 2 – Distribuição dos participantes em relação à escolaridade.	23
Quadro 3 - Distribuição dos participantes em relação à escolaridade por sexo.	23
Quadro 4 – Distribuição dos participantes em relação à área ou curso frequentado.	24
Quadro 5 – Distribuição dos participantes em relação ao estado civil.	25
Quadro 6 – Distribuição dos participantes quanto ao número do agregado familiar.	25
Quadro 7 - Coeficiente Alfa de Cronbach para a parte I da escala.	28
Quadro 8 – Análise factorial da Parte I da LAQ.	28
Quadro 9 - Coeficiente Alfa de Cronbach para a Parte II da escala.	29
Quadro 10 – Peso e estrutura dos itens da Parte II do LAQ.	30
Quadro 11 – Itens correspondentes a cada dimensão da escala.	31
Quadro 12 – Consistência interna do Questionário SF-8 no presente estudo.	32
Quadro 13 – Consistência interna da escala no presente estudo.	33
Quadro 14 - Média e desvio padrão relativos aos estilos de vida .	36
Quadro 15 - Média e desvio padrão relativos ao componente físico	36
Quadro 16 - Média e desvio padrão relativos ao componente mental .	37
Quadro 17 - Média e desvio padrão relativos aos afectos negativos.	37
Quadro 18 - Média e desvio padrão relativos aos afectos positivos	37
Quadro 19 - Média e desvio padrão relativos ao stress.	38
Quadro 20 – Valores da Correlação de Pearson da variável afectos negativos com os estilos de vida.	39
Quadro 21 – Valores da Correlação de Pearson da variável afectos positivos com os estilos de vida.	39
Quadro 22 – Valores da Correlação de Pearson do componente físico com os estilos de vida.	40
Quadro 23 – Valores da Correlação de Pearson do componente mental com os estilos de vida.	40
Quadro 24 – Valores da Correlação de Pearson do stress com os estilos de vida.	41

Quadro 25 – Valores da estatística Anova dos estilos de vida em relação à escolaridade.	42
Quadro 26 – Valores da Média obtidos nos dois grupos.	42
Quadro 27 – Valores da estatística Anova dos estilos de vida em relação ao sexo.	43
Quadro 28 – Valores da Média obtidos nos estilos de vida em relação ao sexo.	43
Quadro 29 – Valores da estatística Anova dos afectos negativos em relação ao sexo.	44
Quadro 30 – Valores da estatística Anova dos afectos negativos em relação à escolaridade.	44
Quadro 31 – Valores da estatística Anova dos afectos positivos em relação ao sexo.	45
Quadro 32 - Média obtida nos afectos positivos em relação ao sexo.	45
Quadro 33 – Valores da estatística Anova dos afectos positivos em relação à escolaridade.	45
Quadro 34 – Valores da estatística Anova do componente físico em relação ao sexo.	46
Quadro 35 – Valores da estatística Anova do componente físico em relação à escolaridade.	46
Quadro 36 - Média obtida no componente físico em relação à escolaridade.	47
Quadro 37 – Valores da estatística Anova do componente mental em relação ao sexo.	47
Quadro 38 - Média obtida no componente mental em relação ao sexo.	47
Quadro 39 – Valores da estatística Anova do componente mental em relação à escolaridade.	48
Quadro 40 - Média obtida no componente mental em relação à escolaridade.	48
Quadro 41 - Valores obtidos na Anova na variável stress em relação ao sexo.	49
Quadro 42 - Média obtida no stress em relação ao sexo.	49
Quadro 43 - Valores obtidos na Anova na variável stress em relação à escolaridade.	50
Quadro 44 - Média obtida no stress em relação à escolaridade.	50

LISTA DE ACRÓNIMOS

LAQ - The Lifestyle Appraisal Questionnaire

PANAS – The Positive and Negative Affect Schedule

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

RESUMO

O presente estudo teve como principal objectivo estudar as relações existentes entre as variáveis afectividade, da percepção de saúde, stress e estilos de vida dos jovens.

Os participantes foram 642 sujeitos, sendo 51,6% do sexo feminino e 48,4% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos.

Os instrumentos utilizados para avaliar as variáveis em estudo foram o “Questionário dos Estilos de Vida” adaptado neste trabalho da escala original “The Lifestyle Appraisal Questionnaire” (estilos de vida e stress), “o Questionário do Estado de Saúde - SF-8” (percepção de saúde) e a “Escala de Afecto Positivo e Negativo” (afectividade).

Neste estudo foram encontradas correlações significativas entre as variáveis percepção de saúde, afectividade, stress e estilos de vida.

ABSTRACT

The main purpose of this work was to study the relations between the affectivity variables, health perception, stress and youngsters lifestyles.

It were made interviews to 642 people, 51,6% females and 48,4% males with ages between 15 and 25 years old.

The tools used to analyse the variables in study were the “Lifestyles Questionnaire” that was, in this study, adapted to the original scale of “The Lifestyle Appraisal Questionnaire” (lifestyles and stress), the “Health Status Questionnaire - SF-8“(Health perception) and the “Positive and Negative affect Schedule” (Affectivity).

In this study were found major correlations between the variables health perception, affectivity, stress and lifestyles.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde tem sofrido alterações no decorrer dos tempos, sendo assim um conceito dinâmico que tem a capacidade de se ajustar aos diferentes momentos sociais e culturais.

Os comportamentos que afectam a saúde, de forma positiva ou negativa, podem ser considerados comportamentos relacionados com a saúde (Carmody, 1997).

O estudo dos comportamentos de saúde dos jovens e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a este grupo etário.

A saúde dos jovens tem de ser considerada num contexto mais alargado tendo em conta o bem-estar físico, emocional e social, como defende a Organização Mundial de Saúde.

A prática de comportamentos não saudáveis e/ou comportamentos de saúde negativos está na origem de doenças graves e na consequente diminuição da longevidade. Deste modo, torna-se revelante a prática de comportamentos saudáveis ou comportamentos de saúde positivos para alcançar o bem-estar físico, mental e social.

O presente trabalho visa conhecer as relações de variáveis como a afectividade, os stress e a percepção de saúde nos estilos de vida dos jovens.

1. Conceito de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1993, p. 5).

Sendo o conceito de saúde definido como “o estado completo de bem-estar...”, pode encontrar-se no conceito anterior, alguns indicadores de saúde, nomeadamente indicadores sócio-culturais (nível socioeconómico, educativo, cultural, etc.) e indicadores psicossociais (concepções de saúde, expectativas a nível da saúde, avaliação das expectativas, grau de satisfação com a vida, etc.).

De acordo com Ribeiro (2005) na definição anterior encontra-se implícito ou explícito que a saúde:

- é o estado habitual dos indivíduos, e está subjacente à capacidade dos sujeitos realizarem actividades de rotina;
- não se limita à ausência de doença;
- se expressa ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- se manifesta nos níveis mental, físico e social;
- existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando como resposta adaptativa às exigências internas ou externas percebidas pelo sujeito;
- aglomera os aspectos físico, mental e social, considerados numa coalescência sistémica que os torna interdependentes;
- se define por uma configuração de bem-estar que resulta da expressão da percepção do que o indivíduo sente sobre si próprio;
- envolve a energia disponível para efectuar diversas actividades com sucesso;
- fica debilitada quando o sujeito não apresenta energia suficiente para satisfazer as exigências do dia-a-dia e para manter um sentimento de equilíbrio e harmonia;
- não pode ser compreendida sem ser como parte integrante de um equilíbrio ecológico global.

O conceito de saúde reflecte os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, ou seja, a cultura da sociedade partilhada por todos os seus membros. Este conceito muda

de acordo com o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico (Ribeiro, 2005)

A natureza complexa e multifactorial da saúde tem levado a um crescente reconhecimento da importância dos aspectos psicológicos (Godoy, 1999).

Segundo Lusk, Kerr e Baer (1995), a motivação para o comportamento, a concepção de estilos de vida e saúde ocupam um papel importante na determinação da saúde individual. Assim, a concepção que o indivíduo tem sobre a saúde e os estilos de vida interferem com a forma como selecciona e realiza os comportamentos.

Estes autores defendem que as alterações na concepção de saúde podem induzir mudanças nos estilos de vida do indivíduo. Deste modo, a promoção da saúde de qualquer população começa pela avaliação da forma como definem a saúde.

1.1.Comportamentos de Saúde

Qualquer comportamento que afecta a saúde, de forma negativa ou positiva, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde, sendo difícil imaginar uma actividade ou comportamento que não afecte a nossa saúde de alguma forma, directa ou indirectamente.

Alguns autores definem os comportamentos de saúde como qualquer actividade desenvolvida por uma pessoa que pensa ser saudável e com o objectivo de prevenir a doença ou detectá-la em fases assintomáticas (Bishop, 1994; Conner & Norman, 1996).

Carmody (1997) referiu que para além da lista de comportamentos relacionados com a saúde, que incluem padrões comportamentais como hábitos alimentares, exercício, práticas sexuais seguras e realização regular de exames médicos, entre outros, existem muitos comportamentos menos óbvios para o público em geral que afectam a saúde. Tais como, a forma como uma pessoa expressa a raiva pode ser associada com o desenvolvimento ou aceleração da doença coronária e, neoplasias em alguns indivíduos. Do mesmo modo, um indivíduo envolver-se numa actividade que lhe dá prazer pode ser relacionado com a saúde, quando tais comportamentos ajudam o indivíduo a lidar com a dor, stress ou humor depressivo.

Os diversos estudos sobre os comportamentos de saúde abrangem uma variedade de comportamentos como o recurso aos serviços de saúde (tais como consultas de rotina, vacinação), adesão aos cuidados e tratamentos médicos (por exemplo: tratamentos dietéticos, da diabetes e da hipertensão arterial) e os comportamentos da saúde que dependem do próprio sujeito (como as dietas, exercício, fumar, consumo de álcool).

Conner e Norman (1996) afirmam que estes estudos tinham como objectivo avaliar a relação existente entre a realização dos comportamentos de saúde e as diversas consequências ao nível da saúde, e verificaram a importância destes comportamentos no que respeita à morbilidade e à mortalidade.

Os comportamentos de saúde podem ser também denominados como comportamentos de saúde positivos e negativos (Ogden, 1999).

Os comportamentos de saúde positivos compreendem acções do tipo usar cintos de segurança, fazer “check-ups” regularmente, dormir o número de horas adequadas, cuidados de higiene, etc. (Ogden, 1999). De acordo com Steptoe e Wardle (1996), estes comportamentos envolvem actividades que contribuem para a promoção da saúde, protecção do risco de acidentes e detecção da doença e deficiência num estágio precoce.

Os comportamentos de saúde negativos, envolvem acções do tipo fumar, consumo excessivo de álcool, dieta com alto teor de gorduras, etc. (Ogden, 1999). Estes comportamentos são referidos por Steptoe e Wardle (1996), como de risco para a saúde, e correspondem a qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente. Na literatura os comportamentos de saúde negativos surgem também com a designação de hábitos prejudiciais à saúde (Matarazzo, 1984, citado por Ogden, 1999).

Segundo Bishop (1994), os comportamentos de saúde são determinados por quatro tipos de factores: os determinantes sociais e demográficos, os determinantes situacionais, os determinantes de risco percebido e os determinantes psicológicos.

Os determinantes sociais e demográficos mostram que os comportamentos de saúde variam consoante os diferentes grupos socioculturais. De acordo com Conner e Norman

(1996), a idade segue um movimento curvilíneo relativamente a muitos comportamentos de saúde, e variáveis como o género podem originar diferenças nos comportamentos de saúde.

No que respeita aos determinantes situacionais referem-se às diferentes pressões sociais que existem nas várias faixas etárias. Estudos evidenciam que a pressão entre pares parece ser um factor primário que leva ao comportamento de fumar em adolescentes (Carmody, 1997). Outros autores referem que o estatuto sócio-económico e étnico tem influência ao nível dos comportamentos de saúde (Conner & Norman, 1996).

Quanto ao determinante de risco percepcionado, este pode ter influência nos comportamentos de saúde escolhidos pelas pessoas. Estudos mostram que os sintomas percebidos pelo sujeito podem ajudar a controlar os hábitos de saúde (Conner & Norman, 1996).

Por fim, os determinantes psicológicos, quer ao nível emocional quer cognitivo. Neste tipo de determinantes, os autores referem-se aos níveis de stress, aspectos de personalidade e à auto-estima. No que respeita a factores mais cognitivos mencionam o conhecimento sobre os riscos comportamentais para a saúde, os quais determinam os estilos de vida, as crenças e as atitudes perante a saúde (Conner & Norman, 1996).

Para Carmody (1997) são vários os determinantes cognitivos dos comportamentos de saúde. Estes factores estão implicados no início, manutenção e modificação de diversos comportamentos relacionados com a saúde, tais como as atribuições, expectativas, intenções, atitudes e crenças.

Alguns estudos verificaram que mais de 75 % das diferenças relacionadas com o sexo no que respeita às causas de mortalidade podem ser explicadas pelas regras comportamentais associadas ao sexo. Outros estudos demonstraram que as diferenças no género ao nível dos comportamentos de saúde são congruentes com as normas sociais associadas ao sexo (Kristiansen, 1990).

Steptoe e Wardle (1992) efectuaram um estudo em que compararam as amostras de diferentes países no que respeita à avaliação e às crenças sobre a importância dos

comportamentos de saúde, nomeadamente a alimentação equilibrada, prática de exercício, fumar e o consumo de álcool.

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que os resultados no que respeita ao sexo são muito semelhantes nos diferentes países. Assim, os resultados evidenciaram que as mulheres tendiam a fumar e beber menos, enquanto que os homens não faziam uma alimentação adequada mas praticavam mais exercício físico. Os autores concluíram de uma forma geral que os aspectos culturais e geográficos exercem influência nos comportamentos de saúde das pessoas.

1.2. Promoção da Saúde

A promoção de saúde abrange um conjunto de actuações que vão no sentido da protecção, manutenção e aumento da saúde, sendo centradas no indivíduo e/ou na comunidade (Godoy, 1999).

Para Ribeiro (1998), a promoção da saúde implica necessariamente a devolução do poder à comunidade no que respeita à saúde, restringindo-o às instituições e profissionais de saúde.

As abordagens ao nível da promoção de saúde podem ser de dois tipos: as abordagens centradas no indivíduo ou na comunidade. Nas abordagens centradas no indivíduo propõe-se uma melhoria da saúde dos sujeitos individualmente, sendo semelhante ao modelo de actuação da tradição clínica. As abordagens centradas na comunidade têm como objectivo a melhoria da saúde sócio-ecológica, sendo equivalente ao modelo de actuação da tradição comunitária (Noack, 1987 citado por Godoy, 1999).

Assim, as estratégias de promoção de saúde variam consoante o tipo de abordagem. As estratégias ao nível individual visam o incremento do potencial de saúde de modo a otimizar a capacidade do sujeito enfrentar de forma adequada as exigências ambientais e os problemas de risco para a saúde. Ao nível comunitário as estratégias visam a melhoria do potencial sócio-ecológico em geral, englobando áreas como a vacinação, prevenção da natureza, controlo da poluição, entre outras.

No entanto, Godoy (1999) refere que a estratégia básica de intervenção na promoção para a saúde é a educação para a saúde, tendo por base levar as pessoas a sentirem necessidade de cuidar de si mesmas, da sua família e de toda a comunidade, o que em última instância levaria à mudança de comportamentos e à aquisição de novos hábitos saudáveis.

1.3. Qualidade de Vida

Segundo o WHOQOL Group (1996), a qualidade de vida consiste na percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

A promoção da qualidade de vida, ao nível individual e colectivo, é um dos aspectos relevantes da teoria e da prática da psicologia da saúde (Rios & Fernández, 1999). Estes autores referem que o conceito de qualidade de vida encontra-se historicamente relacionado com o de felicidade e bem-estar, sendo possível descrevê-lo de diversas formas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais importante que a quantidade de anos vividos pelo indivíduos é a qualidade dessa vivência.

Rios e Fernández (1999) afirmam que qualquer definição de qualidade de vida deveria incluir os alguns dos seguintes aspectos: as capacidades cognitivas, comportamentais e de bem-estar emocional, o sentimento subjectivo de bem-estar e satisfação vital, as condições sócio-materiais, a satisfação referente às condições materiais reais e psicológicas do sujeito, a percepção subjectiva do nível de saúde pessoal e a capacidade de se comportar de modo satisfatório, e a percepção da utilidade da vida e a satisfação das necessidades básicas humanas.

1.4. Determinantes de Saúde

Segundo Calman (1998), os cinco determinantes que interagem e influenciam a saúde do sujeito individual ou de uma população são os seguintes: factores biológicos, como o envelhecimento e as alterações genéticas; o meio ambiente, que reenvia para as doenças contagiosas; os estilos de vida, que está relacionado com o comportamento; os factores sócio-económicos e o recurso e acesso aos serviços de saúde.

Os factores biológicos visam uma vasta área de intervenção da biologia, permitindo compreender o modo como o corpo funciona e quais as alterações que ocorrem quando algo corre mal. No que respeita aos determinantes ambientais, estes consistem em factores provenientes do mundo externo que podem produzir algum impacto na saúde.

Os estilos de vida relacionam-se com o modo como as pessoas vivem e se comportam. Este factor é considerado muito relevante ao nível da saúde, onde se incluem o consumo de cigarros e álcool, o uso de drogas, a violência e outros comportamentos de risco.

Quanto aos factores sociais e económicos apresentam grande influência na saúde, tais como as condições de habitação, o nível de rendimento, o emprego e a classe social. Deste modo, a violência, a privação e o desemprego são acontecimentos impeditivos de uma boa saúde.

Segundo Bobak (1998), o nível de escolaridade de uma sociedade está intimamente relacionado com os níveis de saúde. Desta forma, um dos pré-requisitos para melhorar a saúde é o aumento dos níveis de escolaridade das pessoas.

Por fim, outro determinante que contribui para a melhoria da saúde consiste nas boas condições de acesso aos serviços de saúde.

2. Factores de Risco para a Saúde

2.1. Determinantes Sociais e Económicos da Saúde

Nos últimos anos ocorreram grandes alterações no campo da saúde, a mortalidade reduziu para metade e a esperança de vida duplicou, factos que são explicados pela redução das causas de morte por infecção associado a progressos ambientais, estilos de vida, condições de vida, e outros aspectos relacionados com melhorias a nível social e económico (Ziglio, Levin & Bertinato 1998).

Alguns estudos mostraram sinais evidentes de deterioração da saúde em vários segmentos da população causados por mudanças sociais, económicas e ambientais decorrentes da sociedade actual (Ziglio, Levin & Bertinato 1998).

Giraldes (1996) verificou-se nos seus estudos que o fumar, a obesidade e o consumo de álcool são comportamentos que tendem a aumentar com a diminuição do nível socio-económico.

Os comportamentos de risco para a saúde tais como o fumar e os tipos de alimentação são apreendidos na família e tendem a permanecer ao longo da vida dos sujeitos (Hewison, 1997). Deste modo, a família representa um veículo transmissor importante, através do qual os factores sociais e demográficos manifestam a sua influência ao nível da saúde dos indivíduos.

Também as diferenças entre as classes sociais ao nível da saúde são um factor relevante, uma vez que os sectores mais pobres da população apresentam uma saúde mais precária e uma taxa de mortalidade mais elevada (Pitts & Phillips, 1998).

Um estudo realizado por Chamberlain e O'Neill (1998), que consistia numa análise qualitativa de percepção de saúde de sujeitos fumadores pertencentes a diferentes classes sociais, mostrou que existem diferenças entre as classes, quer ao nível do significado de saúde quer do comportamento de fumar.

Segundo Ussher (1997) verifica-se uma notória influência dos factores sociais e culturais, ao nível da saúde, nos comportamentos dos homens e mulheres.

Os factores psicossociais como características do ambiente em que as pessoas vivem e trabalham têm também repercussões ao nível da saúde. Berry (1997) afirma que os factores psicossociais são influenciados pelas diferentes culturas.

2.2. Estilo de Vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estilo de vida consiste num “aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (WHO, 1988, p.114).

De acordo com Young (1998), os estilos de vida consistem em acções sujeitas a um complexo condicionamento cultural, social, económico e ambiental que caracterizam um indivíduo ou um grupo.

Os estilos de vida adoptados pelos indivíduos abrangem diversos comportamentos que podem constituir factores de risco para a saúde (Sarafino, 1990).

No Reino Unido foi realizado um estudo sobre saúde e estilos de vida, cujo o objectivo era avaliar os comportamentos de saúde de uma amostra de mulheres com baixo estatuto socio-económico e os factores (atitudes, crenças e ambiente) que melhor explicavam a performance de risco mais baixo ao nível destes comportamentos (Pill, Peters e Robling, 1993). Os resultados obtidos demonstraram que as variáveis sócio-demográficas são um factor dominante em relação às crenças e atitudes dos indivíduos.

Alguns aspectos relativos aos estilos de vida, tais como: o fumar, o consumo excessivo de álcool, a prática insuficiente de exercício físico e uma alimentação desequilibrada encontram-se directamente relacionados com a incidência de várias doenças (Heikkinen, 1989).

Os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. Torna-se assim necessário adoptar comportamentos de saúde no estilo de vida de cada indivíduo, para aumentar as hipóteses de alcançar um bom estado de saúde.

Os jovens são muitas vezes considerados como o grupo mais saudável da população global. No entanto, este facto não implica que os jovens não sejam também por vezes confrontados com problemas de saúde. Muitos destes problemas estão relacionados com o seu comportamento (Stephoe & Wardle, 1996; WHO, 1993), a sua interacção com o meio, e as mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis (WHO, 1993).

Estudos realizados referem que tem sido possível verificar que grande parte dos adolescentes têm consciência do risco e do perigo em que estão envolvidos ao praticarem determinados comportamentos, mas preferem ignorá-los, devido ao facto de darem mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos (Irwin, 1987).

Também nas pessoas idosas os estilos de vida constituem um factor importante nas causas da morbilidade e/ou mortalidade, apresentando este grupo alguma resistência na modificação dos seus estilos de vida (Hart, 1997).

Para Young (1998), o fumar é considerado o mais importante estilo de vida enquanto determinante da saúde. Diversos estudos mostram que na adolescência o fumar está relacionado com a rebeldia, impulsividade e reivindicação de identidade. Também os modelos dos pais, pares ou companheiros podem funcionar como influência ou inibição do início de fumar.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993), verifica-se que a população portuguesa entre os 15 e 24 anos de idade, em relação ao consumo de tabaco, ocupa o segundo lugar como maior consumidor, sendo a maior percentagem de fumadores do sexo masculino.

Os dados apresentados nesse relatório em relação ao consumo de álcool apontam que têm sido tomadas medidas de regulamentação nesta área, sendo notável o incentivo junto dos indivíduos para consumirem bebidas sem álcool.

Também a alimentação é abordada neste relatório, onde se afirma que a obesidade e o excesso de peso representam um sério problema na maioria dos países europeus (WHO, 1993).

A actividade física, no trabalho ou nos tempos livres, tem mostrado resultados relevantes na prevenção de problemas cardiovasculares e músculo-esqueléticos e promove a sensação de bem-estar (Young, 1998).

Matos (2002) refere que a actividade física quando analisada num conjunto com outros comportamentos de saúde, revela-se um factor que permite distinção entre os adolescentes com comportamentos saudáveis e não saudáveis.

3. O Stress

Segundo Serra (2002), o stress não diz respeito apenas a uma situação incómoda, uma vez que a sua ocorrência pode ter consequências ao nível do bem-estar e da saúde (física e mental) do indivíduo.

O autor refere que as consequências do stress só podem ser medidas por indicadores indirectos, tais como o mal-estar, as incapacidades e mortes prematuras que gera; na forma como afecta o coração e outros órgãos; nos transtornos físicos e mentais que causa; no consumo de substâncias utilizadas para aguentar os seus efeitos (Serra, 2002).

O stress é responsável por diversos tipos de resposta no ser humano: de natureza biológica, cognitiva, comportamental e emocional. As emoções vivenciadas, normalmente negativas, apresentam um componente motivacional que nalguns indivíduos funciona como inibidor enquanto que noutros incentiva à acção (Serra, 2002).

A diversidade das reacções perante situações de stress não depende unicamente da situação em si, engloba todas as variáveis individuais, quer inter-individuais quer intra-individuais, havendo a possibilidade de ocorrer variações no mesmo indivíduo numa outra vivência semelhante (Ribeiro, 1998).

Existem dois tipos de recursos aos quais um indivíduo recorre perante uma situação de stress: os recursos pessoais e os recursos sociais. Nos recursos pessoais destacam-se o control, os constructos relacionados com o self, e o julgamento que o sujeito efectua do seu meio ambiente. Quanto aos recursos sociais salientam-se as variáveis relacionadas com o suporte social, as condições sociais e as interacções de suporte social e a sua percepção (Hobfoll, Banerjee & Bitton 1994).

Segundo Folkman (1984), as crenças de control e a avaliação situacional podem ser influenciadas por uma situação stressante. Assim, o control apresenta-se como um mediador cognitivo das situações stressantes e a adaptação. Nos contextos relacionados com a saúde é evidente a complexidade da avaliação do control.

Diversos estudos referem que em relação às expectativas do locus de control interno-externo e às atitudes e comportamentos de saúde, verifica-se que indivíduos com locus de control interno são mais capazes de recorrer à informação acerca da doença e à manutenção da saúde, do que os indivíduos que apresentam um locus de control externo (Folkman, 1984). Desta forma, a sensação de control pessoal por parte dos indivíduos é benéfica à saúde, levando-os a adoptar comportamentos preventivos (Sarafino, 1990).

Assim, quanto maior for a capacidade de control mais positivo é o resultado para a saúde (Hobfoll, Banerjee & Bitton 1994).

O suporte social tem um papel importante nas situações de stress, uma vez que reduz o stress experienciado pelo indivíduo, acabando assim por beneficiar a saúde (Sarafino, 1990).

Deste modo, o suporte social encontra-se relacionado com uma melhor saúde independentemente da quantidade de stress com que os indivíduos se confrontem, na medida em que pode facilitar oportunidades de interacção social que permitam adoptar regras e comportamentos adequados (Hobfoll, Banerjee & Bitton 1994).

3.1. O Stress e a Saúde

Segundo Ogden (1999), os efeitos psicofisiológicos do stress podem ser encarados como adaptativos, uma vez que preparam o indivíduo para a resposta, e como não adaptativos, visto que são prejudiciais à saúde.

Os efeitos do stress na saúde têm dado origem a diversos estudos. Ogden (1999) refere que o stress pode afectar a saúde de duas formas: alterações do comportamento e alterações a nível fisiológico. O autor afirma que a maioria dos estudos efectuados nesta área debruçaram-se sobre os efeitos fisiológicos do stress. Contudo, ele aponta algumas investigações acerca dos efeitos do stress ao nível dos comportamentos específicos relacionados com a saúde, tais como o fumar e o consumo de álcool.

Um estudo efectuado nos E.U.A. mostra que 25% da sua população é vítima dos efeitos negativos do stress excessivo, e cerca de 50% dos indivíduos que vão ao médico de

clínica geral sofrem de problemas relacionados com o stress (Everly, 1989 citado por Serra, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que o stress tem um impacto negativo na saúde, nomeadamente o stress severo ou crónico (Hobfoll, Banerjee & Bitton 1994). No entanto, os autores salientam o facto de a ligação entre o stress e a doença ser mais forte nalguns indivíduos do que noutros.

De acordo com Williams e House (1992) e Lyon (2000), o stress encontra-se relacionado com todas as doenças, sendo este facto demonstrado pelo número de pesquisas efectuadas sobre os acontecimentos de vida. Desta forma, os acontecimentos stressantes predizem um risco significativo de doenças crónicas como o cancro, e despoletam os sintomas de outras como a asma, diabetes, assim como as doenças mentais.

Alguns estudos revelam que os sujeitos submetidos a um maior número de acontecimentos stressantes procuram mais os serviços de saúde, apresentam mais risco de adoecer, têm mais problemas de saúde e o funcionamento e bem-estar afectados (Leseman et al, 1998).

Estes autores verificaram, que numa amostra de mulheres com perturbação gastrointestinal, um nível habitual de saúde baixo estava relacionado com a ocorrência de quatro tipos de stressores (história de abuso sexual e físico, uma perda significativa, acontecimentos negativos recentes e problemas familiares na infância). Assim, os autores afirmam que as situações de stress a que um indivíduo é exposto e o suporte social têm influência ao nível da saúde.

4. Afectividade

O afecto está presente na vida de todos os indivíduos, que realizam acções com o intuito de o fomentar positivamente, promovendo o bem-estar.

O conceito de afecto é alvo de diversas investigações no campo da Psicologia, sendo estudado em diferentes dimensões. De acordo com Stone (1997), na actualidade este conceito constitui um campo de investigação amplo e activo.

Os conceitos humor, afecto e emoções apresentam significados diferentes, tendo em conta os investigadores que os descrevem. Para Stone (1997), as emoções consistem num conjunto de fenómenos, tais como comportamentos, cognições, sensações fisiológicas e sensações subjectivas.

Quanto ao conceito de humor, consiste num estado mais longo e duradouro do que o afecto, não existindo no entanto grande consenso em que momento o afecto se torna em humor. Segundo Stone (1997), o afecto visa estados emocionais mais curtos e o humor consiste em estados emocionais mais duradouros.

De acordo com Bates (2000), as emoções dizem respeito a acontecimentos emocionais a diferentes níveis, nomeadamente os eventos emocionais breves, o humor prolongado e as predisposições estáveis de estados emocionais concretos.

Existem três domínios do estudo do afecto baseados na dimensão temporal, que são os estudos sobre o afecto estado, sobre o humor e o afecto traço (Galinha & Ribeiro, 2005a). Os estudos sobre o afecto estado debruçam-se sobre o bem-estar dos indivíduos, as emoções positivas e negativas, enquanto que os estudos sobre o humor enfatizam a ansiedade e a depressão. No que respeita aos estudos sobre o afecto traço, estes abordam os factores da personalidade.

Segundo Bates (2000), as emoções podem ser compreendidas como acontecimentos:

- motivacionais básicos que interagem com os estímulos ambientais para gerar eventos emocionais;
- que surgem na materialidade do cérebro, ligadas às leis da realidade neural;

- efectuados ao nível cognitivo, num sistema regulador em relação com o ambiente. Assim, as emoções podem surgir a nível cognitivo sem serem verbalizadas de modo consciente;
- susceptíveis de serem verbalizados, constituindo um significado no código verbal (ex.: medo, tristeza, entusiasmo);
- transaccionais, as emoções ocorrem principalmente como parte de transacções sociais. Desta forma, a cultura e a sociedade espelham e modelam as características emocionais dos sujeitos;
- que são construídos pelos sujeitos por forma a criarem o seu ambiente afectivo.

Alguns autores referem que o afecto também tem sido utilizado para avaliar a intensidade de um efeito stressante. No modelo de stress de Cohen, Kessler e Gordon (1997, citado por Galinha & Ribeiro, 2005a), o afecto consiste no efeito psicológico final de um processo. Este tem início com um acontecimento perturbador que é atenuado pela personalidade, pelos suportes e recursos do sujeito, e por outros mediadores do impacto, sendo produzido um efeito psicológico final que surge como afecto.

O afecto é considerado, por alguns autores, como uma dimensão do bem-estar. O bem-estar compreende uma dimensão cognitiva e uma dimensão emocional. A primeira visa a avaliação que o sujeito realiza em cada momento da satisfação com a sua vida. Quanto à dimensão emocional consiste no afecto que o sujeito apresenta em cada momento, sendo a preponderância em intensidade e duração das emoções positivas sobre as emoções negativas (Galinha & Ribeiro, 2005a).

Na literatura encontra-se duas abordagens à estrutura do conceito de afecto: a abordagem do afecto específico e uma segunda, a perspectiva dimensional. A primeira abordagem afirma que existem diversos tipos de afecto, cada um com as suas características e padrões de resposta específicos. Na abordagem do afecto, a perspectiva dimensional, defende que existem duas dimensões afectivas centrais (Galinha & Ribeiro, 2005a).

Existem vários modelos de representação das emoções. Contudo, aborda-se o modelo circular, bi-dimensional de Watson e Tellegen (1985), na medida em que está na origem da escala utilizada neste estudo para avaliar os afectos dos jovens.

Estes autores afirmam que o afecto apresenta duas dimensões: o afecto positivo e o afecto negativo. O afecto positivo consiste no modo como o sujeito manifesta entusiasmo com a vida, enquanto que o afecto negativo corresponde à medida em que o sujeito refere sentir-se indisposto ou perturbado.

Segundo Watson e Tellegen (1985), o octógono de prazer-desprazer representado pelo seu modelo compreende um misto de alto afecto positivo com baixo afecto negativo.

4.1. Afecto Positivo e Afecto Negativo

Estudos demonstram que as experiências emocionais compreendem dois factores: o afecto positivo e o afecto negativo. O afecto positivo envolve experiências que dão prazer (como, por exemplo, sentir-se entusiasmado, activo, alerta, determinado), enquanto o afecto negativo está relacionado com sentimentos de transtorno e de estimulação desagradável (como, por exemplo, sentir culpa, medo, receio, hostilidade, tristeza, letargia, distresse) (Watson, 1988a; Watson, 1988b).

Na literatura alguns estudos apontam para o facto da bidimensionalidade e independência das duas dimensões do afecto. Contudo, outros estudos afirmam tratar-se de um modelo unidimensional ou multidimensional.

Com base na ortogonalidade do modelo, o afecto positivo e o afecto negativo são dimensões independentes, ou seja, um aumento do afecto negativo não implica uma diminuição do afecto positivo. Assim, o alto afecto positivo e o alto afecto negativo podem apresentar-se em simultâneo (Galinha & Ribeiro, 2005a).

A bipolaridade do afecto positivo e negativo determina que estas dimensões são inversamente correlacionadas. Assim, o aumento do afecto negativo leva a uma diminuição do afecto positivo (Galinha & Ribeiro, 2005a).

Estes dois afectos apresentam um papel importante na discriminação entre ansiedade e depressão, uma vez que embora o afecto negativo elevado seja um componente comum às duas perturbações, o baixo afecto positivo é relacionado especificamente com a depressão (Watson, 1988a; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Alguns estudos referem que o afecto negativo e as queixas somáticas estão relacionados, sendo esta correlação alvo de várias interpretações. Uma explicação apresentada é que o afecto negativo, envolvendo níveis elevados de tensão, ansiedade e raiva, causa problemas de saúde (Watson, 1988a).

Outros estudos afirmam que o exercício físico e a actividade social estão relacionados com níveis elevados de afecto positivo (Watson, 1988a).

Estudos referem que a cultura e o género exercem influência nas emoções positivas e negativas dos indivíduos. As culturas baseadas na independência vivenciam as emoções de forma bipolar, enquanto que as culturas que vivem com base na interdependência experienciam as emoções de forma dialéctica (Bagozzi, Wong & Yi, 1999 citados por Galinha & Ribeiro, 2005a).

Com base na pesquisa bibliográfica efectuada julga-se pertinente a realização de um estudo onde se procura relacionar a afectividade (afecto positivo/afecto negativo), a percepção de saúde, o stress e os estilos de vida adoptados pelos jovens.

Questão de investigação: Será que a afectividade e a percepção de saúde estão relacionados com os estilos de vida dos jovens?

O objectivo principal da investigação será estudar a relação da afectividade e da percepção de saúde com os estilos de vida dos jovens.

Outros objectivos do estudo:

- Qual a relação dos estilos de vida com o stress;
- Qual a relação dos estilos de vida com algumas variáveis sócio-demográficas;
- Qual a relação dos afectos positivos/ afectos negativos com algumas variáveis sócio-demográficas;
- Qual a relação da percepção de saúde com algumas variáveis sócio-demográficas;
- Qual a relação do stress com algumas variáveis sócio-demográficas.

METODOLOGIA

1. Participantes

No presente estudo participaram 642 sujeitos, sendo 51,6% do sexo feminino e 48,4% do sexo masculino, com formação escolar que permitisse a leitura e interpretação dos questionários apresentados. A amostra foi recolhida no período de Janeiro a Abril de 2006, e constitui uma amostra de conveniência, não probabilística e intencional.

Os sujeitos da amostra tinham idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, cuja média etária perfaz os 18 anos ($M=18,33$), sendo 331 do sexo feminino e 311 do sexo masculino. No quadro 1, pode constatar-se a distribuição quanto à idade dos participantes.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes em relação à idade.

Idade	Frequência	Percentagem
15	183	28,5 %
16	53	8,3 %
17	62	9,7%
18	36	5,6%
19	28	4,4%
20	75	11,7%
21	100	15,6%
22	80	12,5%
23	20	3,1%
24	3	0,5%
25	2	0,3%

Conforme se observa no quadro 1, houve um maior número de participantes com 15 anos de idade, representando 28,5% da amostra.

No que respeita à escolaridade, os participantes podem dividir-se em dois grupos, os que frequentam o ensino secundário e os que frequentam o ensino superior. Desta forma, quanto à escolaridade os sujeitos distribuem-se de acordo com os dados do quadro 2:

Quadro 2 – Distribuição dos participantes em relação a escolaridade.

Escolaridade	Frequência	Percentagem
Ensino Secundário	329	51,2%
Ensino Superior	313	48,8%

Como se pode constatar no quadro 2, o grupo predominante foi o dos jovens que frequentam o ensino secundário com 51,2%.

No que se refere à escolaridade tendo em conta o sexo dos participantes foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o quadro 3.

Quadro 3- Distribuição dos participantes em relação à escolaridade por sexo.

Escolaridade	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Ensino secundário	151 (45,62%)	178 (57,23%)	329 (51,2%)
Ensino superior	180 (54,38%)	133 (42,77%)	313 (48,8%)
Total	331 (51,6%)	311 (48,4%)	642 (100%)

Conforme se pode observar no quadro 3, apesar de no total existir um predomínio do sexo feminino, não se verificou o mesmo quando se analisa os dois grupos de escolaridade em separado. No grupo de jovens que pertencem ao ensino secundário a maioria dos participantes foram do sexo masculino (57,23%), enquanto que no grupo de jovens que pertencem ao ensino superior verifica-se um maior número de participantes do sexo feminino (54,38%).

Relativamente à escolaridade pode ainda analisar-se a distribuição dos participantes em relação à área ou curso que frequentam, onde se obtiveram os dados apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos participantes em relação à área ou curso frequentado.

Área/Curso	Frequência	Porcentagem
Animação sócio-cultural	62	9,6%
Artes visuais	8	1,3%
Ciências e tecnologias	82	12,9%
Ciências sociais e humanas	67	10,4%
Ciências sócio-económicas	9	1,4%
Científico-natural	72	11,2%
Economia	2	0,3%
Enfermagem	22	3,4%
Engenharia biomédica	1	0,2%
Engenharia civil	1	0,2%
Engenharia informática	13	2,0%
Gestão de empresas	57	8,9%
Marketing	40	6,2%
Medicina dentária	101	15,7%
Psicologia	16	2,5%
Tecnológico de administração	15	2,3%
Tecnológico de informática	74	11,5%

Pela leitura do quadro 4 observa-se que o maior número dos participantes pertence ao curso de Medicina Dentária, representando 15,7 % da amostra.

Quanto ao estado civil os participantes distribuem-se conforme os dados do quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição dos participantes em relação ao estado civil.

Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	641	99,8%
Casado	1	0,2%

De acordo com os dados do quadro 5, verifica-se que os participantes solteiros são predominantes na amostra, uma vez que apenas um participante era casado.

No que respeita ao número de elementos do agregado familiar dos participantes obteve-se os dados apresentados no quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição dos participantes quanto ao número do agregado familiar.

N.º agregado familiar	Frequência	Percentagem
1	1	0,2%
2	34	5,3%
3	175	27,3%
4	300	46,7%
5	100	15,6%
6	22	3,4%
7	6	0,9%
8	2	0,3%
9	2	0,3%

Pela observação do quadro 6, pode verificar-se que a maioria dos participantes do estudo apresenta um agregado familiar constituído por 4 elementos (46,7%).

2. Instrumentos

Este trabalho constitui um estudo transversal, com uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos de idade. Para este estudo foram seleccionados e utilizados os seguintes instrumentos (Anexo I):

- The Lifestyle Appraisal Questionnaire (Craig, Handock & Craig, 1996)
- Questionário do Estado de Saúde SF-8 (Ribeiro, 2005)
- PANAS – Escala de Afecto Positivo e Negativo (Galinha & Ribeiro, 2005b)
- Questionário sócio-demográfico

2.1. The Lifestyle Appraisal Questionnaire

The Lifestyle Appraisal Questionnaire (LAQ) é um instrumento de auto-relato que foi desenvolvido por Craig, Handock e Craig (1996) com o objectivo de aceder aos riscos de saúde e ao stress numa perspectiva compreensiva.

O LAQ é composto por duas partes, desenvolvidas para aceder a múltiplos riscos registando os factores de risco presentes nas últimas oito semanas (Parte I) e acedendo ao stress percebido nesse período (Parte II).

A Parte I pretende avaliar os factores de risco conhecidos enquanto risco de desenvolver doenças decorrentes dos estilos de vida. Esta parte é composta por um total de 22 questões, onde se solicita informação sobre: consumo diário de bebidas alcoólicas, comportamento de fumar, pressão arterial, índice de massa corporal, ingestão de drogas, exercício, dieta, relaxação, afectos, suporte familiar, história familiar e pessoal de doença, acontecimentos de vida stressantes, sono, sintomas de stress, ingestão de chá e café.

Os itens da parte I são cotados pelo grau de risco. Na maioria dos itens o risco vai de 0 (pequeno ou nenhum risco) a 4 (alto risco), existindo também alguns itens dicotómicos. O score da Parte I obtém-se somando todos os níveis de risco, sendo o total possível de 73. Deste modo, assume-se que os scores mais altos estão associados a riscos mais elevados de doença e menor qualidade de vida.

A parte II acede à avaliação cognitiva do sujeito perante as tensões e exigências durante as últimas oito semanas. Esta parte é constituída por 25 itens usando uma escala tipo Likert.

A pontuação da parte II encontra-se através de uma escala tipo Likert de quatro pontos, que vai desde 0 (quase nunca) a 3 (quase sempre), de forma a aceder à avaliação cognitiva do sujeito face às tensões e exigências da vida. Os itens são somados directamente, sendo o total possível de 75. Os scores mais altos indicam níveis mais elevados de stress percebido.

A versão desta escala que foi utilizada nesta investigação corresponde a uma tradução já utilizada noutra tese de mestrado orientada pelo Professor Doutor Pais Ribeiro. Neste estudo foi feita a adaptação da escala à população portuguesa, à qual se deu o nome de Questionário do Estilo de Vida.

2.1.1. Qualidades Métricas

Os autores para determinarem a fidelidade, validade e a análise de factor do LAQ recorreram à selecção de duas populações. O grupo I foi composto por 600 homens e mulheres seleccionados de forma aleatória de uma lista da comunidade (cerca de 3000 indivíduos). O grupo era composto por 320 mulheres ($M=36,6$ de idade; mínima=17 e máxima=83) e 280 homens ($M=36,2$ de idade, mínima=15 e máxima=80).

O grupo II consistiu numa amostra de pessoas seleccionadas na universidade de forma randomizada e que concordaram em participar neste estudo. Do total das 1650 pessoas envolvidas neste estudo, foram contactadas 400 pelo correio, apenas 143 dos contactados aceitaram participar no estudo, sendo 73 mulheres ($M=39,7$ de idade; mínima=19 e máxima=60) e 70 homens ($M=42,6$ de idade; mínima=22 e máxima=58).

A amostra para o estudo da validação da versão portuguesa do LAQ foi composta por 642 participantes numa amostra de conveniência, não probabilística e intencional. Os sujeitos tinham idades entre os 15 e 25 anos, com uma média de 18 ($M=18,33$) anos de idade, sendo 331 do sexo feminino (51,6%) e 311 do sexo masculino (48,4%).

Na parte I recorreu-se ao Alfa de Cronbach para o cálculo da fidelidade, valor que se apresenta no quadro 7, sendo indicado o valor da escala original dentro de parênteses.

Quadro 7- Coeficiente Alfa de Cronbach para a parte I da escala.

Escala	Coeficiente Alfa de Cronbach
Parte I do LAQ	0,63 (0,50)

A análise factorial da Parte I do LAQ, realizada recorrendo à rotação ortogonal varimax identificou um factor comum (quadro 8).

Quadro 8 – Análise factorial da Parte I da LAQ.

Itens	Factor I
1 a) Já alguma vez fumou de forma regular?	0,84
b) Actualmente fuma?	0,86
2. Com que frequência costuma fumar?	0,84
3. Já alguma vez tentou deixar de fumar?	0,75
4. Qual a sua tensão arterial máxima?	0,80
5. Qual a sua tensão arterial mínima?	0,76
6. Qual o seu peso?	0,73
Qual a sua altura?	0,53
7. Bebe bebidas alcoólicas?	0,84
8. Toma drogas ou medicamentos que não sejam o chá, café, álcool ou nicotina?	0,87
9. Alguém da sua família próxima tem história de:	
a) Doença do coração	0,80
b) Cancro	0,82
c) Hipertensão arterial	0,78
10. Com que frequência costuma fazer exercício físico ou caminhada a pé?	0,86
11. Com que frequência costuma fazer exercícios de relaxação?	0,76
12. Com que frequência participa numa actividade recreativa que lhe dê prazer?	0,84
13. Com que frequência come uma refeição variada composta de vegetais, fruta, pão e carne magra?	0,73
14. Com que frequência costuma comer alimentos gordurosos ou doces?	0,75
15. Tem amigos próximos ou familiares que o ajudem quando tem problemas?	0,78
16. Com que frequência costuma dar e receber afecto?	0,67
17. Nos últimos 6 meses, quantos acontecimentos stressantes teve que viver?	0,85
18. Actualmente sofre de alguma doença crónica?	0,79
19. Sofre de queixas físicas?	0,87
20. Com que frequência tem uma boa noite de sono?	0,85
21. Bebe chá ou café?	0,79

No entanto, os autores identificaram dois factores que são responsáveis por 21,7% da variância. O factor I incluía os valores dos factores de risco como a tensão arterial, o índice de massa corporal, o fumar, ingestão de drogas, história pessoal e familiar de doença e ingestão de álcool.

O factor II incluía valores dos restantes factores como o exercício, recreação, relaxação, dieta, suporte social, acontecimentos de vida e afectos.

Para o cálculo da fidelidade da Parte II do LAQ recorreu-se ao Alfa de Cronbach, tal como os autores. No quadro 9 pode constatar-se o valor de alfa encontrado para a parte II da LAQ.

Quadro 9 - Coeficiente Alfa de Cronbach para a Parte II da escala.

Escala	Coeficiente Alfa de Cronbach
Parte II do LAQ	0,85 (0,89)

A análise factorial dos 25 itens da Parte II do LAQ, efectuada recorrendo à rotação ortogonal varimax, fez emergir um único factor, tal como na versão original (quadro 10).

Na análise da estrutura dos factores da parte II do LAQ na versão original, todos os itens obtiveram carga factorial superior a 0,35 no primeiro factor, o qual explicou 29,5% da variância. Os autores usaram o *Scree Test* para um número substancial de factores, o qual sugeriu a presença de um único factor comum. A presença deste factor geral suportou a validade de constructo do LAQ parte II, e sugeriu uma medida unidimensional do constructo de stress percebido, o que também se verificou na versão portuguesa.

Quadro 10 – Peso e estrutura dos itens da Parte II do LAQ (N=642). Dados dos autores entre parêntesis, referentes também a um único factor.

Itens	Factor I
1. A minha vida é controlada pela sorte e pelo acaso.	0,52 (0,36)
2. Sinto-me nervoso(a) e sem controlo.	0,44 (0,67)
3. Preocupo-me demasiado com as coisas.	0,58 (0,66)
4. Tenho dificuldade em toma decisões.	0,65 (0,55)
5. Para mim é uma perda de tempo fazer exercício ou relaxação.	0,55 (0,36)
6. É melhor evitar as pressões da vida do que enfrentá-las.	0,56 (0,38)
7. Não há muito que possa fazer para resolver os meus problemas.	0,52 (0,49)
8. Fico stressado(a) com muita facilidade	0,72 (0,70)
9. É difícil gerir o meu tempo.	0,83 (0,52)
10. É difícil concentrar-me naquilo que estou a fazer.	0,77 (0,58)
11. Não tenho confiança no que faço.	0,56 (0,43)
12. Sinto que as coisas me ultrapassam.	0,46 (0,65)
13. Não consigo controlar o stress que sinto.	0,65 (0,65)
14. O meu trabalho faz com que fique stressado(a).	0,63 (0,50)
15. Não me sinto satisfeito(a) com a forma como tenho gerido a minha vida.	0,60 (0,59)
16. Sinto-me zangado(a) e frustrado(a).	0,60 (0,65)
17. Fico muito chateado(a) quando não consigo o que quero.	0,46 (0,57)
18. Não mostro os meus sentimentos.	0,62 (0,42)
19. Procuro fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	0,34 (0,36)
20. Fico impaciente com a vida.	0,52 (0,59)
21. Sinto-me culpado(a) quando gasto tempo a divertir-me.	0,59 (0,37)
22. Não me sinto confiante para gerir o meu futuro.	0,63 (0,61)
23. Os outros não me podem ajudar a gerir o meu stress.	0,69 (0,40)
24. Sinto-me incapaz de tirar prazer das minhas actividades diárias.	0,60 (0,56)
25. Tenho-me sentido muito chateado(a) no final do dia.	0,59 (0,63)

2.2. Questionário do Estado de Saúde SF-8

Este instrumento é uma versão reduzida do SF-36, tendo como objectivo avaliar a percepção do estado de saúde. O SF-36 foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski, e Gandek (1993, citado por Ribeiro, 2005), tendo este grupo desenvolvido posteriormente duas versões reduzidas, o SF-12 e o SF-8.

O questionário utilizado inclui oito itens que definem dois componentes, um componente físico e um componente mental, com quatro itens de cada. A resposta ao questionário é ordinal e varia entre duas e seis alternativas.

Assim, o SF-8 inclui um item por dimensão tal como mostra o quadro 11.

Quadro 11 – Itens correspondentes a cada dimensão da escala.

Dimensão	Itens do SF-8
Funcionamento Físico	Item 2
Desempenho físico	Item 3
Dor corporal	Item 5
Saúde geral	Item 1
Vitalidade	Item 6
Funcionamento social	Item 7
Desempenho Emocional	Item 4
Saúde mental	Item 6b

O Componente Físico engloba os itens 1,2,3 e 5, enquanto o Componente Mental engloba os itens 4,6a, 6b e 7.

De forma a seguir o padrão geral os resultados de cada componente deve expressar-se entre 0 e 100, em que 100 expressa melhor percepção de saúde.

Para tal deve proceder-se do seguinte modo para obter a nota final de cada componente:

- Componente Físico: Nota final = $((\text{nota bruta que resulta da soma dos itens}) - 4) / 11) \times 100$.
- Componente Mental: Nota final = $((\text{nota bruta que resulta da soma dos itens}) - 4) / 15) \times 100$.

Relativamente à consistência interna da escala original medida pelo alfa de Cronbach para os componentes é de 0,71 para o componente físico e 0,72 para o componente mental (Ribeiro, 2005).

No quadro 12, encontram-se os dados relativos à análise da consistência interna deste questionário na presente investigação.

Quadro 12 – Consistência interna do Questionário SF-8 no presente estudo.

SF-8	Coefficiente Alfa de Cronbach
Componente Físico	0,69
Componente Mental	0,73

2.3. Escala de Afecto Positivo e Negativo

The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes emoções e sentimentos.

A versão portuguesa denominada Escala do Afecto Positivo e Negativo foi adaptada por Galinha & Ribeiro (2005b).

Esta escala é constituída por 20 itens que descrevem afectos positivos e afectos negativos. Para cada item o sujeito tem que assinalar a resposta que melhor corresponde à forma como se tem sentido durante as últimas semanas, utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5, em que “1” é nada ou ligeiramente e “5” é extremamente.

A consistência interna desta escala apresenta um alfa de Cronbach de 0,86 para a escala do afecto positivo e 0,89 para a escala do afecto negativo.

No quadro 13, encontram-se os dados relativos à análise da consistência interna deste questionário na presente investigação.

Quadro 13 – Consistência interna da escala no presente estudo.

PANAS	Coefficiente Alfa de Cronbach
Escala do afecto positivo	0,85
Escala do afecto negativo	0,84

2.4. Questionário Sócio-demográfico

Este questionário tem como objectivo obter um conhecimento mais aprofundado da amostra. Assim, inclui itens relativos à idade, sexo, estado civil, ano de escolaridade, área ou curso, local de residência e o número do agregado familiar.

3. Desenho de Investigação

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de um estudo exploratório com carácter transversal, uma vez que conta com um único momento avaliativo.

3.2. Variáveis

As variáveis principais em estudo são:

- Afectividade (afecto positivo/afecto negativo), operacionalizada através da Escala do Afecto Positivo e Negativo;
- Percepção de saúde, operacionalizada através do Questionário do Estado de Saúde;
- Stress e os estilos de vida, operacionalizados através do Questionário dos Estilos de Vida.

4. Procedimento

Após a obtenção das devidas autorizações das instituições onde foi recolhida a amostra e o consentimento informado dos participantes procedeu-se à recolha dos dados.

Os dados foram recolhidos através da aplicação de três questionários clínicos de auto-avaliação e de um questionário sócio-demográfico. Esta recolha foi realizada no período de Janeiro a Abril de 2006.

A recolha da amostra foi presencial, ou seja, efectuada directamente pelo próprio investigador. Após efectuada uma breve explicação sobre a investigação foram distribuídos os questionários pelos participantes de modo a procederem ao seu preenchimento.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS.

RESULTADOS

O presente estudo tem como principal objectivo estudar as relações existentes entre as variáveis afectividade, a percepção de saúde, o stress e estilos de vida dos jovens.

Em seguida procede-se à estatística descritiva dos resultados obtidos para as variáveis em estudo, tendo por base as medidas de tendência central mais adequadas.

Estilo de Vida

Quadro 14 - Média e desvio padrão relativos aos estilos de vida .

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2,00	45,00	13,71	6,11

Os valores apresentados no quadro 14, mostram que os jovens que participaram neste estudo apresentam estilos de vida saudáveis, sendo a média de 13, 71.

Percepção de saúde

- Componente físico

Quadro 15 - Média e desvio padrão relativos ao componente físico .

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
9,09	100,00	77,65	15,98

Os valores apresentados no quadro 15 mostram que relativamente ao componente físico da percepção de saúde a média é 77, 65, ou seja, a os jovens apresentam uma boa percepção de saúde ao nível deste componente.

- Componente Mental

Quadro 16 - Média e desvio padrão relativos ao componente mental .

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
20,00	100,00	64,52	15,69

De acordo com o quadro 16 podemos verificar que o componente mental da percepção de saúde apresenta uma média ligeiramente inferior ($M=64,52$) ao componente físico.

Afectividade

- Afectos Negativos

Quadro 17- Média e desvio padrão relativos aos afectos negativos.

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
10,00	46,00	17,51	6,27

Pela leitura do quadro 17 verifica-se que os jovens apresentam valores relativamente baixos de afectos negativos, sendo a $M=17,51$.

- Afectos Positivos

Quadro 18- Média e desvio padrão relativos aos afectos positivos.

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
12,00	50,00	30,57	7,67

De acordo com o quadro 18, pode afirmar-se que os jovens vivenciam em maior número afectos positivos do que negativos, uma vez que a média é superior nos afectos positivos ($M=30,57$).

Stress

Quadro 19- Média e desvio padrão relativos ao stress.

Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2,00	59,00	25,52	9,44

No quadro 19 verifica-se que os níveis de stress percepcionado pelos jovens são baixos, uma vez que a média é de 25,52.

1- Será que existe relação entre a afectividade (afectos negativos /positivos) e os estilos de vida?

- Afectos Negativos

Quadro 20 – Valores da Correlação de Pearson da variável afectos negativos com os estilos de vida.

	Afectos Negativos
Estilos de Vida	0,38 $p=0,01$

A leitura do quadro 20 mostra que existe uma correlação positiva significativa entre os estilos de vida e os afectos negativos. Este resultado permite inferir que quanto maior o valor dos estilos de vida maior é o valor dos afectos negativos, ou seja, jovens com estilos de vida menos saudáveis vivenciam mais afectos negativos.

- Afectos Positivos

Quadro 21 – Valores da Correlação de Pearson da variável afectos positivos com os estilos de vida.

	Afectos Positivos
Estilos de Vida	0,09 $p=0,05$

Pode verificar-se pelo quadro 21, que a correlação entre os afectos positivos e os estilos de vida tem um valor muito baixo, não sendo assim estatisticamente significativa.

2- Será que existe relação entre a percepção de saúde (componente físico/mental) e os estilos de vida?

- Componente Físico

Quadro 22 – Valores da Correlação de Pearson do componente físico com os estilos de vida.

Estilos de Vida	Componente Físico
	- 0,35 $p=0,01$

De acordo com o quadro 22 existe uma correlação negativa significativa entre o componente físico e os estilos de vida. Perante este resultado pode inferir-se que quanto maior é o valor do estilo de vida, menor é o valor do componente físico.

Deste modo, os jovens que apresentam estilos de vida menos saudáveis têm uma pior percepção de saúde ao nível do componente físico. Estes jovens tendem a perceber o seu estado de saúde como limitador de certas actividades.

- Componente Mental

Quadro 23 – Valores da Correlação de Pearson do componente mental com os estilos de vida.

Estilos de Vida	Componente Mental
	- 0,29 $p=0,01$

A análise do quadro 23 permite verificar que existe uma correlação negativa entre o componente mental e os estilos de vida. Segundo este resultado quanto maior o valor dos estilos de vida menor é o valor obtido no componente mental.

Também os jovens que têm estilos de vida menos saudáveis apresentam uma pior percepção de saúde ao nível do componente mental. Para estes jovens o seu estado de saúde ao nível mental interfere com as suas actividades diárias.

3- Será que existe relação entre os estilos de vida e o stress percebido?

Quadro 24 – Valores da Correlação de Pearson do stress com os estilos de vida.

Estilos de Vida	Stress
	0,19 $p=0,01$

No quadro 24 verifica-se que existe uma correlação positiva de intensidade fraca entre as duas variáveis. Este resultado indica que quanto mais elevado é o stress percebido maior são os valores do estilo de vida.

Os jovens com estilos de vida menos saudáveis apresentam níveis de stress percebido mais elevados.

4- Será que existem diferenças significativas dos estilos de vida em relação à escolaridade e ao sexo?

Escolaridade

Quadro 25 – Valores da estatística Anova dos estilos de vida em relação à escolaridade.

Estilos de Vida	Escolaridade
	$F= 5,77$ $p= 0,001$

Pela leitura do quadro 25 constata-se que existem diferenças significativas entre os estilos de vida dos dois grupos.

Pelo cálculo da média dos estilos de vida para os dois grupos podemos verificar qual tem uma média superior.

Quadro 26 – Valores da Média obtidos nos dois grupos.

		Média
Estilos de vida	Secundário	13,47
	Superior	14,24

Perante os valores do quadro 26, podemos afirmar que os jovens do ensino secundário apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os jovens do ensino superior.

Sexo

Quadro 27 – Valores da estatística Anova dos estilos de vida em relação ao sexo.

Estilos de Vida	Sexo
	$F= 4,13$ $p= 0,04$

De acordo com o quadro 27, para um nível de significância de 95% existem diferenças significativas nos estilos de vida em relação ao sexo.

Quadro 28 – Valores da Média obtidos nos estilos de vida em relação ao sexo.

		Média
Estilos de vida	Feminino	13,26
	Masculino	14,33

Pela leitura do quadro 28 verifica-se que no que respeita ao sexo são as raparigas que apresentam estilos de vida mais saudáveis.

5- Será que existem diferenças significativas da afectividade em relação à escolaridade e ao sexo?

- **Afectos negativos**

Sexo

Quadro 29 – Valores da estatística Anova dos afectos negativos em relação ao sexo.

	Sexo
Afectos Negativos	$F= 1,09$ $P= 0,29$

O quadro 29 mostra que não existem diferenças significativas quanto aos afectos negativos em relação ao sexo.

Escolaridade

Quadro 30 – Valores da estatística Anova dos afectos negativos em relação à escolaridade.

	Escolaridade
Afectos Negativos	$F= 3,29$ $P= 0,70$

Pela leitura do quadro 30 verifica-se que também não existem diferenças significativas nos afectos negativos vivenciados entre os jovens do ensino secundário e superior.

Deste modo, pode afirmar-se que quer o sexo dos indivíduos quer a escolaridade não tem influência na vivência dos afectos negativos.

- **Afectos Positivos**

Sexo

Quadro 31 – Valores da estatística Anova dos afectos positivos em relação ao sexo.

Afectos Positivos	Sexo
	$F= 10,45$ $p= 0,001$

No quadro 31 pode verificar-se que existem diferenças significativas em relação aos afectos positivos quanto ao sexo dos participantes.

Quadro 32- Média obtida nos afectos positivos em relação ao sexo.

		Média
Afectos Positivos	Feminino	29,63
	Masculino	31,57

Pela leitura do quadro 32, constata-se que são os jovens do sexo masculino que vivenciam mais afectos positivos, com uma média de 31,57.

Escolaridade

Quadro 33 – Valores da estatística Anova dos afectos positivos em relação à escolaridade.

Afectos Positivos	Escolaridade
	$F= 1,31$ $p= 0,25$

De acordo com o quadro 33 não existem diferenças significativas nos afectos positivos tendo em conta a escolaridade dos jovens.

6 - Será que existem diferenças significativas da percepção de saúde em relação à escolaridade e ao sexo?

- **Componente Físico**

Sexo

Quadro 34 – Valores da estatística Anova do componente físico em relação ao sexo.

Componente físico	Sexo
	$F= 0,48$ $p= 0,49$

O quadro 34 permite afirmar que não existem diferenças significativas entre os sexos no que respeita ao componente físico da percepção de saúde. Este resultado permite inferir que o sexo dos indivíduos não tem influência na percepção de saúde ao nível do componente físico.

Escolaridade

Quadro 35 – Valores da estatística Anova do componente físico em relação à escolaridade.

Componente Físico	Escolaridade
	$F= 7,17$ $p= 0,008$

No quadro 35 verifica-se que existem diferenças significativas no componente físico tendo em conta a escolaridade dos jovens.

Quadro 36- Média obtida no componente físico em relação à escolaridade.

		Média
Componente Físico	Secundário	76.02
	Superior	79,38

Pela leitura do quadro 36 pode referir-se que os jovens que apresentam uma melhor percepção de saúde ao nível do componente físico são os do ensino superior.

- **Componente Mental**

Sexo

Quadro 37 – Valores da estatística Anova do componente mental em relação ao sexo.

Componente Mental	Sexo
	$F= 11,15$ $p= 0,001$

O quadro 37 aponta que existem diferenças significativas quanto ao sexo em relação ao componente mental da percepção de saúde.

Quadro 38- Média obtida no componente mental em relação ao sexo.

		Média
Componente Mental	Feminino	62,54
	Masculino	66,65

Pelo quadro 38 verifica-se que são os jovens do sexo masculino que apresentam uma melhor percepção de saúde ao nível do componente mental. Este resultado permite inferir que são os rapazes que melhor percebem a sua saúde, não sentindo que as suas actividades diárias são afectadas.

Escolaridade

Quadro 39 – Valores da estatística Anova do componente mental em relação à escolaridade.

Componente Mental	Escolaridade
	$F= 19,43$ $p= 0,001$

Também quanto à escolaridade existem diferenças significativas ao nível do componente mental de percepção de saúde (quadro 39).

Quadro 40- Média obtida no componente mental em relação à escolaridade.

		Média
Componente Mental	Secundário	67,15
	Superior	61,77

Pelo quadro 40 pode verificar-se que os jovens do ensino superior apresentam uma melhor percepção de saúde do que os jovens do ensino secundário.

7- Será que existem diferenças significativas do stress em relação ao sexo e à escolaridade?

Sexo

Quadro 41- Valores obtidos na Anova na variável stress em relação ao sexo.

Stress	Sexo
	$F= 19,66$ $p= 0,001$

Pela leitura do quadro 41 observa-se que existem diferenças significativas quanto ao stress, tendo em conta o sexo.

Quadro 42- Média obtida no stress em relação ao sexo.

		Média
Stress	Feminino	27,10
	Masculino	23,84

Tendo em conta o quadro 42 pode afirmar-se que os níveis de stress percebido são superiores no sexo feminino.

Escolaridade

Quadro 43- Valores obtidos na Anova na variável stress em relação à escolaridade.

Stress	Escolaridade
	<i>F</i> = 28,37 <i>P</i> = 0,00

Os dados do quadro 43 mostram que existem diferenças significativas quanto ao stress tendo em conta a escolaridade dos jovens.

Quadro 44- Média obtida no stress em relação à escolaridade.

Stress	Secundário	Média 27,43
	Superior	23,53

Com base no quadro 44, pode-se afirmar que os níveis de stress percebido são superiores nos jovens do ensino secundário.

DISCUSSÃO

O estudo realizado permitiu estudar as relações entre as variáveis estilos de vida, stress, percepção de saúde e afectos (positivos e negativos) nos jovens. Para dar forma a este estudo foram levantadas algumas questões de modo a aceder a múltiplos aspectos relevantes.

1- Será que existe relação entre a afectividade (afectos negativos /positivos) e os estilos de vida?

Os resultados obtidos evidenciam que os jovens com estilos de vida menos saudáveis vivenciam mais afectos negativos.

Segundo Hobfoll, Banerjee e Britton (1994), indivíduos que apresentam uma maior capacidade de control tendem a vivenciar menos a depressão, a zanga crónica e a ansiedade, conseguindo com mais facilidade manter emoções positivas. Desta forma, os indivíduos que se deixam levar mais facilmente por emoções negativas estão mais propícios a desenvolver doenças.

Estes autores referem ainda que os sujeitos pessimistas apresentam piores consequências ao nível da saúde, em grande parte porque têm uma atitude de passividade nos cuidados de saúde, nas alterações de vida e na mobilização do suporte social.

Deste modo, os jovens que vivenciam na sua maioria afectos negativos tendem a adoptar uma atitude de passividade que tem consequências ao nível dos estilos de vida adoptados.

A correlação encontrada entre os afectos positivos e os estilos de vida tem um valor muito baixo, não sendo estatisticamente significativa.

2- Será que existe relação entre a percepção de saúde (componente físico/mental) e os estilos de vida?

A percepção de saúde encontra-se relacionada com os estilos de vida, ou seja, jovens que apresentam estilos de vida menos saudáveis têm uma pior percepção da sua saúde, quer no componente físico que no componente mental.

Assim, os jovens que apresentam no dia-a-dia hábitos menos saudáveis nomeadamente, alimentação desequilibrada, consumo de álcool e tabaco, exercício físico insuficiente, quando avaliam a sua própria saúde fazem-no tendo consciência dos seus comportamentos.

A concepção que um indivíduo tem sobre a saúde e os estilos de vida vai interferir na forma como vai seleccionar e realizar os comportamentos ((Lusk, Kerr& Baer, 1995).

3- Será que existe relação entre os estilos de vida e o stress percebido?

A vida urbana apresenta um ambiente físico e social exigente e agressivo em potência, onde o stress é tido como principal efeito negativo e que se traduz por um desconforto existencial sentido pelos indivíduos no seu quotidiano (Paul &Fonseca, 2001).

Em situações de stress as pessoas recorrem a dois tipos de recursos: os pessoais e os sociais, os quais parecem compensar ou mediar o impacto do stress na saúde. No que respeita aos recursos pessoais salienta-se o control e o julgamento que o sujeito faz do seu meio ambiente. Os recursos sociais estão relacionados com o suporte social, as condições sociais e as interações de suporte social e a sua percepção (Hobfoll, Banejee & Britton, 1994; Williams & House, 1992).

No presente estudo, os jovens com maiores valores de stress percebido apresentam estilos de vida menos saudáveis. Assim, os jovens quando sujeitos a maiores níveis de stress assumem práticas de vida menos saudáveis para a saúde.

Diversas pesquisas efectuadas sobre os acontecimentos de vida parecem mostrar a responsabilidade do stress no desenvolvimento de doenças (Lyon, 2000).

4- Será que existem diferenças significativas do estilo de vida em relação à escolaridade e ao sexo?

Quanto à escolaridade foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os jovens do ensino secundário apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os jovens do ensino superior. Este resultado pode estar relacionado com o facto deste grupo pertencer a uma faixa etária mais baixa.

Os estilos de vida sofrem influência do nível de educação formal dos indivíduos, assim como a capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar comportamentos preventivos que tendem a afectar a saúde (Westaway & Viljoen, 2000). Este facto não se verificou no presente estudo, uma vez que são os sujeitos com menos escolaridade que apresentam estilos de vida mais saudáveis.

No presente estudo existem diferenças significativas nos estilos de vida em relação aos sexos, verificando-se que as raparigas apresentam estilos de vida mais saudáveis. Estes resultados vão no sentido de outros estudos, onde as mulheres apresentam comportamentos mais saudáveis que os homens, excepto no que se refere à prática de exercício físico.

Matos (2002) refere que quanto aos determinantes percebidos da actividade física são os rapazes que percebem, mais positivamente, a importância da actividade física, no que respeita ao seu bem-estar e à sua satisfação.

As raparigas referem uma maior ocupação com actividades sedentárias, do tipo ouvir música, conversar e estar com os amigos e ainda ver televisão (Matos, 2002).

Os rapazes têm mais tendência para comportamentos externalizantes tipo consumos, acidentes, envolvimento em lutas e provocações, uma maior prática de actividades físicas (Matos, 2002).

As raparigas apresentam uma maior tendência para comportamentos internalizantes tipo sintomas físicos e somáticos de mal-estar, uma menor prática de actividade física, uma maior preocupação e insatisfação pelo seu corpo e a sua aparência (Matos, 2002).

5- Será que existem diferenças significativas da afectividade em relação à escolaridade e ao sexo?

No que respeita aos afectos negativos não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo e à escolaridade.

No entanto, Matos (2002) refere que as raparigas vivenciam com mais frequência o medo, o nervosismo e a irritação.

Em relação aos afectos positivos, os resultados apontam que são os jovens do sexo masculino que vivenciam mais afectos positivos.

Tal como refere Matos (2002), os rapazes apresentam algo que poderíamos identificar como um optimismo em relação à vida, tendo mais tendência a percepcionarem-se como saudáveis, felizes, satisfeitos com a vida, com o seu corpo e com as suas competências.

Quanto à escolaridade também não foram encontradas diferenças significativas em relação aos afectos positivos.

6 - Será que existem diferenças significativas da percepção de saúde em relação à escolaridade e ao sexo?

No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos no que respeita ao componente físico da percepção de saúde. No entanto, são os jovens do sexo masculino que apresentam uma melhor percepção de saúde ao nível do componente mental.

Por outro lado, em relação à escolaridade, são os jovens do ensino superior que apresentam uma melhor percepção de saúde ao nível do componente físico. No que respeita ao componente mental, são os jovens do ensino secundário que apresentam uma melhor percepção de saúde.

Matos (2002) afirma que os rapazes têm uma melhor percepção de saúde. Em relação aos sintomas físicos são as raparigas que mais têm dores de cabeça, dores de estômago e tonturas. São também as raparigas que apresentam mais queixas de dores de costas, cansaço e exaustão.

Quanto aos sintomas psicológicos são as raparigas que se sentem mais deprimidas. As raparigas apresentam também frequentemente dificuldade em adormecer, sentem-se mais irritadas e nervosas (Matos, 2002).

7- Será que existem diferenças significativas do stress em relação ao sexo e à escolaridade?

Foram encontradas diferenças significativas nos níveis de stress percebido em relação ao sexo, sendo estes níveis superiores nas raparigas.

De acordo com Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) existem diferenças ao nível do sexo em relação ao stress percebido, em que o suporte social é considerado um factor relevante na relação com o stress. No entanto, os autores referem que os homens recorrem menos ao suporte social do que as mulheres.

Outros estudos comprovaram que o stress tem efeitos mais adversos ao nível da saúde mental nas mulheres do que nos homens (Williams & House, 1992).

No presente estudo verificou-se que os níveis de stress percebido são superiores nos jovens do ensino secundário.

REFERÊNCIAS

- Bates, J. (2000). Temperament as an emotion construct: Theoretical and practical issues. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp.382-396) New York: Guilford Press.
- Berry, John (1997). Cultural and ethnic factors in health. . In Baun, A., Newman, S., Weinman, J. West, R., & McManus, Chris (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.98-103). United Kingdom: Cambridge university Press.
- Bishop, George D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. London: Allyn and Bacon.
- Bobak, Martin. (1998). Social determinants of health across Europe. In Harrison, Dominic, & Ziglio, Erio (Eds.) *Social determinants of health: implications for the health professions* (pp.17-25) WHO Genoa: Academia Nazionale di Medicina.
- Bruhn, J. C. (1988). Lifestyle and health behaviour. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behaviour: Emerging Research Perspectives* (pp.71-86). New York: Plenum Press.
- Calman, Kenneth, C. (1998). *The potencial for health*. Oxford: Oxford University Press.
- Carmody, Timothy P. (1997). Health- related behaviours: common factors. In Baun, A., Newman, S., Weinman, J. West, R., & McManus, Chris (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.117-121). United Kingdom: Cambridge university Press.
- Chamberlain, Kerry & O'Neill, Damian (1998). Understanding social class differences in health: a qualitative analysis of smokers'health beliefs. *Psychology and Health*, 13, 1105-1119.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour*. London:St. Edmundsbury Press.

- Craig, A., Handock, K., & Craig, M. (1996). The Life Style Appraisal Questionnaire: A comprehensive assessment of health and stress. *Psychology and Health, 11*, 331-343.
- Folkman, Susan (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46 (4)*, 836-852.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica, 2*, 209-218..
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2*, 219-227.
- Giraldes, M. Rosário (1996). Os estilos de vida e nível socio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal. *Revista portuguesa de Saúde Pública, 14 (2)*, 69-76.
- Godoy, Juan F. (1999). Psicologia de la salud: delimitación conceptual. In Simón, Miguel Ángel (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp.39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hart, Siobhan (1997). Old age and health behaviour. . In Baun, A., Newman, S., Weinman, J. West, R., & McManus, Chris (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.143-154). United Kingdom: Cambridge university Press.
- Heikkinen, E. (1989). Lifestyles and life satisfaction. In Waters, W. E.; Heikkinen, E. & Dontas, A. S. (Eds.) *Health, lifestyles and services for the elderly.* (pp.39-74). Copenhagen: WHO Public Health in Europe 29.
- Hewison, Jenny. (1997). Family influences on health. In Baun, A., Newman, S., Weiman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, health and medicine.* (pp. 107-109). United Kingdom: Cambridge University Press.

Hobfoll, Stevan E.; Banerjee, Padmini & Britton, Paula (1994). Stress resistance, resources and health: a conceptual analysis. In Maes, S.; Lewenthal, H. & Johnston, M. (Eds.). *International review of Health psychology*, 3, New York: John Wiley & Sons.

Irwin, C. E. Jr. (1987). *Adolescent social behaviour and health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kristiansen, Connie M. (1990), The Role of Values in the Relation between Gender and Health Behaviour. *Social Behaviour*, 5, 127-133.

Leseman, Jane; Li, Zhiming; Hu, Yuming J. B. & Drossman, Douglas A. (1998). How Multiple Types of Stressors Impact on Health. *Psychosomatic Medicine*, 60, 175-181.

Lusk, Sally L., Kerr, Madaleine J., & Baer, Leslie M. (1995). Psychometric Testing of the Reduced Laffrey Health scale. *American Journal of Health Promotion*, 9 (3), 220-224.

Lyon, Brenda (2000). Stress, coping and Health: a conceptual overview. In Rice, Virginia H. (Ed.). *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice*. (pp.3-23). London: sage Publication, Inc.

Matos, Gaspar M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2002). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi editores.

Pill, Rosin; Peters, T.J. & Robling, M. R. (1993). Factors Associated with Health Behaviour among mothers of Lower Socio-economic status: A British example. *Social Science & Medicine*, 36 (9), 1137-1144.

Pitts, M. & Phillips, K. (1998). *The psychology of health: an introduction*. (2^a ed.). London: Routledge.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. (2005), *O Importante é a saúde*. Lisboa: Merck Sharp & Dohme.

Rios, I. Fernandez & Fernández, M. Garcia (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In Simón, Miguel Ángel (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp.133-154). Madrid: Biblioteca Nueva.

Sarafino, Edward P. (1990). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. Toronto: John Wiley & Sons.

Serra, Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Sreptoe, , I. & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of clinical Psychology*, 31, 485-502.

Stephoe, I. & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.

Stone, A. (1997). Measurement of Affective response. In Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (eds.), *Measuring Stress: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

Usher, Jane M. (1997). Gender issues and women's health. In Baun, A., Newman, S., Weiman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, health and medicine*. (pp. 110-112). United Kingdom: Cambridge University Press.

Watson, D. (1988a). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6) 1020-1030.

Watson, D. (1988b). The vicissitudes of mood measurement: Effects of Varying Descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1) 128-141.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6) 1063-1070.

WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization.

Williams, Margaret s. & House, James S. (1992). Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. In Bandura, Bernhard & Kichbusch, Ilona (Eds.) *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. (pp.147-172.). Copenhagen: WHO regional Publications, European Series, N° 37.

Worlds Health Organization Quality of Life Group (1996). What's quality of life? World Health Organization quality of life assessment. *World Health Forum*, 17, 354-6.

Young, T. Kue (1998). *Population Health: concepts and methods*. Oxford: Oxford University Press.

Ziglio, Erio.; Levin, Lowell S. & Bertinato, Luigi. (1998). Social and economic determinants of health: implications for promoting the health oh the public. In Harrison, Dominic, & Ziglio, Erio (Eds.) *Social determinants of heath: implications for the health professions* (pp.6-16) WHO Genoa: Academia Nazionale di Medicina.

ANEXOS

Anexo I

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado de Psicologia da Saúde a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sendo posteriormente publicado numa revista científica da área.

Gostaria de poder contar com a sua colaboração, o seu testemunho é de extrema importância para que possa ter a noção de como as pessoas pensam e vivem a saúde.

Os dados obtidos são anónimos e confidenciais, têm como único fim a realização deste estudo.

Se necessitar mais informações acerca do estudo poderá contactar-me através:
filipa_martinho@hotmail.com

Obrigado pela Sua Colaboração!

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Ano de escolaridade: _____

Área/ Curso: _____

Local de residência (Cidade): _____

Número de elementos do agregado familiar: _____

Por favor leia com atenção as questões seguintes e **escolha o número** que considerar apropriado para a sua resposta.

1. a) Já alguma vez fumou de forma regular?

Não 0
Sim 1

b) Actualmente fuma?

Não 0
Sim 3

*Se fuma actualmente – responda às questões 2 e 3. Caso não fume passe para a questão 4.

2. Com que frequência costuma fumar?

Só socialmente (1 vez por semana ou menos) 1
1 ou 2 vezes por dia 2
Até 10 vezes por dia 3
Mais de 10 vezes por dia 4

3. Já alguma vez tentou deixar de fumar?

Nunca 1
Sim, mas não consegui 2

4. Qual a sua Tensão Arterial máxima?

Menos de 130 0
130-139 1
140-149 2
150-159 3
Mais de 160 4

5. Qual a sua Tensão arterial mínima?

Menos de 80 0
80-84 1
85-89 2
90-95 3
Mais de 95 4

6. a) Qual o seu peso actual? _____

b) Qual a sua altura? _____

7. Bebe bebidas alcoólicas?

Não, ou até 2 por dia 0
3-4 bebidas por dia 1
5-8 bebidas por dia 2
9-15 bebidas por dia 3
Mais de 16 bebidas por dia 4

8. Toma outras drogas ou medicamentos que não sejam o chá, café, álcool ou nicotina (ex.: comprimidos para dormir, comprimidos para reduzir a ansiedade como o Valium, antidepressivos, alucinogénicos, etc.)?

Não 0
Só 1 ou 2 vezes por ano 1
1 ou 2 vezes por mês 2
1 ou 2 vezes por semana 3
Diariamente 4

9. Alguém da sua família próxima (pais, irmãos) têm história de :

Doença do coração Não 0
Sim 1
Cancro Não 0
Sim 1
Hipertensão Arterial Não 0
Sim 1

10. Com que frequência costuma fazer exercício físico ou uma caminhada a pé (durante pelo menos 15 minutos)?

3 ou mais vezes por semana 0
Cerca de 1 vez por semana 1
Cerca de 1 vez por mês 2
Nunca 3

11. Com que frequência costuma fazer exercícios de relaxação?

Pelo menos 1 vez por semana 0
Cerca de 1 vez por mês 1
1 vez cada 6 meses 2
Nunca 3

12. Com que frequência participa numa actividade recreativa que lhe dê prazer (ex.: jardinagem, leitura, desportos, outras ocupações)?

Todos os dias 0
1 vez por semana 1
1 vez por mês 2
Nunca 3

13. Com que frequência come uma refeição variada composta de vegetais, fruta, pão e carne magra?

Pelo menos 1 vez por dia	0
2 a 3 vezes por semana	1
1 vez por semana	2
1 vez por mês	3
Raramente	4

14. Com que frequência costuma comer alimentos gordurosos ou doces (como gordura de carne, tartes, queijo, bolos com creme, chocolates, etc.)?

1 ou 2 vezes por semana	0
Cerca de 1 vez por dia	1
Algumas vezes por dia	2
Pelo menos 4 vezes por dia	3

15. Tem amigos próximos ou familiares que o ajudem quando tem problemas?

Sempre disponíveis	0
Frequentemente disponíveis	1
Algumas vezes disponíveis	2
Raramente disponíveis	3

16. Com que frequência costuma dar e receber afecto (mimos)?

Frequentemente, no dia-a-dia	0
Ocasionalmente, no dia-a-dia	1
1 ou 2 vezes por semana	2
1 ou 2 vezes por mês	3
Raramente	4

17. Nos últimos 6 meses, quantos acontecimentos stressantes teve que viver (tais como situações que causam preocupação, ou criam tensão, por ex. romper uma relação, doença, acidentes, etc.)?

Nenhuma	0
1-2	1
3-6	2
7-12	3
Mais de 12	4

18. Actualmente sofre de alguma doença crónica (como cancro, doença do coração, asma, artrite, diabetes, etc.)?

Não	0
Sim	2

19. Sofre de queixas físicas (tais como dores de cabeça, dores nas costas, falta de apetite, vertigens, insónias, perda do interesse sexual, fadiga, etc.)?

Nunca	0
Algumas vezes por ano	1
1 ou 2 vezes por mês	2
1 ou 2 vezes por semana	3
Todos os dias	4

Caso responda SIM diga quais são as queixas

20. Com que frequência tem uma boa noite de sono?

Todas as noites	0
Dia sim dia não	1
1 vez por semana	2
Raramente	3

21. Bebe chá ou café?

Não, ou até 3 chávenas por dia	0
4-8 chávenas por dia	1
9-12 chávenas por dia	2
13-20 chávenas por dia	3
Mais de 20 chávenas por dia	4

De que forma considera que encara as exigências e os acontecimentos diários? Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes afirmações e **escolha a alternativa de resposta que corresponde à forma como se identifica com cada uma dessas afirmações.**

1. A minha vida é controlada pela sorte e pelo acaso.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
2. Sinto-me nervoso(a) e sem controlo.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
3. Preocupo-me demasiado com as coisas.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
4. Tenho dificuldade em tomar decisões.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
5. Para mim é uma perda de tempo fazer exercício ou relaxação.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
6. É melhor evitar as pressões da vida do que enfrentá-las.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
7. Não há muito que possa fazer para resolver os meus problemas.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
8. Fico stressado(a) com muita facilidade.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
9. É difícil gerir o meu tempo.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
10. É difícil concentrar-me naquilo que estou a fazer.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
11. Não tenho confiança no que faço.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
12. Sinto que as coisas me ultrapassam.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
13. Não consigo controlar o stress que sinto.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
14. O meu trabalho faz com que fique stressado(a).	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
15. Não me sinto satisfeito(a) com a forma como tenho gerido a minha vida.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
16. Sinto-me zangado(a) e frustrado(a).	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
17. Fico muito chateado(a) quando não consigo o que quero.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
18. Não mostro os meus sentimentos.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
19. Procuo fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
20. Fico impaciente com a vida.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
21. Sinto-me culpado(a) quando gasto tempo a divertir-me.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
22. Não me sinto confiante para gerir o meu futuro.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
23. Os outros não me podem ajudar a gerir o meu stress.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
24. Sinto-me incapaz de tirar prazer das minhas actividades diárias.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
25. Tenho-me sentido muito chateado(a) no final do dia.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3

Por favor responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Responda às questões **assinalando o número** da resposta que melhor representa a sua opinião.

1. Em geral, com diria que a sua saúde é:

Fraca	1
Razoável	2
Boa	3
Muito Boa	4
Ótima	5

2. A pergunta é sobre actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa. Será que a sua Saúde o/a limita nesta actividade? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	1
Sim, um pouco limitado/a	2
Não, nada limitado/a	3

3. Durante as últimas quatro semanas sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades como consequência do seu estado de Saúde física?

Não	2
Sim	1

4. Durante as ultimas quatro semanas, fez menos do que queria no seu trabalho ou nas suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Não	1
Sim	2

5. Durante as ultimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho for de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	5
Um pouco	4
Moderadamente	3
Bastante	2
Imenso	1

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:

a) Se sentiu cansado/a?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Bastante tempo	3
Algum tempo	4
Pouco tempo	5
Nunca	6

b) Se sentiu triste e em baixo?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Bastante tempo	3
Algum tempo	4
Pouco tempo	5
Nunca	6

7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

