

1120

DM
MORAIS/A.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**ASSERTIVIDADE, RESILIÊNCIA E
INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS
NOS JOVENS**



Ana Rita Veloso Morais

Lisboa, 2006

Stamp and library information:

17852
26/11/08

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 orientador deste trabalho, Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, pelo acompanhamento e esclarecimentos prestados.

Às escolas e professores envolvidos por toda a disponibilidade, que garantiu a concretização de todo o trabalho de campo.

A todos os jovens, por constituírem o alicerce de grandes inquietações enquanto pessoa e psicóloga.

Aos meus pais e amigos, em especial Catarina Delgado (Docente na Faculdade de Economia do Porto), por todo o apoio em mais uma conquista na minha vida.

RESUMO

O principal objectivo deste estudo foi investigar as possíveis relações entre a assertividade, a resiliência e os estilos de vida nos jovens portugueses.

Participaram 501 jovens, de idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos (268 do sexo feminino e 233 do sexo masculino), habitantes no distrito de Coimbra.

A variável *estilo de vida* foi avaliado com um questionário «O Meu Estilo de Vida» ($\alpha = 0,82$); a *resiliência* através do questionário «Resiliência como *Coping*» ($\alpha = 0,53$), adaptado neste trabalho da escala original «Brief Resilient Coping Scale» (BRCS); e a *assertividade* com a «Escala de Assertividade de Rathus» ($\alpha = 0,79$).

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo: Resiliência, Assertividade e Estilos de Vida. Assim jovens assertivos, apresentam melhores capacidades de ultrapassar adversidades da vida e consequentemente apresentam intenções comportamentais mais saudáveis, donde se destaca a categoria *exercício físico* como um forte vínculo de ligação entre as variáveis acima mencionadas.

ABSTRACT

The primary goal of the present study is to test the relationship between assertiveness, resilience and life styles of Portuguese young fellows.

The studied group is composed of 501 subjects with age ranging between 15 and 25 years old living in Coimbra District.

The patterns of life styles were assessed through a questionnaire named “My lifestyle” ($\alpha = 0,82$); the resilience through the questionnaire “Resilience as *Coping*” ($\alpha = 0,53$) adapted for this study from the original “Brief Resilient Coping Scale” (BRCS); and assertiveness was assessed using the “Rathus Assertiveness Scale” ($\alpha = 0,79$)

A positive relationship between resilience, assertiveness and life styles was found out. Assertive youngs are able to overcome hardlife in a better way than the others and evidence a healthier intentional behaviour. The variable *physical exercise* distinguishes due to a strong relationship between the mentioned variables.

INDÍCE

INTRODUÇÃO	11
Psicologia da Saúde	12
Saúde e Doença	14
Promoção da Saúde	15
Psicologia Positiva	15
Estilos de Vida/Intenções Comportamentais	16
Comportamento de Saúde	16
Estilo de Vida	17
Indicadores do Estilo de Vida	17
Jovens e a Saúde	19
Assertividade em Psicologia da Saúde	21
Competências Sociais	21
Competências Sociais e os Jovens	21
Assertividade: Abordagem Teórica	22
Assertividade e Género	23
Assertividade e a Psicologia da Saúde	24
Resiliência	26
Conceito	26
Factores de Risco	27
Factores Protectores	27
Abordagem Teórica da Resiliência	28
Factores de Resiliência	29
Resiliência e o <i>Coping</i>	29
Resiliência e a Psicologia da Saúde	30

METODOLOGIA	34
Participantes	34
Desenho de Investigação	34
Instrumentos	35
- Questionário Sociodemográfico	
-QUACS	
- BRCS	
- «A Escala de Assertividade de Rathus»	
Procedimento	46
RESULTADOS	47
DISCUSSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	80
Anexo 0 – Questionário	
Anexo 1 – Teste da Normalidade das variáveis – <i>Kolmogorov- Smirnov</i>	
Anexo 2 – Correlação das variáveis em estudo- <i>Spearman</i>	
Anexo 3 – Comparação por idade, e nº de reprovações – <i>t-student</i>	
Anexo 4 – Comparação por idade e nº de reprovações – <i>Mann-Whitney</i>	
Anexo 5 – Correlação por idade e nº de reprovações e as outras variáveis em estudo – <i>Spearman</i>	
Anexo 6 – Análise da variação para a idade e nº de reprovação – <i>Kruskal-Wallis</i>	

LISTA DE ACRÓNIMOS

WHO – World Health Organization

QUACS – Questionário de atitudes e comportamentos de saúde

BRCS- Brief Resilient Coping Scale

RAS- Rathus Assertiveness Scale

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Distribuição da amostra por idade.
- Quadro 2** – Distribuição da amostra por sexo.
- Quadro 3** – Distribuição da amostra por número de jovens que reprovaram e não reprovaram.
- Quadro 4** – Distribuição da amostra por número de anos de reprovação.
- Quadro 5** – Distribuição da amostra por zona de residência.
- Quadro 6** – Consistência interna total, das restantes categorias da escala original QUACS e da escala utilizada neste estudo.
- Quadro 7** – Consistência interna da Escala de Assertividade.
- Quadro 8** – Análise factorial exploratória da Escala de Assertividade.
- Quadro 9** – Distribuição dos itens por cada componente.
- Quadro 10** – Consistência interna da Escala da Resiliência como *Coping*.
- Quadro 11** – Análise factorial exploratória dos componentes da Escala de Resiliência como *Coping*.
- Quadro 12** – Teste da Normalidade: Kolmogorov-Smirnov
- Quadro 13** – Correlações entre todas as variáveis em estudo
- Quadro 14** – Correlações com a variável Resiliência
- Quadro 15** – Correlações com a variável Assertividade
- Quadro 16** – Correlações com a variável Passividade
- Quadro 17** – Correlações com a variável Estilos de Vida
- Quadro 18** – Correlações com as categorias do QUACS
- Quadro 19** – Diferenças entre rapazes e raparigas ao nível da assertividade, passividade, auto- cuidado e estilos de vida: *t student*
- Quadro 20** – Diferenças entre rapazes e raparigas segundo o exercício físico, nutrição, segurança motorizada, uso de drogas ou similares, resiliência: *Mann-Whitney*
- Quadro 21** – Correlações entre a idade e o nº de reprovações e as variáveis em estudo: *Spearman*
- Quadro 22** – Idade e outras variáveis em estudo: *Kruskal-Wallis*

Quadro 23 – Diferenças entre grupos etários e as variáveis exercício físico e o auto – cuidado

Quadro 24 – N° de anos de reprovação e outras variáveis em estudo: *Kruskal-Wallis*

Quadro 25 – Diferenças entre n° reprovações e as variáveis exercício físico e uso de drogas ou similares.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Psicologia da Saúde considera-se bastante relevante a investigação dos factores que se constituem como protectores de saúde considerando a assertividade e a resiliência bons indicadores de saúde.

Na grande diversificação inter-individual relativamente à adopção de comportamentos de saúde, os factores intrínsecos ao indivíduo tem merecido especial atenção por parte dos psicólogos.

O conceito de promoção da saúde implica que a saúde se pode desenvolver ao longo do ciclo de vida e que se trata de uma evolução qualitativa.

Partindo do pressuposto de que a saúde não é um estado mas antes um processo centrado na interacção do organismo com o seu meio físico e social, como alcançar uma sociedade em que o prazer da vida tenha o seu foco o bem-estar e a qualidade de vida?

Este estudo pretende acentuar a importância da promoção de competências na conquista de estilos de vida saudáveis.

A promoção da capacitação e a participação do indivíduo na vida da comunidade é o principal papel do psicólogo, no domínio da saúde.

A investigação centrada nos comportamentos de risco para a saúde é bastante extensa o que constituiu um desafio a este estudo deslocar o foco para os comportamentos/capacidades protectoras de saúde.

PSICOLOGIA DA SAÚDE

*A Saúde não vem nos comprimidos, nem se salva só com a faca de cirurgias,
A Saúde não é ausência, mas a luta por uma vida plena*

PIET HEIN

O sistema de saúde tradicional está em revolução. A Psicologia da Saúde é uma área de intervenção recente, mas de rápida expansão, que envolve conhecimentos de todas as áreas da Psicologia.

A Psicologia da Saúde nasceu numa época de grandes mudanças e continua a acompanhar o desenvolvimento e transformações do campo da saúde. Actualmente, fala-se, para além de promoção de saúde e prevenção de doença, em promoção de bem-estar e de qualidade de vida. A Psicologia começa agora a descentralizar a sua intervenção a outros campos fora do sistema tradicional de saúde.

No decorrer do século XIX, o Homem é percebido como um ser biológico, portador de uma identidade biológica. A medicina moderna preconiza um modelo, designado por biomédico que defende que as doenças tem causas exteriores ao corpo, o indivíduo são vítimas da doença e não responsáveis pela mesma, o tratamento pretende a mudança do estado físico e é da responsabilidade da classe médica, a saúde é sinónimo de não doente, a doença pode ter consequências (e não causas) psicológicas.

No século XX, a biomedicina levanta polémica e surgem algumas abordagens como a medicina psicossomática, a saúde comportamental, a medicina comportamental e a psicologia da saúde. A medicina psicossomática aceita a interacção entre a mente e o corpo, indicando os factores psicológicos como essenciais, quer como consequência de uma doença, como possíveis intervenientes no seu aparecimento. A saúde comportamental preocupou-se com a manutenção da saúde e prevenção da doença em indivíduos saudáveis. A medicina comportamental veio estudar a influência do comportamento, recorrendo a várias disciplinas científicas e focando a prevenção e intervenção. A Psicologia da Saúde é específica dos psicólogos e Matarazzo, em 1982, definiu-a como «o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e manutenção da saúde, à

prevenção e tratamento das doenças, a identificação da etiologia de diagnóstico relacionadas com a saúde, com as doenças e com as disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde» (Ribeiro, 1998). O mesmo autor apresenta quatro objectivos da psicologia da saúde: A promoção, a protecção, a prevenção e o tratamento, encontrando-se nas duas vertentes saúde e doença.

Nos anos 70 ocorrem profundas mudanças a vários níveis e com o reconhecimento do comportamento humano como causa importante de mortalidade e morbidade nasce a Psicologia da Saúde. O fracasso do modelo biomédico, o crescimento da preocupação com a qualidade de vida e prevenção da doença, o aumento dos custos dos cuidados de saúde, entre outros, foram os motivos impulsionadores da psicologia da saúde. Em 1973, nos EUA, criou-se uma Task force on health research na American Psychological Association, com o objectivo de estudar «a natureza e extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde». Nesta altura a Psicologia estava mais virada para as doenças mentais e a Psicologia da Saúde veio oferecer uma intervenção ao nível da promoção e protecção da saúde e ao nível da prevenção e tratamento das doenças em geral.

A partir de meados do século XX, com uma nova epidemia, uma epidemia comportamental, surge uma nova proposta ao modelo biomédico. O Modelo desenvolvido por Engel (1977 *in* Pais Ribeiro, 2005) chama atenção para outros factores, para além dos biológicos, criticando o modelo biomédico. Os factores biológicos, psicológicos e sociais são considerados determinantes na saúde e na doença. Não se deve focar o doente e a doença, mas sim o doente, com uma doença, com crenças, família, consequências psicológicas da doença, etc. Não existe uma causa da doença, mas uma multiplicidade de factores. O indivíduo pode ser considerado responsável pelo seu estado. Nesta 2ª Revolução, surgem conceitos como Promoção da Saúde, estilos de vida, qualidade de vida e os próprios conceitos de saúde e de doença sofrem alterações. Existe uma continuidade entre o estado de saúde e o de doença. Este modelo apresenta uma perspectiva holística da saúde.

Saúde e Doença

As concepções de Saúde e Doença têm sofrido profundas alterações ao longo dos tempos. Depois do dualismo cartesiano, o corpo torna-se alvo de grandes estudos científicos abandonando-se as crenças antigas e emergindo o modelo biomédico, que no século XIX defendia que todas as doenças são explicadas por distúrbios nos processos fisiológicos. A mente não é necessária para explicar o funcionamento físico. Este modelo dominou até ao século XX, mostrando-se insuficiente aquando o surgimento das doenças das sociedades modernas. Com a proposta do modelo biopsicossocial, a saúde deixa de ser definida como ausência de doença e de sintomas, passando a ser definida como um conceito baseado na percepção pessoal do sujeito. Redefiniu-se também o conceito de doença uma vez que é possível sentir-se doente sem o estar (illness), ou estar doente sem se sentir doente (disease), ou ainda, comportar-se como doente independentemente do seu estado (sickness).

Saúde é então, um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se limita apenas à ausência de doença (WHO, 1986). Para além de estar relacionada com a morbilidade e mortalidade, a saúde é também entendida como um recurso do dia-a-dia associada à capacidade para desfrutar a vida e enfrentar os seus desafios (Shephard, 1995). Assim, a saúde é um conceito multidimensional e positivo que enfatiza tanto os recursos pessoais e sociais como capacidades físicas (Cavill, Biddle & Sallis, 2001).

Promoção da Saúde

A promoção da saúde é um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde (WHO). Em 1974, o relatório de Lalonde define formalmente, “Uma Estratégia de Promoção da Saúde visando informar, influenciar e dar assistência aos indivíduos e organizações de modo a que elas aceitem mais responsabilidade e sejam mais activos em assuntos que afectem a saúde física e mental”(Ribeiro, 1998). Na 2ª revolução da saúde começa a surgir o interesse não só na prevenção primária mas também na promoção da saúde. Em 1986, a Carta de Ottawa, um dos fundadores da promoção da saúde actual, define Promoção de Saúde como um processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a saúde e para a melhorar (Ribeiro, 1996). O doente passou a

estar no centro da responsabilidade pela sua saúde. Mais tarde a declaração de Jacarta, em 1997, vem promover a responsabilidade social, reforçando a acção comunitária. Assim, proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida (Buss,1998).

A 3ª Revolução da Saúde, com o Modelo dos Resultados veio criticar o modelo biomédico e completar o modelo biopsicossocial. Kaplan salienta a importância de se centrar nas consequências a curto, médio e longo prazo da intervenção no campo da saúde. O *Outcome Model* abandona o foco nos sintomas, e preocupa-se com métodos para se conseguir uma melhor qualidade de vida e bem-estar, podendo nem existir tratamento. “Qualidade de vida é o grau de coincidência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos próprios de cada indivíduo, é pois de realçar mais a experiência vivida/percebida do que as condições reais de vida ou a opinião de outrem sobre estes” (Matos, 2004). Assim, “O objectivo dos cuidados de saúde é contribuir para que as pessoas vivam mais tempo e se sintam melhor” (Kaplan, 2002,citado por Ribeiro 2004).

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva afirma-se apenas em 2001, trata-se portanto de um movimento recente que visa sobretudo deslocar a ênfase nos aspectos psicopatológicos para os aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos, tais como, a felicidade, o optimismo, o altruísmo, a esperança, a alegria entre outros temas humanos (Yunes, 2003). É nesta perspectiva contemporânea que se contextualiza a presente investigação.

ESTILOS DE VIDA / INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Na conferência de Alma-Ata (WHO,1978), os profissionais de saúde e os políticos foram alertados para a importância de uma abordagem multidisciplinar da problemática da saúde. O relatório *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável* (OMS, 2002) salienta a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Desde o final dos anos 70 que a Psicologia se desenvolve no domínio da prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde, inicialmente com maior enfoque em comportamentos de consumo, o sedentarismo e a alimentação e mais tarde surge o interesse pelos comportamentos interpessoais relacionados com a violência, sexualidade, as relações e o stress, etc.

Quando se quer estudar o comportamento humano, tem de se ter em conta que as pessoas referem aquilo que tem intenção de fazer mais do que aquilo que realmente fazem, daí o termo intenção comportamental (Pais Ribeiro, 2004).

Assim, uma vez que o presente trabalho é realizado no domínio na Psicologia da Saúde, especificamente na promoção de saúde e prevenção das doenças, torna-se essencial falar de comportamento humano, já que as pessoas são elementos activos e decisivos no processo de adoecer ou de ser saudável (Pais Ribeiro, 2004).

Comportamento de Saúde

Os comportamentos de saúde são todas as acções tomadas com o objectivo de manter ou melhorar a saúde (Vickers, Conway & Hervig,1990).

Bishop (1994) considera que os diferentes comportamentos de saúde são determinados por diferentes factores: (a) sociais e demográficos; (b) situacionais; (c) de risco percebido; (d) psicológicos.

Alguns estudos mostraram que pessoas com melhores comportamentos de saúde estão relacionados com uma melhor saúde. Por outro lado, piores comportamentos de saúde estão relacionados com a mortalidade (Belloc,1973 *in* Pais Ribeiro, 2004).

Kasl e Cobb (1996) definiram comportamento de saúde como um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença.

Matarazzo distingue comportamentos patogénicos, prejudiciais para a saúde e os comportamentos protectores de saúde ou imunogénicos (Ogden, 2004).

Estilo de Vida

Surge o conceito «Estilo de Vida» enquanto componente essencial na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças (Pais Ribeiro, 2004). A doença e as investigações sobre a sua génese foi a principal preocupação durante décadas. Só a partir de 1960 é que o foco deixou de ser apenas a doença mas também a saúde e respectivas variáveis que a influenciam.

Os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os factores ambientais, os hábitos alimentares, o hábito de fumar, o uso e abuso do álcool e de drogas, a actividade sexual, influenciadores de um desenvolvimento integral harmonioso e saudável (Resgate, 2001).

A Organização Mundial de Saúde define estilo de vida como um «conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais» (WHO, 1986, p.43).

Stephoe (1994) define estilo de vida saudável como sendo a adopção consistente de comportamentos de saúde ao longo de um global de actividades, em contraste com a concepção de estilo de vida não saudável, que envolve fracasso em tomar precauções ou seguir recomendações de saúde, num largo espectro de actividades.

Indicadores do Estilo de Vida

Segundo Pais Ribeiro (2004), o exercício físico, a nutrição, o auto cuidado, a segurança motorizada e o uso de drogas ou similares são as categorias que operacionalizam o constructo *Estilo de Vida*.

Alguns estudos indicam uma influência significativa da idade e sexo do adolescente nos hábitos de saúde e comportamentos de risco:

Ao longo do processo de socialização os homens são encorajados e é esperado que ignorem os sintomas de doença, enquanto que as mulheres são incentivadas a cuidarem mais da sua saúde, ou pelo menos não a ignorar (Kristiansen, 1990).

De uma forma geral, as raparigas apresentam comportamentos mais saudáveis que os rapazes, excepto no que se refere ao exercício físico (Steptoe & Wardle, 1992).

As raparigas, no entanto, têm maiores preocupações ao nível da imagem corporal. No que diz respeito ao auto cuidado, as raparigas apresentam –se mais preocupadas com o uso do preservativo sobretudo devido à gravidez indesejada. Quanto ao uso de drogas ou similares os rapazes são actualmente mais fumadores que as raparigas mas as diferenças estão a ser cada vez mais atenuadas. Ao nível do consumo de álcool as diferenças entre rapazes e raparigas estão a ser dissipadas. No consumo de drogas os rapazes continuam a ser os principais consumidores (Matos, 2005).

Alguns estudos mostram que a actividades física quando analisada em conjunto com outros comportamentos de saúde, é o factor de distinção entre os adolescentes com comportamentos saudáveis e não saudáveis (Matos, 2005).

JOVENS E A SAÚDE

«...Outro problema da juventude é que ela se perde...

Perde-se nas nossas cabeças,

Não é nos nossos anos...»

João Costa

A Juventude tornou-se um objecto de curiosidade na nossa sociedade. Assiste-se a uma mudança de perspectiva. Antigamente, o modelo perfeito era o modelo adulto, os jovens tinham o objectivo de alcançar este modelo. A esta fase fulcral do desenvolvimento do ser humano, verificam-se associações de palavras, tais como, complexidade, crise, mudança, risco, entre outras. O facto é que, quem estuda a adolescência são os adultos, que obrigatoriamente revivem a sua própria adolescência, e encaram a realidade do envelhecer.

Actualmente, são os jovens que despertam a curiosidade dos adultos (Marcelli, 2000). O jovem tem a tarefa de abandonar o mundo da infância e integra-se no mundo dos adultos (Coimbra de Matos, 2002).

A adolescência é um período da vida em que, acima de tudo, o jovem tem necessidade de ser reconhecido pelos «outros». É nesta idade que se consolidam valores e que se estabiliza uma identidade. Pretende-se um desenvolvimento da autonomia e uma aprendizagem da utilização dos recursos próprios e a eliminar situações de desconforto, procurando activamente o prazer. Espera-se um comportamento activo na exploração no mundo e na aquisição da capacidade de escolher. O contrário será a passividade e a dependência. «É a diferença da vida em cativeiro e a vida em liberdade» (Coimbra de Matos, 2002). Contudo, a adolescência é um culminar de todo um processo anterior que tem lugar na infância. Uma infância excessivamente dependente dificultará a capacidade de investir no novo.

A adolescência é o tempo das escolhas e das conquistas: quem é, o que gosta, o que deseja e o que espera da vida. No final de uma adolescência sadia, predominará a satisfação, sentimentos de descobertas frutuozas, quer no plano individual, afectivo ou amoroso, quer no plano profissional e social (Marcelli, 2000).

A adolescência é um período de vida regra geral, com poucos problemas em termos de saúde física. A questão fundamental, sobretudo nos países desenvolvidos centra-se efectivamente nos comportamentos e estilos de vida.

A necessidade de pertencer a um grupo de referência e o simultâneo afastamento da família pode por vezes ameaçar a saúde dos jovens. A crescente autonomia e iniciativa trazem necessariamente um acréscimo do contacto com o risco: de acidentes, de abusos físicos, de contágio, de aquisição de estilos de vida lesivos à saúde (Matos, 2005). Assim sendo, este será o período de vida propício ao estudo das questões ligadas à promoção da saúde e prevenção das doenças, o que justifica a sua preferência no presente projecto.

Resgate (2001) afirma que a aquisição e sedimentação de muitos dos comportamentos e hábitos, nem sempre os mais salutarés, determinantes para a saúde na idade adulta, ocorreram durante a infância e a adolescência.

Os jovens são o reflexo das nossas sociedades e segundo Frásquilho (1996), são os «actores principais de múltiplas “epidemias” que grassam na actualidade: abuso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, violência social, acidentes de viação» (Resgate, 2001).

Sabendo então, que a adolescência é um período favorável à implementação de programas de protecção da saúde que contribuem para melhores estilos de vida, porque será que alguns jovens manifestam intenções comportamentais saudáveis enquanto que outros apresentam uma conduta menos própria para a sua saúde? Que variáveis psicológicas condicionam as escolhas dos jovens? De que forma o desenvolvimento individual e relacional e a promoção de competências de vida permitem ao jovem optar por um comportamento saudável?

ASSERTIVIDADE

Competências Sociais

Num mundo altamente competitivo as pessoas devem comportar competências sociais eficazes. Maximizando o seu repertório elas podem alcançar mais facilmente o sucesso e a felicidade na vida.

As competências sociais são bastante importantes no desenvolvimento sadio de relações interpessoais. Uma pessoa socialmente competente é aquela que alcança efectivamente os seus objectivos.

Gresham and Elliot (1990) definem competências sociais como os comportamentos socialmente aceites que capacitam as pessoas para uma interacção efectiva com os outros e para um evitar de respostas não aceites socialmente aos outros.

As competências sociais são aprendidas através de processos de observação, modelagem, feedback e repetições e automaticamente actualizadas pela imitação e condicionamento. Aprendemos competências sociais fortuitamente sem ser através de uma instrução formal.

A falta de aptidões conduz habitualmente a situações de desconforto que levam à perda de relações sociais importantes, a situações indesejáveis que são mantidas, perde-se possibilidades para optar por uma melhor situação profissional. Consequentemente, surgem as auto-verbalizações e ruminacões negativas, a depreciação da auto-imagem, a frustração e os ressentimentos provocando nos outros críticas e rejeição.

Competências Sociais e os Jovens

Os jovens atravessam constantemente etapas relacionais que implicam adaptação, ou seja, um relacionamento positivo com os pares, professores, família e comunidade é fundamental para uma juventude feliz.

A aquisição de competências sociais é uma importante tarefa do processo educacional e uma necessidade a um crescimento saudável dos jovens.

A juventude e a adolescência são idades fulcrais no ciclo de vida por isso se revela importante a aquisição de competências sociais.

Os problemas de indisciplina na sala de aula, a delinquência, rejeição de pares, dificuldades emocionais, insucesso escolar são as possíveis consequências negativas provocadas pela lacuna ao nível das competências sociais (Haeblerlin, Shawn, Texas, & Texas, 1997).

Assertividade: Abordagem Teórica

O constructo «assertividade» assenta as suas bases teóricas na Teoria Behaviorista. Surge em contexto terapêutico quando se assinalam alguns casos com dificuldades específicas em “fazer ouvir” os seus próprios direitos.

Lazarus (1972), constata a enorme importância que a sociedade atribui aos conhecimentos de matemática e história que se opõem, claramente, à insuficiente aprendizagem da expressão de sentimentos e pensamentos. O mesmo autor aponta esta, como sendo a causa explicativa para a grande quantidade de pessoas só e ansiosas.

A aptidão verbal confere ao homem uma arma poderosa para lidar com situações ameaçadoras. Uma pessoa que saiba usar adequadamente os recursos verbais enfrenta com mais facilidade este tipo de situações (Vaz Serra, 1999).

Na literatura existem duas concepções e teorias da assertividade: a primeira identifica os indivíduos não assertivos como sendo passivos e/ou ansiosos durante os encontros interpessoais. Esta é a perspectiva defendida por Wolpe (1969). Embora esta concepção não tenha sido abandonada, não é a mais desenvolvida recentemente. Actualmente tem se em conta a análise do conjunto dos parâmetros de competência social (Detry & Castro, 1990).

A assertividade é um comportamento multifacetado, não é inata, nem é um traço de personalidade, constrói-se, aprende-se e adapta-se as mais diversas situações. A assertividade varia tanto a nível interpessoal, como a nível intrapessoal. Assim, não só não somos todos igualmente assertivos, como mesma pessoa pode ser assertiva numa determinada circunstância e não o ser noutra.

Contudo, existem situações, ditas, assertivas, entre as quais se destacam: recusar pedidos (dizer “não”), criticar, responder a críticas, iniciar e manter uma conversa, solicitar encontros futuros, discordar e pedir favores (Lazarus, 1971).

Aprender a ser assertivo ou auto – afirmativo, implica a identificação das situações de maior dificuldade e a sua hierarquização. Posteriormente, é necessário explicar ao sujeito em que consistem as aptidões de auto-afirmação, para de seguida se ensaiar e treinar os comportamentos apropriados e aplicar a situações reais, através do auto-reforço (Vaz Serra, 1999).

A assertividade faz parte de um contínuo em que num dos extremos se coloca a *submissão ou passividade* e no outro se encontra a *agressividade*:

O sujeito submisso não defende os seus direitos, não toma decisões, tende a evitar conflitos e é, frequentemente, explorado pelos outros.

O sujeito agressivo, por sua vez, é hostil, impõe a sua ideia, não negocia, abusa do poder, humilha, e faz ataques pessoais. Comportamentos sociais aparentemente opostos, como a agressividade e a passividade, reflectem uma dificuldade no relacionamento interpessoal ocasionando conflitos com os outros.

Assertividade e o Género

O estereotipo considera que os rapazes são mais assertivos que as raparigas. Contudo a literatura apresenta resultados imprecisos neste domínio.

Alguns estudos demonstram diferenças ao nível do género no que diz respeito aos comportamentos assertivos: As raparigas apresentam comportamentos assertivos em

alternativa à agressividade, enquanto que os rapazes se apresentam mais agressivos ao lidarem com a adversidade do meio. As raparigas lidam mais facilmente com a resolução de problemas nomeadamente recorrendo ao apoio dos adultos. Os rapazes optam por ignorar a situação (Black, 2000 in Matos,2005).

Assertividade em psicologia da saúde

A assertividade é muitas vezes confundida com as respostas agressivas mas são completamente diferentes, uma vez que o comportamento assertivo não implica qualquer intenção de injuriar o outro mas sim uma acção positiva dirigida ao objectivo que tem uma função de auto-protecção (Hock & Wenar, 1982).

De acordo com Matos (1998), a assertividade é a capacidade para comunicar directamente sentimentos, opiniões e vontades, sem ofender o outro. Defesa dos direitos próprios sem violar os direitos do próximo. A mesma autora explica que o comportamento não assertivo está relacionado com uma baixa auto-estima, aumento de tensões, provocando muitas vezes queixas somáticas e depressão.

Ser assertivo ajuda as pessoas a estarem mais confiantes na relação com os outros. As pessoas com comportamentos não assertivos experimentam com grande frequência, sentimentos de fúria, vivem ressentimentos, são mais ansiosas consigo próprias e com os outros.

Apesar disto, é evidente que nem sempre se reforçam os comportamentos assertivos, tanto em casa como na escola são privilegiados comportamentos passivos e de obediência com os outros. As crianças e jovens são muitas vezes castigados por terem expressado uma ideia ou um sentimento contrário aos pais ou aos professores.

A assertividade parece estar relacionada positivamente com a inteligência e com comportamentos saudáveis (Cartledge & Milburn, 1978). Uma criança ou um jovem assertivo constrói planos, traça objectivos e procura alcança-los.

Jovens assertivos e adultos assertivos tendem a ser mais felizes, mais honestos e mais saudáveis. Sentem-se bem consigo próprios

Ser assertivo significa igualmente responsabilidade pela vida e pelas suas decisões. Um jovem que sempre foi estimulado a tomar certas opções mais dificilmente segue as opções que os outros desejam para ele, mostra-se mais autónomo nas suas escolhas. No domínio da saúde este aspecto é bastante pertinente já que o uso e consumo de substâncias, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez precoce, os hábitos alimentares e a prática de exercício físico podem ter a sua origem nas tomadas de decisão dos jovens, socialmente adequadas ou não.

Assim seria desejável uma maior preocupação, tanto por parte da família mas sobretudo da instituição escolar, na promoção da assertividade (Rotheram, Armstrong & Booraem, 1982). A sociedade deve procurar proteger os direitos das crianças e jovens e incentivá-los a expressarem-se honestamente.

RESILIÊNCIA

Conceito

Etimologicamente, do latim *resillire*, significa «saltar para trás». No domínio da metalurgia, a resiliência constitui uma qualidade elástica que envolve a capacidade para distender sob o efeito do stress e depois voltar ao normal. A noção de flexibilidade é inerente a este conceito. No campo informático, resiliência refere-se à qualidade de um sistema que lhe permite continuar apesar das anomalias. Houve uma migração de um conceito da física para a psicologia, da matéria inerte e simples para a matéria viva e complexa (Anaut, 2005).

A noção de resiliência não apresenta uma definição consensual.

A resiliência não é inata mas sim um atributo que resulta de um processo interactivo entre o sujeito e o meio.

Resiliência implica necessariamente adaptação e maleabilidade e não rigidez ou invulnerabilidade..

Tavares (2001 in Matos, 2005) refere-se à pessoa resiliente como «...alguém flexível, aberto, criativo, livre, inteligente, emocionalmente equilibrado, autentico, empático, disponível, comunicativo, capaz de resistir às mais variadas situações mais ou menos complicadas e difíceis, sem partir, sem perder o equilíbrio, por mais adversas que essas situações se lhe apresentem».

Muitos autores são unânimes em considerar que a resiliência não é uma constante. Um indivíduo pode ser resiliente em certos contextos e noutros não. A resiliência depende dos factores de protecção.

Rutter (1987 in Matos, 2005), um dos percursores na abordagem da resiliência, define-a como o resultado de processos de protecção que permitem ao indivíduo lidar com sucesso com adversidades. O mesmo autor apresenta três características da pessoa

resiliente, a saber: a consciência da sua auto-estima e do sentimento de si, a consciência da sua eficácia e um repertório de formas de resolução de problemas sociais.

Factores de Risco

Kaplan (1999, in Matos, 2005)) refere que os factores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos.

Tratam-se de obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade da criança ou jovem para resultados negativos no seu desenvolvimento. Por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologia ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. Este conceito distingue-se de resiliência, que se trata de uma predisposição individual para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente (Pesce et all, 2004).

Estes factores podem ser agregados em diversas categorias: *Familiares* (baixo estatuto social, conflitos familiares, famílias numerosas, modelos desviantes, francas ligações); *dificuldades emocionais* (abuso, apatia, acontecimentos de vida stressantes, baixa auto-estima); *problemas escolares* (insucesso escolar, falta de interesse); *contexto ecológico* (racismo, desemprego, pobreza); *problemas interpessoais* (rejeição pelos pares, isolamento); *défice de competências* (baixo Q.I., défice de competências sociais, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem)

Factores Protectores

Os factores de protecção são variáveis que servem para diminuir ou eliminar as influências negativas de exposição ao risco.

Alguns autores referem que os factores protectores têm capacidade de predizerem a resiliência, daí a importância do seu estudo. Segundo Yunes e Szymanski (2001, in Pesca et all,2004), a resiliência é o produto final da combinação dos factores de protecção.

Destacam-se fundamentalmente quatro funções dos factores protectores, a saber: Reduzir o impacto dos riscos, reduzir as reacções negativas em cadeia, estabelecer a auto-estima e auto-eficácia, através do estabelecimento de relações seguras e criar oportunidades para reverter os efeitos do stress. (Rutter, 1987 in Pesce et all, 2004).

Os factores protectores podem ser encontrados não só nas características individuais (auto-confiança, elevada auto-estima e adequadas capacidades cognitivas e sociais etc.) mas também nas características familiares (o afecto, a coesão, pais envolvidos na educação dos filhos, vantagens económicas, etc.), na comunidade (pouca poluição, baixos índices de violência, bons serviços de cuidados de saúde, etc.) e igualmente nas características culturais (políticas de protecção da criança, valores e recursos dirigidos à educação, etc.) (Brooks and Goldstein, 2005). Nas condições do próprio individuo, a literatura apresenta a assertividade como um importante factor de protecção da resiliência (Pinheiro, 2004), observação que oferece sustentação teórica à presente pesquisa.

Abordagem Teórica da Resiliência

Compreender a resiliência implica adoptar uma perspectiva plurifactorial uma vez que se trata de um conceito do domínio da psicologia, da psicopatologia, da psicanálise, da sociologia, da psiquiatria, da pediatria, entre outros. Diferentes disciplinas contribuíram para o seu desenvolvimento.

Na presente investigação a resiliência é abordada no domínio das competências comportamentais e sociais que explica a resiliência como «a capacidade de funcionar de forma adaptada e de se tornar capaz quando surgem acontecimentos de vida stressantes» (Patterson, 1994, in Anaut, 2005). Considera-se três dimensões para que exista resiliência: «capacidade para enfrentar», «capacidade de continuar a desenvolver-se» e ainda «aumentar as suas competências».

Abordar a resiliência tendo em conta a manifestação de adaptação social encontra os seguintes indicadores: o exercício de actividades sociais (incluindo lazer), a qualidade das relações sociais e dos resultados escolares ou exercício profissionais. Realça-se o facto de se enquadrar neste domínio os comportamentos assertivos como sendo os mais

adaptados e que melhor promovem relações interpessoais sadias. Assim, a inserção social é considerada um elemento de êxito e de superação da adversidade, ou seja, de resiliência.

No presente estudo, as competências sociais (comportamento assertivo) tiveram um maior enfoque na associação com a resiliência. Contudo, dada a complexidade do conceito, este critério por si só não basta para provar o êxito da resiliência.

Garnezy e Masten (1991) estudaram as competências como variável preditiva da resiliência e identificaram quatro tipos de competências preditivas significativas: as competências profissionais, sociais, interpessoais e cognitivas. Estas competências são marcadores de protecção dos jovens, estando negativamente associadas ao suicídio e à delinquência (Anaut,2005).

Factores de Resiliência

Anaut (2005) refere alguns factores que constituem a resiliência e que poderão ser desenvolvidos e estimulados, quer em contexto de intervenção clínica, quer ao nível dos acompanhamentos educativos, a saber: a auto-estima; a confiança; a autonomia; capacidade de combater o stress; a sociabilidade como capacidade de se relacionar com os outros e comunicar positivamente com os outros (assertividade); as relações sociais existentes, ainda que precárias; a capacidade para experimentar uma gama variada de emoções; atitudes positivas que permitam enfrentar problemas e resolve-los e prever as consequências; a elaboração da culpa e da vergonha (abusos).

Resiliência e o *Coping*

Metodologicamente a presente investigação avalia e operacionaliza a resiliência como *coping*, ou seja, numa abordagem essencialmente comportamental e consciente.

O conceito de *coping* é fundamental para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo. São esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com situações indutoras de stresse (Folkman & Lazarus, 1985 in Pesce et all, 2004).

Apesar do *coping* servir para descrever uma certa abordagem do processo de resiliência, estes dois conceitos não são sinónimos já que a resiliência implica modalidades de resistência ao stress e a capacidade de enfrentar (*coping*) mas também se refere à capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as suas capacidades numa situação adversa. O *coping* ocorre num momento determinado enquanto a resiliência percorre no tempo. A principal característica que distingue resiliência como *coping* e o *coping* propriamente dito é a capacidade para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de stress (Wallston & Sinclair, 2003).

Das mais variadas estratégias do *coping* os sujeitos resilientes tendem a utilizar mais estratégias de confronto directo dos problemas (gerir o problema que se encontra na origem da perturbação do sujeito) e menos utilização da estratégia de evitamento (através de estratégias passivas reduz a tensão emocional) (Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996 in Pesce et al., 2004).

Resiliência e a Psicologia da Saúde

Investir no conceito de resiliência tem vindo a enfraquecer o foco na «patologia da desvantagem» e a valorizar aqueles que obtêm sucesso de alguma forma em suas vidas.

O estudo da Resiliência tem crescido substancialmente nos últimos 20 anos. A primeira razão prende-se com o facto da nossa sociedade estar a apresentar cada vez mais adversidades que os jovens têm de se defrontar. Cada vez mais jovens estão em risco. Outra grande preocupação prende-se não só com o facto de se conhecer os factores de risco e protectores que permitem resultados positivos na intervenção clínica, mas também criar uma espécie de «resilient mind-set» na população juvenil geral. Brooks and Goldstein (2005) referem que o desenvolvimento da resilient mind-set, permitirá as crianças e jovens lidar de forma mais eficaz com o stress, ultrapassar melhor as adversidades, desenvolverem objectivos realistas, relacionarem-se melhor com os outros.

Pesce et al. (2004), definem resiliência como sendo o «conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo num ambiente não sadio».

Matos (1998), refere que para a adopção de comportamentos saudáveis é necessário considerar aspectos individuais, sociais e geográficos. Tem surgido um interesse cada vez maior relativamente às capacidades adaptativas das pessoas face a condições adversas. Wallston (2003), explica que uma boa capacidade de resiliência conduz a uma protecção da saúde. Vários autores citados por Wang, Reynolds e Walberg (1995) referem que as crianças resilientes apresentam em geral bom nível de competências sociais, bom relacionamento interpessoal, são centradas em objectivos e têm boa capacidade de empreender e concretizar tarefas e de resolver problemas. As que apresentam história de acontecimentos stressantes apresentam experiências compensatórias p.e. talentos especiais ou boas relações com os pais e os professores.

Rutter (1990, citado por Wang, 1995) refere que as crianças resilientes apresentam uma maior capacidade de planear, modificar o envolvimento e mudar com sucesso as suas vidas. (Matos, 1998). Todos estes factores contribuem para um melhor estilo de vida.

Vários autores referem diferentes factores que contribuem para uma atitude resiliente: as competências pessoais (bom nível de competências sociais, bom relacionamento interpessoal, boa capacidade de resolver problemas) e o apoio ambiental (apoio de pais, pares e professores), (Matos, 2005). Ao nível das competências pessoais está naturalmente implícito o conceito já abordado de assertividade. Walsh (1998 in Yunes,2003) defende os processos de comunicação como um dos processos-chave da resiliência em famílias, especificamente a clareza, expressões emocionais «abertas» e a colaboração na solução de problemas.

Centrando a temática no público-alvo deste estudo – os jovens – a literatura refere que adultos considerados resilientes foram jovens com maior auto-conceito, auto-controle, facilidade em interagir com amigos, professores e inserir-se em grupos (Werner e Smith, 2001 in Pesce et all, 2004). Segundo um estudo de Pesce et all (2004), os adolescentes com níveis superiores de resiliência apresentam uma elevada auto-estima, melhor relacionamento interpessoal, maior apoio social, emocional e informacional e interacções positivas, que são indicadores positivos de um estilo de vida saudável. Os mesmos autores encontraram diferenças significativas entre a variável género e a resiliência, apontando as raparigas com maiores níveis de superação das dificuldades

que os rapazes. Rutter (1970, in Yunes, 2003) concluiu igualmente que os meninos são mais vulneráveis que as meninas, quer perante stressores físicos quer psicossociais.

Segundo Mangham, McGrath, Reid e Stewart (1995, in Matos, 2005) a resiliência é « a capacidade que os indivíduos e sistemas (famílias, grupos e comunidades) têm para lidar com sucesso com adversidades ou riscos significativos. Esta capacidade desenvolve-se e modifica-se ao longo do tempo, é aumentada por factores de protecção do indivíduo, sistema ou envolvimento, e contribui para a manutenção ou promoção da saúde».

Sendo a resiliência um processo positivo que conduz à saúde parece extremamente importante a concentração de esforços na promoção de recursos internos e externos a ela aliados.

Partindo do principio que a resiliência pode ser promovida por factores de protecção (Grothberg,1995,1998 in Matos 2005), que a assertividade envolve os factores individuais de protecção da resiliência (Pineiro,2004), invertendo o percurso dos factores de riscos então a conquista de um estilo de vida saudável torna-se uma potencial realidade.

Concluindo, a expressão directa de sentimentos e ideias e a capacidade para ultrapassar situações adversas parecem ser indicadores de um melhor estilo de vida. Assim, o presente projecto expõe as seguintes hipóteses:

- 1- Jovens assertivos apresentam intenções comportamentais mais saudáveis,
- 2- Jovens resilientes apresentam igualmente melhores estilos de vida,
- 3- Jovens mais assertivos correspondem simultaneamente aos mais resilientes.

Temos então a principal questão de investigação deste projecto:

Será que jovens mais assertivos e com maior capacidade de resiliência apresentam melhores intenções comportamentais?

Pretende-se com este trabalho de investigação atingir os seguintes objectivos:

- Verificar se a assertividade e a resiliência influenciam ou não as intenções comportamentais dos nossos jovens;
- Perceber se os jovens assertivos são igualmente os que tem maior resiliência;
- Perceber se existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino ao relativo aos níveis de assertividade e da resiliência;
- Perceber se existem diferenças significativas ao nível das intenções comportamentais entre o sexo feminino e masculino;
- Conceber possíveis relações entre o insucesso escolar e os estilos de vida.

METODOLOGIA

Participantes

Os participantes do estudo constituem uma amostra de conveniência com 501 jovens saudáveis do ensino secundário e superior, entre os 15 e os 25 anos de idade (idade $M=17,9$ $DP=2,05$), da zona centro de Portugal (Distrito de Coimbra), 46,5% do sexo masculino e 53,5% do sexo feminino.

Desenho de Investigação

Trata-se de uma investigação do tipo quantitativo, com metodologia estatística paramétrica e não paramétrica. Estudo descritivo transversal, já que se aplica num único momento avaliativo.

Variáveis Principais – (1) Intenções Comportamentais, operacionalizada através do *QUACS*; (2) Assertividade, operacionalizada através da *Escala de Assertividade de Rathus* (adaptada à população portuguesa); Resiliência, operacionalizada através da *BRCS*.

Variável de Controlo – (1) Idade

Variáveis Sócio-demográficas- (1) Idade; (2) Sexo; (3) Numero de Anos de Reprovação

Instrumentos

Questionário Soció- Demográfico

Inclui sobretudo, itens relativos à idade, sexo, habilitações literárias, composição do agregado familiar e informações sobre o percurso escolar. Os dados a seguir apresentados permitiram um conhecimento mais aprofundado da amostra em estudo:

Quadro 1 – Distribuição da amostra por idade

Idade	Frequência
15	47
16	73
17	123
18	105
19	64
20	36
21	22
22	12
23	6
24	8
25	5
Total	501

A distribuição da amostra por idade revela que existe um maior número de jovens entre os 16 e os 18 anos de idade. Trata-se de um público de fácil acesso através dos seus professores. Houve alguma dificuldade na aproximação aos jovens mais velhos uma vez que a recolha da amostra desta investigação coincidiu com épocas de exames.

Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Frequência
Feminino	268
Masculino	233
Total	501

A distribuição por sexo mostra-se constante o que permite uma maior uniformização da amostra em estudo.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por número de jovens que reprovaram e não reprovaram

Reprovou	Frequência
Não	155
Sim	341
Total	496
Não respondeu	5

Estes dados revela-se inquietantes uma vez que existe um elevado número de jovens que já reprovaram pelo menos uma vez, o que motivou a sua posterior análise e reflexão relativamente ao estilo de vida destes jovens.

Quadro 4 – Distribuição da amostra por número de anos de Reprovação

Numero de anos de reprovação	Frequência
0	154
1	223
2	83
3	29
4	2
6	1
Total	492
Não Respondeu	9

Observando especificamente o numero de anos de reprovação realça-se o facto de 45% dos jovens terem reprovado pelo menos uma vez, 17% dos participantes terem reprovado duas vezes e 6% terem reprovado três anos.

Quadro 5 – Distribuição da amostra por zona de residência

Zona	Frequência
Oliveira do Hospital	292
Coimbra	120
Figueira da Foz	56
Gouveia	24
Total	492
Não Respondeu	9

A zona de residência da amostra centralizou-se sobretudo no distrito de Coimbra incluindo sobretudo o concelho de Oliveira do Hospital, região do interior de Portugal. Trata-se de um meio pequeno onde os jovens têm poucos recursos ao nível da prática de actividade física e onde os índices de consumos de estupefacientes são elevados. Procurou-se contra-balancear este facto com outros concelhos mais activos e aparentemente promotores de uma boa saúde (Coimbra e Figueira da Foz).

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde: « O Meu Estilo de Vida»

Trata-se de uma lista de classificação de comportamentos de saúde, com características adequadas para avaliar o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças, inspirado do questionário de Hettler designado *Lifestyle Assessment Questionnaire*(1982) especificamente, nas categorias físicas da secção *Wellness* (Pais Ribeiro, 2004).

O QUACS (Pais Ribeiro, 1993) é constituído por 28 itens com questões de opções de resposta em formato Lickert (escala ordinal) de cinco posições, entre o *Quase nunca (E)* e o *Quase sempre (A)*.

Questionário de auto-resposta, cujo os itens se agrupam em cinco categorias, a saber: Exercício Físico (empenhamento em manter uma boa condição física) Nutrição (escolha de alimentos consistente com os objectivos cientificamente definidos), Auto-Cuidado (comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças), Segurança Motorizada (capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidentes com veículos) e Uso de Drogas ou Similares (capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas). O QUACS apresenta uma consistência interna satisfatória de 0,76.

Para a presente investigação foram efectuadas algumas alterações ao nível da linguagem de forma a facilitar a compreensão dos itens pelos participantes do estudo, nomeadamente as frases de duplas negações que leva os sujeitos a responderem de forma invertida ao esperado (Item 7). Os itens cuja afirmação contem a vocábulo «evito» poderão igualmente ter suscitado alguma confusão. Contudo do ponto de vista estatístico foi possível controlar esta questão.

Relativamente à consistência interna, houve alterações positivas da escala original para a escala utilizada neste estudo:

Quadro 6 – Consistência Interna total e das respectivas categorias da escala original e a escala utilizada no presente estudo.

Áreas	Numero de Itens	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach
		QACS	actual
Exercício Físico	3	0,67	0,72
Nutrição	5	0,78	0,82
Auto-Cuidado	11	0,67	0,67
Segurança Motorizada	3	0,42	0,47
Uso de Drogas ou Similares	6	0,52	0,60
TOTAL	28	0,76	0,82

Inventário de passagem rápida e é útil tanto para a avaliação como para a utilização em programas de intervenção na promoção da saúde ou na prevenção das doenças (Pais Ribeiro, 2004).

Escala de Assertividade de Rathus

A Escala de Assertividades de Rathus (Rathus Assertiviveness Schedule- RAS-, Rathus, 1973) é um instrumento construído na base de uma “avaliação das afirmações”, ou seja, conhecendo os temas que diferenciam o comportamento assertivo do comportamento não assertivo, avalia-se. Segundo Rathus (1973), a RAS tem como principal objectivo medir as mudanças que ocorrem no comportamento assertivo.

A RAS é um inventário de 30 questões que visam avaliar especificamente o grau de assertividade das pessoas. As questões e as afirmações têm opções de resposta em formato Lickert (escala ordinal) de seis posições, entre o *Nada Característico (0)* e o *Muito Característico (5)*. Os itens descrevem comportamentos e sentimentos que ocorrem em situações da vida quotidiana.

A escala de Rathus é um instrumento de auto-resposta que comporta vantagens e desvantagens. Vantagens porque para além de permitir identificar rapidamente zonas de problemas relativamente ao comportamento em estudo, é de preenchimento fácil e rápido. Uma das limitações relaciona-se com as capacidades ou falta de capacidades do sujeito se auto-observar. Contudo apesar da sua antiguidade tem sido um dos instrumentos mais usados para avaliar a assertividade.

A RAS foi sujeita a uma adaptação portuguesa pelas autoras Detry e Castro (1990) que foi a versão utilizada nesta investigação. Os resultados encontrados na amostra portuguesa são comparáveis com os resultados encontrados por Rathus (1973). A amostra relativa aos resultados encontrados por Rathus comporta 68 “undergraduate men and women ranging in age from 17 to 27” e apresenta uma média de 0,29 e um desvio padrão de 29,12. Na população portuguesa, com uma amostra de 122 sujeitos (dos 15 anos até mais de 40 anos) a média situou-se em 4,83 e o desvio padrão de 23,67.

Relativamente à análise da consistência interna da Escala de Assertividade de Rathus, encontra-se um alpha de Cronbach's de 0,78. No presente estudo os resultados são similares:

Quadro 7 – Consistência Interna da Escala de Assertividade na presente investigação

Cronbach's Alpha	N of Items
0,79	30

No que diz respeito à análise factorial exploratória, foram identificados dois factores interpretáveis, que parece estar de acordo com o encontrado na escala original, contudo o autor apenas se refere a eles como sendo o comportamento assertivo e o não assertivo.

O quadro seguinte mostra a distribuição interpretável dos itens que explicam 29% da variância:

Quadro 8 – Análise Factorial Exploratória da Escala de Assertividade

	Component	
	1	2
Ass1	0,58	
Ass2	0,68	
Ass3		0,55
Ass4	0,30	
Ass5	0,40	
Ass6		0,41
Ass7		0,34
Ass8		0,31
Ass9	0,46	
Ass10		0,45
Ass11	0,65	
Ass12	0,52	
Ass13	0,60	
Ass14	0,58	
Ass15	0,50	
Ass16	0,71	
Ass17	0,64	
Ass18		0,51
Ass19	0,41	
Ass20		0,42
Ass21		0,41
Ass22		0,38
Ass23	0,63	
Ass24	0,45	
Ass25		0,59
Ass26	0,54	
Ass27		0,56
Ass28		0,69
Ass29		0,57
Ass30	0,61	

Análise em componente principal com rotação varimax, permanecem os itens com carga factorial acima de 0,30

Na presente investigação, após a análise de conteúdo dos itens designamos o factor 1 por assertividade e o factor 2 por passividade:

Quadro 9 – Distribuição dos itens por cada componente

	Item
Assertividade	3,6,7,8,10,18,20,21,22,25,27,28,29
Passividade	1,2,4,5,9,11,12,13,14,15,16,17,19,23,24,26,39

Brief Resilient Coping Scale (adaptação portuguesa: Escala de Resiliência como Coping)

Os autores, Vaughn Sinclair e Kenneth Wallston (2003), construíram a *BRCs*, a partir de uma escala inicial de nove itens, seleccionando posteriormente os quatro que segundo os autores operacionalizam o constructo de resiliência como *coping*. Deste instrumento emergem temáticas tais como, o optimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades. Os itens descrevem um padrão activo de resolução de problemas que reflecte o padrão de resiliência como *coping* abordado na revisão de literatura.

Escala de auto- resposta, unifactorial constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Quase sempre, 4-Com muita frequência, 3-Muitas vezes, 2-Ocasionalmente, 1-Quase nunca. A nota de capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa varia entre 4 e 20. Segundo os autores da escala original consideram-se pouco resilientes os sujeitos com uma pontuação inferior a 13 e os fortes resilientes cuja a pontuação seria superior a 17.

Esta escala foi sujeita à adaptação à população portuguesa. Cumpriram-se os seguintes procedimentos para a validação:

- ★ Tradução portuguesa do material;
- ★ Discussão com especialistas, no sentido de uma melhor compreensão em língua portuguesa;
- ★ Inspeção da análise de conteúdo. Algumas modificações pontuais foram necessárias;
- ★ *Cognitive Debriefing*, procedimento que visa identificar se a população alvo do inventário interpreta e compreende as perguntas e o modo de responder de acordo com o pretendido pelo investigador: 20 jovens;

★ Aplicação população geral.

Com base nesta verificação empírica, apresenta-se de seguida a escala final resultante de revisões pontuais:

1. Procuo formas criativas de superar situações difíceis;
2. Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reacções;
3. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis;
4. Procuo activamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.

À escala assim construída designámos *Escala de Resiliência como Coping*.

A escala original apresentava uma consistência interna de 0,69 e após a sua adaptação apresenta um modesto *Alpha de Cronbach* de 0,53.

Quadro 10 – Consistência Interna da Escala de Resiliência como *Coping*

Alpha de Cronbach's	Numero de Itens
0,53	4

	Média se um dos item for eliminado	Variância se um dos item for eliminado	Items Corrigidos-Correlação Total	Alpha de Cronbach's se um dos items for eliminado
BRCS1	10,7988	4,467	0,29	0,47
BRCS2	10,7686	4,339	0,31	0,46
BRCS3	10,3863	4,367	0,36	0,42
BRCS4	10,8612	4,176	0,30	0,47

Tal como na escala original, através da Análise Factorial, confirma-se a existência de um único factor na BRCS:

Quadro 11 – Análise factorial dos componentes da Escala de Resiliência como Coping

	Componente	
	1	
BRCS1		0,62
BRCS2		0,63
BRCS3		0,70
BRCS4		0,63

Método de Extração: Análise em componente principal. Permanecem os itens com carga factorial acima de **0,60**.

Procedimento

Esta investigação teve início com o pedido de autorização, via e-mail, de utilização dos instrumentos supracitados.

Procedeu-se à tradução da escala BRCS e à sua aplicação a 20 indivíduos a fim de validar a escala à população portuguesa.

Após as alterações devidamente autorizadas pelos autores dos instrumentos organizou-se um caderno dos instrumentos a serem aplicados considerando uma forma aprazível aos jovens.

A recolha da amostra decorreu entre Janeiro e Abril do ano lectivo 2005/2006.

O método de amostragem, por conveniência, procurou respeitar critérios éticos. Foi garantida a confidencialidade.

A recolha da amostra foi presencial, ou seja, efectuada directamente pelo próprio experimentador, após ter pedido autorização à Direcção Executiva das diferentes escolas e aos docentes responsáveis pelas turmas.

Foram dadas algumas informações gerais sobre a investigação e sobre a liberdade em colaborar e após o consentimento de cada participante foram distribuídos os cadernos de instrumentos para posterior preenchimento.

RESULTADOS

A presente investigação visa estudar as associações entre a assertividade, a resiliência e os estilos de vida nos jovens.

Como não se verificou o pressuposto da normalidade (condição da aplicação da metodologia paramétrica avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov) nas variáveis *Resiliência, Exercício Físico, Nutrição, Segurança Motorizada, Uso de Drogas ou Similares, Idade e Numero de Anos de Reprovação*, o único método paramétrico utilizado foi o teste *t de Student*, na comparação entre as amostras Masculino e Feminino. Deu-se, assim, mais atenção aos métodos não paramétricos, tendo sido mais usados os testes de *Mann-Whitney, Kruskal-Wallis* e o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Cenários analisados:

- A = Base de dados inicial
- B = Base de dados com resposta 7 do *QUACS* recodificada, ou seja, os valores 5 foram transformados em 1 e o valor 1 em 5 de forma a ser possível calcular uma variável total de Estilo de Vida Saudável e detectar eventuais confusões no preenchimento do questionário.
- C = Base de dados com respostas a *est7, 13, 16-18, 20-28* recodificadas por serem questões mais ambíguas devido à dupla negação frásica assinalada pela palavra «não» e «evito».

Os resultados encontrados nos diversos cenários não são significativamente diferentes. Assim, foram tidos em consideração os resultados da base de dados B (recodificação da resposta 7 do *QUACS*).

As variáveis totais em estudo (assertividade, resiliência e estilos de vida) foram obtidas por média aritmética¹:

- Assertividade = $\text{sum}(\text{ass3}, \text{ass6}, \text{ass7}, \text{ass8}, \text{ass10}, \text{ass18}, \text{ass20}, \text{ass21}, \text{ass22}, \text{ass25}, \text{ass27}, \text{ass28}, \text{ass29})/13$
- Passividade = $\text{sum}(\text{ass1}, \text{ass2}, \text{ass4}, \text{ass5}, \text{ass9}, \text{ass11}, \text{ass12}, \text{ass13}, \text{ass14}, \text{ass15}, \text{ass16}, \text{ass17}, \text{ass19}, \text{ass23}, \text{ass24}, \text{ass26}, \text{ass30})/17$
- Resiliência = $\text{sum}(\text{brcs1}, \text{brcs2}, \text{brcs3}, \text{brcs4})/4$
- EV = $\text{sum}(\text{est1}, \text{est2}, \text{est3}, \text{est4}, \text{est5}, \text{est6}, \text{est18}, \text{est22}, \text{est8}, \text{est9}, \text{est10}, \text{est11}, \text{est12}, \text{est23}, \text{est24}, \text{est25}, \text{est26}, \text{est27}, \text{est28}, \text{est13}, \text{est14}, \text{est15}, \text{est7}, \text{est16}, \text{est17}, \text{est19}, \text{est20}, \text{est21})/28$
- ev_ExercFis = $\text{sum}(\text{est1}, \text{est2}, \text{est3})/3$
- ev_Nutr = $\text{sum}(\text{est4}, \text{est5}, \text{est6}, \text{est18}, \text{est22})/5$
- ev_AutoCuid = $\text{sum}(\text{est8}, \text{est9}, \text{est10}, \text{est11}, \text{est12}, \text{est23}, \text{est24}, \text{est25}, \text{est26}, \text{est27}, \text{est28})/11$
- ev_SegMot = $\text{sum}(\text{est13}, \text{est14}, \text{est15})/3$
- ev_Drog = $\text{sum}(\text{est7}, \text{est16}, \text{est17}, \text{est19}, \text{est20}, \text{est21})/6$

Fases da análise estatística:

Fase1: obter variáveis resiliência, assertividade, passividade, estilo de vida, nutrição, exercício físico, auto- cuidado, uso de drogas e similares, segurança motorizada, e testar os respectivos Alfa de Cronbach:

¹ Uma outra forma de obter estas variáveis seria aproveitando os factores resultantes da Análise Factorial efectuada pelo SPSS. No entanto, optou-se neste estudo por efectuar a média aritmética, de acordo com a informação já existente sobre cada uma das escalas.

Alpha de Cronbach's

Relativamente aos instrumentos utilizados verificou-se uma melhoria nos resultados, comparando com as escalas originais, no que se refere ao Alpha de Cronbach's, da escala de Assertividade de Rathus (0,78) e da escala «O meu Estilo de Vida» (0,82). No que diz respeito à Escala de Resiliência o Alpha de Cronbach's foi ligeiramente inferior ao da escala original (0,53).

Fase 2: Testar os pressupostos da normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov) e da homogeneidade das variâncias das novas variáveis, para avaliar a adequação dos métodos paramétricos. Os resultados encontram-se no anexo 1. Com base neles, podemos considerar como variáveis que seguem distribuição normal:

- Assertividade,
- Passividade,
- Auto-Cuidado e a
- Estilo de Vida (>0.05).

Quadro 12 – Teste da Normalidade: Kolmogorov-Smirnov

	Idade	Anorep	Assertiv	Passiv	Ev_ExercFis	Ev_Nutr	Ev_AutoCuidd	Ev_SegMot	Ev_Drog	EV	Resi I
<i>p</i>	0,00	0,00	0,18 (**)	0,11 (**)	0,00	0,02	0,08 (**)	0,00	0,00	0,36 (**)	0,00

Fase 3: Relação entre as variáveis. Uma vez que apenas se pode recorrer às Regressões lineares múltiplas para obter uma relação entre as variáveis que seguem distribuição normal, optou-se por recorrer às correlações de Spearman entre pares de variáveis, concluindo-se que (anexo 2):

Quadro 13 – Correlações entre todas as variáveis em estudo

	assertiv	Passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegMot	Ev_Drog	EV	Resil
Assertividade	1,00								
Passividade	0,00	1,00							
ev_ExercFis	0,22(**)	-0,09(*)	1,00						
ev_Nutr	0,11(*)	0,15(**)	0,26(**)	1,00					
ev_AutoCuidd	0,10(*)	0,10(*)	0,17(**)	0,43(**)	1,00				
ev_SegMot	0,07	0,10(*)	0,03	0,15(**)	0,39(**)	1,00			
ev_Drog	0,01	0,10(*)	0,13(**)	0,31(**)	0,44(**)	0,29(**)	1,00		
EV	0,15(**)	0,13(**)	0,42(**)	0,69(**)	0,82(**)	0,50(**)	0,67(**)	1,00	
Resiliência	0,27(**)	-0,08	0,25(**)	0,09(*)	0,07	0,00	0,06	0,14(**)	1,00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

De seguida consta uma análise detalhada de cada variável em estudo na presente investigação.

RESILIENCIA

Quadro14 – Correlações entre todas a variáveis em estudo e a variável Resiliência

	Assertiv	Passiv	Ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegMot	ev_Drog	EV	Resil
Resiliência	0,27(**)	-0,08	0,25(**)	0,09(*)	0,07	0	0,06	0,14(**)	1,00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A **Resiliência** encontra-se directamente correlacionada com a Assertividade (0,27), a Prática de Exercício Físico (0,25) e a variável “Estilo de Vida” (0,14) e, em menor grau (e com menos significância), correlacionada:

- Directamente com:

★ A Nutrição (0,09) [apenas se considerarmos limite de 95% de significância],

★ O Auto-Cuidado (0,07) [apenas se considerarmos limite de 90% de significância]

- Inversamente com a Passividade (- 0,08) [apenas se considerarmos limite de 90% de significância]

Assim, podemos dizer que se verifica que jovens mais resilientes são igualmente mais assertivos, com melhores estilos de vida e menos passivos.

A resiliência encontra-se igualmente associada ao exercício físico, ou seja, jovens mais resilientes praticam mais exercício físico.

Em menor grau, jovens resilientes apresentam melhores comportamentos de Nutrição, mais Auto-Cuidado.

ASSERTIVIDADE

Quadro 15 – Correlações com a variável assertividade

	assertiv	Passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	Ev_AutoCuidd	ev_SegMot	ev_Drog	EV	Resil
Assertividade	1,00	0,00	0,22(**)	0,11(*)	0,10(*)	0,07	0,01	0,15(**)	0,27(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A **Assertividade** encontra-se directamente correlacionada com a Resiliência (0,27), a Prática de Exercício Físico (0,22), e a variável “Estilo de Vida” (0,15). Assim, verificou-se que jovens mais assertivos são igualmente mais resilientes, apresentam melhores estilos de vida e praticam mais exercício físico.

Considerando nível de significância de 95% podemos também concluir que assertividade se encontra relacionada com a Nutrição (0,11) e o Auto-cuidado (0,10). Assim, jovens assertivos tem mais cuidados com a alimentação e mais cuidado consigo próprios ao nível da saúde e prevenção de doenças.

PASSIVIDADE

Quadro 16 – Correlações com a variável passividade

		assertiv	Passiv	Ev_ExercFis	ev_Nutr	Ev_AutoCuidd	ev_SegMot	Ev_Drog	EV	Resil
Passiv	Coefficiente de Correlação	0,00	1,00	-0,09(*)	0,15(**)	0,10(*)	0,10(*)	0,10(*)	0,13 (**)	-0,08

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A **Passividade** encontra-se directamente relacionada com a Nutrição e com Estilos de vida.

Com um nível de significância de 95% a passividades encontra-se igualmente relacionada com a Segurança Motorizada, Auto-cuidado, Uso de drogas e Similares.

Os jovens passivos preocupam-se mais com a alimentação, conseguem divertir-se sem usarem drogas ou similares, são mais cuidadosos relativamente à segurança motorizada e consequentemente apresentam um estilo de vida saudável.

A Passividade apresenta-se inversamente relacionada com Exercício Físico (nível de significância de 95%). Jovens passivos tendem a praticar menos exercício físico.

A relação com a resiliência é inversa, se considerarmos nível de significância de 90% (0,07 entre 0,05 e 0,10). Jovens passivos tendem a ser menos resilientes.

O que distingue jovens assertivos de jovens passivos é a resiliência e a prática de exercício físico, ou seja, jovens resilientes são mais assertivos, são menos passivos e praticam mais exercício físico.

ESTILOS DE VIDA

Quadro 17 – Correlações com a variável estilos de vida

	Assertiv	Passiv	Ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegMot	Ev_Drog	EV	Resil
EV	0,15(**)	0,13(**)	0,42(**)	0,69(**)	0,82(**)	0,50(**)	0,67(**)	1,00	0,14(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como já foi anteriormente referido, confirma-se as relações da variável Estilo de Vida com todas as variáveis em estudo, ou seja, jovens com melhor estilo de vida são mais resilientes e mais assertivos. Curiosamente, esta variável encontra-se igualmente associada à passividade.

Quadro 18 – Correlações entre as variáveis em estudo e as categorias do QUACS

	assertiv	passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	Ev_AutoCuidd	ev_SegMot	Ev_Drog	EV	Resil
ev_ExercFis	0,22(**)	-0,09(*)	1,00					0,42(**)	0,25(**)
ev_Nutr	0,11(*)	0,15(**)	0,26(**)	1,00				0,69(**)	0,09(*)
ev_AutoCuidd	0,10(*)	0,10(*)	0,17(**)	0,43(**)	1,00			0,82(**)	0,07
ev_SegMot	0,07	0,10(*)	0,03	0,15(**)	0,39(**)	1,00		0,50(**)	0,00
ev_Drog	0,01	0,10(*)	0,13(**)	0,31(**)	0,44(**)	0,29(**)	1,00	0,67(**)	0,06

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Relativamente à prática de *exercício físico* pode verificar-se que está relacionado:

Directamente com:

- ★ Assertividade
- ★ Resiliência
- ★ Estilo de Vida
- ★ Nutrição
- ★ Auto- cuidado
- ★ Cuidado com uso de drogas

Inversamente com:

- ★ Passividade

Ou seja, jovens que praticam exercício físico, são mais assertivos, mais resilientes e tem melhor estilo de vida, nomeadamente ao nível dos comportamentos saudáveis de nutrição, melhor auto-cuidado e maior cuidado com o uso de drogas ou similares (nível de significância de 99% e 95%). Não existe correlação entre o exercício físico e a segurança motorizada.

No que diz respeito à variável *nutrição*, observa-se uma correlação com todas as variáveis em estudo (nível de significância de 99% e 95%)

Relativamente ao *auto-cuidado* observa-se uma correlação com todas as variáveis em estudo excepto com a resiliência (nível de significância de 99%, 95%)

A variável *segurança motorizada* mostra uma correlação positiva com passividade, nutrição, auto-cuidado e uso de drogas e estilo de vida. Não se correlaciona com a assertividade, nem com a resiliência e nem com a prática de exercício físico.

Quanto ao cuidado com *uso de drogas e substâncias similares*, existe uma correlação directa com todas as variáveis em estudo à excepção da resiliência e da assertividade.

Fase4: Comparações por sexo, idade, nº de reprovações

SEXO

1- Podemos usar teste *t de Student* para as variáveis que seguem a normal (anexo 3):

- Assertividade,
- Passividade,
- Auto-Cuidado e a
- “Estilo de Vida” ($>0,05$).

Quadro 19 – Diferenças entre rapazes e raparigas ao nível da assertividade, passividade, auto- cuidado e estilos de vida: *t student*

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Assertiv	Feminino	268	3,08	0,63
	Masculino	233	3,13	0,72
Passiv	Feminino	268	2,80	0,80
	Masculino	233	2,59	0,81
EV	Feminino	268	3,48	0,60
	Masculino	233	3,39	0,56
Ev_AutoCuidd	Feminino	268	3,59	0,65
	Masculino	233	3,46	0,67

Independent Samples Test

		Teste Levene para homogeneidade das variâncias		t-teste para a homogeneidade das variâncias							
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Assertiv	Equal variances assumed	1.893	0,16	-0,78	499	0,43	-0,04	0,06	-0,16	0,07	
	Equal variances not assumed			-0,78	465.713	0,43	-0,04	0,06	-0,16	0,07	
Passiv	Equal variances assumed	0,05	0,80	2.91	499	0,001**	0,21	0,07	0,06	0,35	
	Equal variances not assumed			2.90	486.732	0,001**	0,21	.07277	0,06	0,35	
EV	Equal variances assumed	0,83	0,36	1.736	499	0,08	0,09	.05245	-0,01	0,19	
	Equal variances not assumed			1.744	495.983	0,08	0,09	0,05	-0,01	0,19	
Ev_AutoCuidd	Equal variances assumed	0,00	0,98	2.191	499	0,02*	0,13	0,05	0,01	0,24	
	Equal variances not assumed			2.186	484.338	0,02*	0,13	0,05	0,01	0,24	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

O teste de Levene dá-nos Sig >0.05, logo podemos aceitar os resultados do teste *t student*.

Estes dizem-nos que há diferenças significativas com um nível de significância de 99% entre o sexo masculino e feminino e a variável passividade.

Para um nível de significância de 95% encontram-se diferenças entre o sexo e o auto-cuidado.

Não há diferenças no que diz respeito à assertividade.

Assim, constata-se que as raparigas são mais passivas, tem um maior auto-cuidado que os rapazes.

As raparigas parecem mostrar um melhor estilo de vida no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas.

2- Para as restantes variáveis, que não seguem uma distribuição normal, recorremos à versão não-paramétrica do teste de *t student*: o teste de Mann-Whitney. (anexo 4):

Quadro 20 – Diferenças entre rapazes e raparigas segundo o exercício físico, nutrição, segurança motorizada, uso de drogas ou similares, resiliência: *Mann-Whitney*

	Sexo	Mean Rank
ev_ExercFis	Feminino	211.98
	Masculino	295.88
ev_Nutr	Feminino	267.02
	Masculino	232.57
ev_SegMot	Feminino	266.34
	Masculino	232.35
ev_Drog	Feminino	270.45
	Masculino	228.63
Resil	Feminino	237.71
	Masculino	266.29

Test Statistics(a)

	Ev_ExercFis	Ev_Nutr	ev_SegMot	ev_Drog	Resil
<i>P</i>	0,001(**)	0,001(**)	0,001(**)	0,001(**)	0,02(*)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Grouping Variable: sexo

Segundo este teste, há diferenças entre rapazes e raparigas para as variáveis:

- Exercício Físico,
- Nutrição
- Segurança Motorizada,
- Uso de Drogas ou Similares,
- Resiliência, (considerando limite de 95% de significância)

Verifica-se então que os rapazes praticam mais exercício físico e são mais resilientes do que as raparigas.

As raparigas por sua vez, preocupam-se mais com a nutrição, com a segurança motorizada, com o uso de drogas.

IDADE e N° ANOS REPROV

São variáveis numéricas, logo a via natural seria tentar regressões lineares. Mas como são variáveis que não seguem a normal, temos de ir pelas correlações de Spearman, como anteriormente (anexo 5):

Quadro 21 – Correlações entre a idade e o n° de reprovações e as variáveis em estudo:

Spearman

		Idade	Anorep
Assertiv	Coeficiente de Correlação	0,01	-0,02
Passiv	Coeficiente de Correlação	-0,05	0,05
ev_ExercFis	Coeficiente de Correlação	-0,14(**)	-0,08
ev_Nutr	Coeficiente de Correlação	-0,08	0,02
ev_AutoCuidd	Coeficiente de Correlação	0,02	-0,01
ev_SegRod	Coeficiente de Correlação	0,08	-0,06
ev_Drog	Coeficiente de Correlação	0,00	-0,14(**)
EV	Coeficiente de Correlação	-0,02	-0,06
Resil	Coeficiente de Correlação	0,05	-0,08
Idade	Coeficiente de Correlação	1,00	0,19(**)
Anorep	Coeficiente de Correlação	0,19(**)	1,00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

★ Relativamente à idade, verifica-se que quanto mais velhos, menos exercício físico praticam. Os jovens mais velhos tendem a apresentar menos cuidados com a nutrição, e em contrapartida maiores são os cuidados com a segurança motorizada, contudo estes resultados não são estatisticamente significativos.

★ Quanto ao número de anos de reprovações constata-se que quanto maior o n° de anos de reprovação, menos cuidados tem com o uso de drogas. Os jovens com maior número de anos de reprovação tendem a ser menos resilientes e menos exercício físico praticam no entanto estes resultados não são estatisticamente significativos.

De forma a clarificar melhor estes resultados aplicou-se o teste Kruskal-Wallis tendo se obtido os seguintes resultados (anexo 6):

Quadro 22 – **Idade** e outras variáveis em estudo: *Kruskal-Wallis*

Test Statistics(a,b)

	assertiv	Passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_Auto Cuidd	ev_Seg Rod	Ev_Drog	EV	Resil
Qui- Quadrado	10.168	13.200	26.509(**)	10.489	18.827(*)	7.025	15.917	13.857	13.422
Df	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: idade

Para a idade, com um nível de significância de 99% e 95% respectivamente, os resultados a serem analisados apenas se referem às variáveis *exercício físico* e *auto-cuidado*. Apresenta-se de seguida as respectivas diferenças entre grupos etários:

Quadro 23 – Diferenças entre grupos etários e as variáveis exercício físico e o auto – cuidado

	Idade	N	Mean Rank
Ev.ExercFis	15.00	47	311.57
	16.00	73	255.21
	17.00	123	271.61
	18.00	105	214.56
	19.00	64	249.42
	20.00	36	272.93
	21.00	22	223.00
	22.00	12	169.50
	23.00	6	252.33
	24.00	8	174.50
	25.00	5	180.20
	Total	501	
Ev_AutoCuidd	15.00	47	270.49
	16.00	73	274.90
	17.00	123	216.94
	18.00	105	248.51
	19.00	64	252.01
	20.00	36	232.56
	21.00	22	270.84
	22.00	12	275.00
	23.00	6	368.83
	24.00	8	345.69
	25.00	5	291.10
	Total	501	

- ★ De facto, confirma-se que quanto mais velhos, menos exercício físico praticam.
- ★ Em relação ao Auto-cuidado, não parece existir relação muito linear (o que poderá explicar os resultados da correlação de Spearman para esta variável).

Quadro 24 – N° de anos de reprovação e outras variáveis em estudo: *Kruskal-Wallis*

	Assertiv	Passiv	ev_ExercFis	Ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod	ev_Drog	EV	Resil
<i>P</i>	0,13	0,25	0,02(*)	0,71	0,26	0,30	0,05(*)	0,36	0,20

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: anorep

Para o n° de anos de reprovação, com um nível de significância de 95%, os resultados a serem analisados apenas se referem às variáveis *exercício físico* e *o uso de drogas ou similares*.

Apresenta-se de seguida as respectivas diferenças entre grupos etários e as variáveis supracitadas.

Quadro 25 – Diferenças entre n° reprovações e as variáveis exercício físico e uso de drogas ou similares

ev_ExercFis	0,00	154	274.13
	1.00	223	227.49
	2.00	83	243.95
	3.00	29	255.47
	4.00	2	318.00
	6.00	1	38.00
	Total	492	
ev_Drog	0,00	154	272.96
	1.00	223	242.63
	2.00	83	217.69
	3.00	29	228.81
	4.00	2	130.00
	6.00	1	171.50
	Total	492	

★ De facto, parece que existe uma tendência para se praticar menos exercício físico quanto maior o número de reprovações.

★ Comprova-se igualmente o facto de quanto mais anos os jovens reprovam menos cuidado tem com o uso de drogas ou substâncias similares.

DISCUSSÃO

*A Saúde é um domínio da vida das pessoas
com interações fortes no dia a dia do indivíduo*

Pais Ribeiro

A presente investigação tem como principal objectivo estudar as relações entre as variáveis *assertividade, resiliência e estilos de vida* nos jovens.

1- Será que jovens assertivos e resilientes têm melhores intenções comportamentais?

De acordo com questão de investigação central, ou seja, se jovens assertivos e resilientes apresentam estilos de vida/intenções comportamentais mais adequadas, os resultados apontam de facto para uma associação entre as variáveis. Assim, jovens resilientes parecem ser igualmente mais assertivos e apresentam melhores estilos de vida. Tal como refere Pinheiro (2004) a assertividade pode ser um importante factor de protecção da resiliência.

Resiliência

Os resultados parecem ir no sentido da confirmação da hipótese fulcral inicialmente proposta. Contudo, mostra-se interessante analisar detalhadamente a associação entre cada variável em estudo e os diferentes parâmetros de estilos de vida.

No presente estudo, jovens resilientes são mais assertivos e apresentam melhores estilos de vida. Contudo a categoria que melhor explica esta relação é a prática de *exercício físico*. Podemos concluir que a prática de exercício físico é um bom meio de desenvolver e estimular a capacidade de ultrapassar as adversidades. Na literatura esta actividade é referida, de uma forma consensual, como um meio de eleição para desenvolver competências de vida. Danish et al (1992) refere que a possibilidade de serem aplicados os princípios aprendidos durante a participação desportiva aos restantes domínios da vida é uma estratégia de grande relevo.

Outra das categorias que se relaciona com a resiliência é a *nutrição* e em menor grau o *auto cuidado*. Desta forma podemos verificar que uma educação centrada na responsabilidade individual, que promova bons hábitos de vida saudáveis poderá estar a contribuir para aumentar a capacidade de melhor gerir os acontecimentos de vida stressantes. Um jovem habituado a controlar o seu peso, que conhece os benefícios de uma alimentação equilibrada e que percebe os perigos de uma sexualidade desprevenida, perante um acontecimento traumático, mais facilmente consegue encontrar estratégias eficazes para ultrapassar o problema. Em situação de crise, talvez faça um maior esforço para se alimentar adequadamente, dormir tranquilamente e tratar de si próprio evitando doenças do que um jovem não alertado para estas questões.

A resiliência parece estar inversamente relacionada com a passividade (ex: para falar com franqueza as pessoas tiram muitas vezes partido de mim). Assim, as jovens resilientes parecem não ter dificuldades na expressão dos seus sentimentos e opiniões.

De acordo com a literatura estes resultados podem ser analisados tendo por base as diferentes estratégias de *coping* dos sujeitos resilientes, os quais utilizam com menos frequência as estratégias de evitamento que parecem ser um indicador de passividade.

Os jovens resilientes raramente utilizam de estratégias passivas para reduzir tensões emocionais (Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996 *in* Pesce et al., 2004). Contudo estes resultados não são estatisticamente significativos.

Assertividade

A assertividade aparece fortemente relacionada com a resiliência e com os estilos de vida. Jovens assertivos, ou seja, que manifestam os seus sentimentos e opiniões, são igualmente os que melhor ultrapassam as adversidades da vida e conseguem desenvolver melhores intenções comportamentais. Assim, os resultados vão de acordo com o descrito na reflexão teórica quando se refere que a promoção de competências pessoais e sociais permite conquistar um melhor bem-estar com o próprio e com os que o rodeiam (Matos, 2005).

A categoria dos estilos de vida que melhor se relaciona com os comportamentos assertivos é a prática do *exercício físico*, tal como verificámos no que se refere à resiliência.

O exercício físico mostra-se assim um bom meio de conseguir jovens assertivos e resilientes. Matos (2005), explica que o envolvimento numa equipa ou num clube desportivo promove fortemente o sentimento de pertença, fundamental nesta fase do ciclo de vida. Este sentimento de pertença cria oportunidades para o fomento de valores sociais e de sentimentos (generosidade, compaixão, partilha) bem como o desenvolvimento de uma identidade de grupo, daí a possibilidade de serem melhor sucedidos no domínio das relações interpessoais.

As categorias da *nutrição* e *auto cuidado* encontram-se igualmente relacionadas com a assertividade, tal como se verificou para a resiliência. Assim se compreende que a assertividade se constrói desde cedo na aquisição dos saberes mais básicos da vida. Os processos de aprendizagem relativos às competências básicas de hábitos alimentares, de higiene e de auto-cuidado funcionam da mesma forma que os processos de aprendizagem referentes às competências sociais (Calmeiro & Matos, 2004).

Passividade

Embora não se trate de uma variável principal nesta investigação, surgiu a necessidade de se proceder à sua análise de forma a clarificar os resultados referentes a outras variáveis em estudo.

A variável que designamos *passividade* parece estar fortemente relacionada com a categoria de *nutrição*, e em grau menor, com a *segurança motorizada*, *auto-cuidado* e com o cuidado com o *uso de drogas ou similares*, o que explica a relação entre a passividade e intenções comportamentais positivas (Estilo de Vida).

Curiosamente, jovens passivos podem também conseguir um estilo de vida saudável. Realça-se o facto de que as únicas variáveis não relacionadas com a passividade são, a prática de *exercício físico* e a *resiliência*.

A análise possível destes resultados conduz necessariamente à questão da importância que a nossa sociedade atribui às pessoas conformistas e passivas. São pessoas que aceitam as regras impostas e dificilmente causam desconforto nos outros. No entanto, não se mostram resilientes, ou seja, ultrapassam as adversidades com mais dificuldade e não tendem a praticar exercício físico, que é uma actividade de excelência de iniciativa pessoal e convivência com os outros.

Não existindo qualquer tipo de relação entre as variáveis assertividade e passividade constata-se que a barreira que separa sujeitos assertivos dos sujeitos passivos entra na esfera da *resiliência* e da prática de *actividade física*.

O facto dos sujeitos passivos conseguirem demonstrar boas intenções comportamentais não significa que estejam socialmente bem integrados e que sejam pessoas eficazes na resolução dos problemas com se confrontam diariamente.

Da mesma forma, os sujeitos ditos passivos, para além de agirem ou tenderem a agir conforme o socialmente estabelecido mais facilmente respondem às questões propostas de acordo com o que pensam ser o mais correcto e desejável, minimizando assim alguma surpresa suscitada por estes resultados.

Estilos de Vida/Intenções Comportamentais

Os estilos de vida aparecem associados a todas as variáveis em estudo. De acordo com a hipótese inicial, os jovens que apresentam melhores intenções comportamentais são os mais assertivos e os mais resilientes.

Detalhadamente, procede-se à análise de cada categoria do QUACS aprofundando os resultados encontrados na tentativa de um maior enriquecimento da presente investigação.

Relativamente à categoria *exercício físico* verifica-se uma relação directa com todas as variáveis em estudo à excepção da segurança motorizada e uma relação negativa com a passividade.

A prática de exercício físico possibilita uma expressão eficaz de sentimentos e opiniões, um maior cuidado ao nível dos hábitos alimentares, da prevenção de doenças, do uso de drogas ou similares e conseqüentemente ultrapassam positivamente as adversidades e permite alcançar um melhor estilo de vida. Por tudo o que foi até aqui referido os jovens que praticam exercício físico têm uma resposta menos passiva perante eles próprios e os outros, Matos, (2005) salienta que proporcionar aos jovens experiências positivas e vivências de sucesso através da actividade física conduz eficazmente à adopção de estilos de vida autónomos.

A *nutrição* aparece relacionada positivamente com todas as variáveis em estudo o que permite reflectir sobre o importante papel da Educação Alimentar na actualidade. A temática da nutrição tem subjacente não só a saúde física mas também as questões da imagem corporal,

A categoria do *auto-cuidado* encontra-se igualmente relacionada positivamente com todas as variáveis em estudo com a excepção da resiliência. Este facto indica que um jovem capaz de prevenir precocemente doenças seguindo uma conduta cuidadosa face à sua saúde não significa que perante um acontecimento de vida stressante adopte as estratégias mais eficazes para o ultrapassar. O facto de ser uma pessoa cautelosa não é uma característica suficiente para se prever uma boa capacidade de resiliência. Estes resultados fazem sentido se se considerar a situação extrema de hipocondria, onde se observam sujeitos altamente atentos aos sinais emitidos pelo corpo no entanto, apresentam muitas vezes fragilidades emocionais e índices de depressão elevados. Assim, a educação para a saúde e as campanhas de prevenção de doenças são importantes mas por si só são insuficientes para se fomentar a capacidade de resiliência.

As boas intenções comportamentais associadas à *segurança motorizada* relacionam-se positivamente com o cuidado pessoal, alimentar e com o uso de drogas ou similares o que permite alcançar um estilo de vida saudável. Contudo esta também não é condição suficiente para se fomentar comportamentos assertivos e a construção da resiliência. Pelo contrário, verifica-se mesmo que os sujeitos que tem mais cuidados na estrada tem uma conduta mais passiva.

Socialmente espera-se que as pessoas não conduzam sob o efeito de substâncias químicas, convencionou-se o uso do cinto de segurança e os limites de velocidade. Se centrarmos esta questão ao público-alvo deste estudo rapidamente se compreende estes resultados, já que os jovens frequentemente desafiam os limites da vida, são atraídos pelo risco e optam por condutas menos conformistas.

Quanto ao cuidado com o *uso de drogas ou similares* constata-se uma associação com a prática de exercício físico, com os cuidados pessoais e alimentares e com uma conduta mais segura na estrada o que conduz um bom estilo de vida. Realça-se a prática de exercício físico como uma alternativa positiva que poderá evitar caminhos de risco para o jovem.

Esta categoria por si só também não permite potenciar comportamentos assertivos e consequentemente construir a capacidade de enfrentar de uma forma adaptada as adversidades da vida.

Realça-se ainda a questão da relação positiva entre o cuidado com o uso de drogas e similares e a passividade. O que se pode observar é que o cuidado com o uso de substâncias químicas não pode ser explicado pela assertividade. A adoção de comportamentos assertivos por si só não explica o cuidado com o uso de drogas até porque este cuidado está positivamente relacionado com a passividade o que pode sugerir que jovens que vivem bem sem recorrer a substâncias químicas não o fazem por serem assertivos mas sim por terem medo de desafiar o socialmente estabelecido, medo do risco, pouco espírito de procurar novas experiências.

2- Será que a idade está relacionada com a assertividade, com a resiliência e com as intenções comportamentais?

De acordo com os resultados encontrados, parece que apenas podemos verificar que quanto maior a idade menos exercício físico se pratica. Estes resultados, não surpreendentes, confirmam que o exercício físico deixa de ser prioritário na vida dos jovens à medida que a idade e escolaridade aumenta, o que se pode dever ao facto de deixar de existir a disciplina de educação física nos graus académicos superiores. No que diz respeito às restantes variáveis em estudo os resultados não são conclusivos.

3- Será que as diferenças de género condicionam de alguma forma os comportamentos assertivos, a resiliência e as intenções comportamentais?

Não parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas no que diz respeito à assertividade, contrariamente ao que nos indica a literatura, que refere as raparigas como sendo mais assertivas que o sexo oposto (Matos, 2005).

Pelo contrario, as raparigas são indicadas como mais passivas que os rapazes. Em grande parte da literatura, os rapazes utilizam com mais frequência estratégias agressivas no relacionamento interpessoal (Matos, 2005).

As raparigas podem ter sido submetidas ao fenómeno da desejabilidade social implícita ou explícita na construção do questionário da assertividade onde a fronteira entre rebeldia e respeito pelo próximo parece sombria.

Os rapazes apresentam-se mais resilientes que as raparigas, contrariamente à literatura existente (Rutter, 1970, in Yunes, 2003).

Quanto aos estilos de vida os rapazes praticam mais exercício físico, o que pode explicar a maior capacidade que eles têm de gerir as adversidades da vida, já que na presente investigação os rapazes são mais resilientes que as raparigas.

As raparigas tem mais comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças (auto cuidado), são mais preocupadas com a nutrição, funcionam sem necessidade de substâncias químicas (uso de drogas ou similares) e com a segurança motorizada. Curiosamente estas são as variáveis que se mostram relacionadas com a passividade.

A uniformização crescente das oportunidades educacionais e culturais para ambos os sexos pode ter conduzido a profundas alterações nos comportamentos dos jovens, relativamente à expressão dos afectos e à capacidade de ultrapassarem os traumatismos que surgem na vida dos jovens.

- 4- Será que o número de anos de reprovação condiciona a assertividade, a resiliência e as intenções comportamentais dos jovens?

Os resultados são conclusivos até certo ponto, no que diz respeito ao número de anos que os jovens reprovam na escola. Encontra-se uma relação inversa entre o número de anos de reprovação, ou seja o insucesso escolar, e o cuidado com o uso de substâncias químicas. Assim, os jovens que mais reprovam têm uma menor capacidade de funcionar sem recorrer ao uso de substâncias químicas.

Considerando que a presente investigação decorreu sob os procedimentos habituais de uma pesquisa científica é de toda a pertinência reflectir sobre as limitações que envolveram toda a investigação:

Uma das limitações da presente investigação relaciona-se com os instrumentos utilizados: pela antiguidade/desactualização da Escala de Assertividade de Rathus e pelas fracas propriedades psicométricas da Escala de Resiliência. Considera-se uma forte restrição, a escassa metodologia existente para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes, sobretudo motivada pela actualidade do fenómeno resiliência. A escala *BRCs* apresentava uma consistência interna de 0,69 e após a sua adaptação apresenta um modesto *Alpha de Cronbach* de 0,53. Constata-se que o facto de ser uma escala breve se revela conveniente sobretudo

quando se trata da administração a uma população jovens, contudo a consistência interna da escala parece ser afectada.

Analisando os itens da escala de assertividade verificamos que alguns deles são claramente tendenciosos no sentido da resposta pretendida socialmente. A sociedade, de uma forma geral, e a escola, de uma forma restrita, continuam a privilegiar comportamentos passivos, daí que as raparigas se sintam na obrigação de agir em conformidade com as expectativas socialmente estabelecidas, enquanto que os rapazes, tal como indica a literatura apresentam mais comportamentos agressivos (Matos, 2005). A escala e o próprio conceito de assertividade constitui uma limitação em si mesmo pelas fronteiras ambíguas que se estabelece entre a rebeldia e o socialmente aceite (respeito pelo outro), nomeadamente nos itens: 3- quando a comida num restaurante não me satisfaz queixo-me ao empregado; 4- tenho cuidado em não ferir os sentimentos dos outros mesmo quando sinto que eles me magoaram; 23- sinto muitas vezes dificuldade quando tenho de dizer não; 24- apresento queixas quando fico mal servido num restaurante ou noutra local; 28- alguém que tenta passar à frente numa bicha arrisca-se a ter de me dar uma boa explicação.

Quanto à escala de intenções comportamentais, as categorias da nutrição, segurança motorizada, auto-cuidado e uso de drogas ou similares podem ser igualmente analisadas segundo esta perspectiva, já que analisando detalhadamente os itens que as constituem se verifica de forma implícita uma forte componente social, ou seja, trata-se de categorias fortemente marcadas pela deseabilidade social, daí que apareçam associadas à passividade, observe-se algumas questões: 18- evito ingerir alimentos com gordura; 26- evito mudar de parceiro sexual; 13- não guio quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais; 7- não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia; 16- evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.

De facto analisando aprofundadamente cada categoria, os itens referentes ao exercício físico têm implícita uma maior autonomia de resposta e não são tão condicionados pelo que é esperado que se responda.

Acrescenta-se o facto de na actualidade continuarem a ser as raparigas as que mais se preocupam com a imagem e o corpo de forma a conseguirem atingir o ideal de mulher estabelecido socialmente. Neste sentido, a passividade é abordada mais como uma forma de adaptação social, possível indicador de bom relacionamento interpessoal (que atinge o mundo da pessoa assertiva) mais do que propriamente a pessoa que não expressa os seus próprios direitos e sentimentos. Alguns autores referem a pessoa passiva como mais introspectiva, mais reflexiva nos seus actos, qualidade importante no relacionamento interpessoal que mais uma vez toca a esfera da assertividade.

Uma das principais limitações desta investigação prende-se com a relatividade dos factores das variáveis em estudo, ou seja, um factor aparentemente de protecção da saúde pode noutro contexto surgir como um factor de risco. Este facto foi evidente no que diz respeito à resiliência em varias situações. Constatou-se que o facto de um jovem se mostrar preocupado com a sua saúde não é preditivo de uma boa capacidade de resiliência. Assim sendo, é muito importante abordar todas as variáveis em estudo de uma forma interdisciplinar. Vanistendael (1999) afirma que qualquer factor protector contém um risco de perversão.

Apesar das limitações supracitadas a presente investigação procurou dar um contributo positivo sobretudo nos campos da educação para a saúde, confirmando a pertinência de cada vez mais se consciencializar e responsabilizar os jovens pelos seus projectos de vida bem como no domínio da avaliação em psicologia da saúde a adaptação da escala de resiliência poderá servir para a concretização de futuras investigações.

Tendo em vista futuras pesquisas, com as mesmas linhas orientadoras deste trabalho, seria interessante ter em conta algumas observações que poderão constituir um ponto de partida:

Na literatura existente salienta-se o sofrimento psíquico como uma variável fundamental a ter em conta no estudo da resiliência, uma vez que a esta poderá ser uma forma, ainda que adequada, de camuflar o sofrimento psíquico existente (Anaut, 2005). Dada a complexidade do estudo da resiliência, quer a nível conceptual, quer a nível metodológico, seria pertinente considerar um instrumento que operacionalize o sofrimento psíquico, sob a forma, por exemplo, de uma escala de depressão, ansiedade

ou de bem-estar psicológico. Preferencialmente esta última de forma a enquadrá-la nos contornos da Psicologia Positiva que serviu de suporte à presente investigação.

Uma proposta igualmente estimulante seria a realização de um estudo com estudantes universitários que vivem longe da família de forma a controlar o fenómeno da desajustabilidade social. Será que jovens que vivem longe da família têm uma maior autonomia de resposta?

A Psicologia da Saúde é uma área em desenvolvimento, ao nível do ensino, da investigação e prática (Ogden, 2000). Reflectir o futuro desta área, em expansão, permite reflectir toda a formação em psicologia e a sua importância no estudo de outras áreas do campo da saúde. Pensar a dialéctica corpo/mente, tem implicações óbvias na intervenção do Psicólogo Clínico, que se confronta com um novo desafio: descentrar da doença mental. Um olhar positivo sobre o conceito *saúde* permite ao profissional de psicologia da saúde procurar actuar, cada vez mais, junto dos indivíduos saudáveis, permitindo o desenvolvimento de metodologias que facilitam o processo de mudança de comportamentos, promovendo a saúde e prevenindo a doença (Aguilar et al, 2004).

A intervenção na área da saúde escolar constitui oportunidade para implementar a aquisição precoce de comportamentos de saúde (Trindade e Teixeira, 1998). Assim, os resultados esperados permitirão a criação de programas de intervenção em saúde escolar com a finalidade de desenvolver estas potencialidades nos jovens.

Será indispensável uma maior formação na área da Educação para a Saúde ao nível dos profissionais de saúde e educadores.

Tornar-se-á pertinente uma maior inclusão de psicólogos nas Câmaras Municipais, Escolas, e Centros de Saúde.

Aos educadores poder-se-á alertar para a necessidade de um desenvolvimento psicológico centrado no reforço da autonomia, independência e competências sociais.

Garnezy (1987, in Matos, 2005) chama atenção para o facto da resiliência não ser conseguida apenas com o empenho pessoal e familiar. É necessário que também as comunidades e as instituições governamentais desenvolvam esforços para a promoção da resiliência.

«Os jovens são o garante do futuro para a Humanidade, e a herança que os adultos lhes deixarem será determinante» (Duque, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. S., Gonçalves M. , Machado, C. , Simões M.R. (Org.). Escala de Assertividade de Rathus (Versão Portuguesa). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, IV. Braga, APPORT, 1996, pp. 357-363.

Anaut, M. (2005). *A Resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Bishop, George D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. London: Allyn and Bacon.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Cartledge, G., & Milburn, J. F. (1978). The case for teaching social skills in the classroom. *Review of Educational Research*, 1, 133-156.

Calmeiro, L. & Matos (2004). *Psicologia do exercício e da saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.

Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Danish, S., Petitpas, A. & Hale, B. (1992). A developmental-educational model of sport psychology. *The Sport Psychologist*, 6, 403-415.

Detry, B. & Castro, M.S.L.F. (1990). *O Teste de Frustração de S.Rosenzweig*. Lisboa: INIC.

Goldstein, S. & Brooks, R.B. (2005) - *Handbook of Resilience in Children*. New York: KA/PP.

Gresham, F.M. Elliot, S. N. (1990). *Social skills rating system: Manual*. Circle Pines, M.N: American Guidance Service.

Haeberlin, L., Shawn A., Texas H. & Texas L. (1997). *Social skills instruction for students with learning disabilities*. Retrieved March 3, 2003 from <http://www.louisville.edu/edu/edsp/faculty-staff/edge/class-projects>.

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

Matos, M. G.(1998).*Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: FMH Edições.

Matos, M.G. (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: FMH Edições.

Matos, M. G. Simões, C., Carvalhosa, S, Reis, C.(1998). *A saúde nos adolescentes portugueses*. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS Faculdade de Motricidade Humana /Programa de Educação Para Todos – Saúde.

OMS (2002) Rapport sur la santé dans le monde «Réduire les risques et promouvoir une vie saine» : Genève : OMS.

Pais Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Pais Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças, *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 387-395.

Pais Riberiro,J. (2005). O importante é a saúde. Fundação Marck Sharp & Dohme.

Pesce,R.P., Assiss, S.G., Santos, N. & Oliveira, R.V.C.(2004). Risco e Protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia:Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

Pinheiro, D.P.N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*. 19,(1), 67-75 Maringá.

- Rathus, S.A. (1973). A 30-item Schedule for assessing behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Resgate, I. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diferenciadas de Portugal: *Análise Psicológica*, 3 (XIX): 345-364.
- Rotheram, M. J., Armstrong, M., & Booraem, C. (1982). Assertiveness training in fourth and fifth grade children. *American Journal of Community Psychology* 10 (5), 567-582.
- Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. (2003). The Development and Psychometric Evaluation of Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 10, 1-9.
- Step toe, A. & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485-502.
- Step toe, A. & Wardle, J. (1994). What the experts think: a European survey of expert opinion about the influence of lifestyles on health. *European Journal of Epidemiology*, 10, 195-203.
- Trindade, I. & Carvalho Teixeira, J. A. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde, *Análise Psicológica*, 2 (XVII), 217-229.
- Vickers, R.R., Conway, T. R. & Hervig, L.K. (1990). Demonstrations of replicable dimensions of health behaviours. *Preventive Medicine*, 19, 377- 401.
- WHO (1978) Primary health care. Report of the International Conference of primary health care, *Alma-Ata : USSR*.
- WHO (1986). *Young people's health- a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series, 731. Geneva: World Health Organization.

Yunes, M.A. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*.(18),75-84 Maringá.

ANEXOS

Psicóloga da Escola Profissional de Oliveira do Hospital, Tábua e Arganil.

Este trabalho realiza-se no âmbito do Mestrado de Psicologia da Saúde e os resultados serão publicados numa revista científica que poderá futuramente consultar.

As respostas obtidas são anónimas e confidenciais (não tem de se identificar e só eu terei acesso aos dados), sendo o seu uso exclusivo para investigação.

Se necessitar de mais informações contacte: ritamorais41@hotmail.com.

Muito obrigado pela sua colaboração!

IDADE _____

SEXO M F

ESCOLARIDADE/ ANO/ CURSO _____

JÁ REPROVOU? SIM NÃO EM QUE ANO (S) _____

LOCALIDADE DE RESIDÊNCIA _____

AGREGADO FAMILIAR:

PAI

MÃE

IRMÃO(S) QUANTOS? _____

OUTROS _____

BRCS

De que forma as seguintes afirmações descrevem o seu comportamento e acções numa escala de 1 a 5, em que 1 significa que a afirmação não o descreve de forma alguma e o 5 descreve-o totalmente:

- 5-Quase sempre
- 4-Com muita frequência
- 3-Muitas vezes
- 2-Ocasionalmente
- 1-Quase nunca

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Procuro formas criativas de superar situações difíceis.	5	4	3	2	1
Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reacções.	5	4	3	2	1
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis	5	4	3	2	1
Procuro activamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.	5	4	3	2	1

Escala de Assertividade de Rathus

Indique em que modo as seguintes afirmações são características ou descritivas do seu comportamento. Partindo da escala abaixo indicada atribua uma nota a cada afirmação:

- 5-Muito característica
- 4-Característica
- 3-Mais ou menos característica
- 2-Pouco característica
- 1-Muito pouco característica
- 0- Nada característica

	Muito Característica	Característica	Mais ou menos Característica	Pouco Característica	Muito pouco Característica	Nada Característica
1-Parece que a maior parte das pessoas são mais agressivas e defendem melhor os seus direitos do que eu.	5	4	3	2	1	0
2- Acontece-me, por timidez, hesitar na altura de marcar ou ser convidado para um encontro.	5	4	3	2	1	0
3- Quando a comida num restaurante não me satisfaz queixo-me ao empregado ou empregada.	5	4	3	2	1	0
4- Tenho cuidado em não ferir os sentimentos dos outros mesmo quando sinto que eles me magoaram.	5	4	3	2	1	0

5- Se um vendedor teve muito trabalho para me mostrar um artigo que não me convém perfeitamente torna-se-me difícil dizer não.	5	4	3	2	1	0
6- Quando me pedem para fazer qualquer coisa insisto para saber a razão.	5	4	3	2	1	0
7- Há ocasiões em que procuro uma boa e vigorosa discussão.	5	4	3	2	1	0
8- Luto para, na minha profissão, me sair tão bem como os outros	5	4	3	2	1	0
9- Para falar com franqueza, as pessoas tiram muitas vezes partido de mim.	5	4	3	2	1	0
10- Dá-me prazer estabelecer conversa com recém-conhecidos ou estranhos.	5	4	3	2	1	0
11- Muitas vezes não sei o que dizer a pessoas atraentes do sexo oposto.	5	4	3	2	1	0
12- Hesitaria em telefonar para um grande estabelecimento comercial ou para uma administração.	5	4	3	2	1	0
13- Preferia candidatar-me a um emprego por carta em vez de o fazer por uma entrevista pessoal.	5	4	3	2	1	0
14- Sinto-me embaraçado ao devolver uma mercadoria.	5	4	3	2	1	0

15- Se um familiar próximo e respeitado me aborrece eu escondo os meus sentimentos em vez de exprimir a minha má disposição.	5	4	3	2	1	0
16- Já me aconteceu evitar pôr questões com medo de parecer estúpido.	5	4	3	2	1	0
17- Durante uma discussão acesa tenho, muitas vezes, medo de ficar perturbado ao ponto de começar a tremer.	5	4	3	2	1	0
18- Se um conferencista famoso e conceituado diz qualquer coisa que eu acho inexacto gostaria que o publico ouvisse, também, o meu ponto de vista.	5	4	3	2	1	0
19- Evito discutir os preços com os representantes e vendedores.	5	4	3	2	1	0
20- Quando faço qualquer coisa importante e válido procuro que os outros tomem conhecimento disso.	5	4	3	2	1	0
21- Sou aberto e franco no que diz respeito aos meus sentimentos.	5	4	3	2	1	0
22- Se alguém espalhou histórias falsas e de mau gosto a meu respeito vou imediatamente procurá-lo para uma explicação.	5	4	3	2	1	0

23- Sinto muitas vezes dificuldade quando tenho de dizer não.	5	4	3	2	1	0
24- Tenho mais tendência a controlar as emoções do que a entrar em confronto.	5	4	3	2	1	0
25- Apresento queixas quando fico mal servido num restaurante ou noutro local.	5	4	3	2	1	0
26- Muitas vezes não sei que dizer quando me fazem um elogio.	5	4	3	2	1	0
27- No cinema, no teatro ou numa conferência se há duas pessoas perto de mim a falarem em voz alta, peço-lhe que se caíem ou mudem de lugar.	5	4	3	2	1	0
28- Alguém que tenta passar à frente numa fila arrisca-se a ter que me dar uma boa explicação.	5	4	3	2	1	0
29- Sou rápido na expressão das minhas opiniões.	5	4	3	2	1	0
30- Há momentos em que não sei o que dizer.	5	4	3	2	1	0

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)

B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)

C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)

D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)

E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase Sempre	Com muita Frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p.ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.).	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	A	B	C	D	E

Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	A	B	C	D	E
Bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia.	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial.	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	A	B	C	D	E
Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> .	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc) quando bebo demais ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	A	B	C	D	E

Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	A	B	C	D	E
Evito fumar.	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura.	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes.	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc).	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos.	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual.	A	B	C	D	E

Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	A	B	C	D	E

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 1

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		idade	anorep	assertiv	passiv
N		501	492	501	501
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	17.9062	.9959	3.1086	2.7032
	Std. Deviation	2.05650	.89805	.67545	.81735
Most Extreme Differences	Absolute	.176	.264	.049	.054
	Positive	.176	.264	.034	.022
	Negative	-.090	-.189	-.049	-.054
Kolmogorov-Smirnov Z		3.949	5.866	1.093	1.198
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000	.183	.113

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod
N		501	501	501	500
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3.1018	2.8559	3.5328	3.7400
	Std. Deviation	1.18662	1.03618	.66931	.99540
Most Extreme Differences	Absolute	.097	.067	.056	.120
	Positive	.083	.067	.032	.103
	Negative	-.097	-.055	-.056	-.120
Kolmogorov-Smirnov Z		2.167	1.505	1.264	2.685
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.022	.082	.000

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ev_Drog	EV	Resil
N		501	501	501
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3.7898	3.4422	3.5584
	Std. Deviation	.84750	.58672	.65285
Most Extreme Differences	Absolute	.099	.041	.084
	Positive	.077	.030	.077
	Negative	-.099	-.041	-.084
Kolmogorov-Smirnov Z		2.215	.923	1.891
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.362	.002

- a. Test distribution is Normal.
 b. Calculated from data.

ANEXO 2

Nonparametric Correlations

Correlations

			assertiv	passiv	ev_ExercFis
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	1.000	.007	.225**
		Sig. (2-tailed)	.	.878	.000
		N	501	501	501
	passiv	Correlation Coefficient	.007	1.000	-.093*
		Sig. (2-tailed)	.878	.	.037
		N	501	501	501
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.225**	-.093*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.037	.
		N	501	501	501
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	.113*	.158**	.269**
		Sig. (2-tailed)	.011	.000	.000
		N	501	501	501
	ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.108*	.103*	.171**
		Sig. (2-tailed)	.016	.021	.000
		N	501	501	501
	ev_SegRod	Correlation Coefficient	.073	.105*	.034
		Sig. (2-tailed)	.104	.019	.447
		N	500	500	500
	ev_Drog	Correlation Coefficient	.015	.108*	.138**
		Sig. (2-tailed)	.735	.015	.002
		N	501	501	501
	EV	Correlation Coefficient	.156**	.130**	.426**
		Sig. (2-tailed)	.000	.004	.000
		N	501	501	501
	Resil	Correlation Coefficient	.272**	-.080	.251**
		Sig. (2-tailed)	.000	.073	.000
		N	501	501	501

Correlations

			ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	.113*	.108*	.073
		Sig. (2-tailed)	.011	.016	.104
		N	501	501	500
	passiv	Correlation Coefficient	.158**	.103*	.105*
		Sig. (2-tailed)	.000	.021	.019
		N	501	501	500
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.269**	.171**	.034
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.447
		N	501	501	500
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	1.000	.439**	.159**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	501	501	500
ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.439**	1.000	.393**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	
	N	501	501	500	
ev_SegRod	Correlation Coefficient	.159**	.393**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	
	N	500	500	500	
ev_Drog	Correlation Coefficient	.318**	.441**	.294**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	501	501	500	
EV	Correlation Coefficient	.698**	.824**	.507**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	501	501	500	
Resil	Correlation Coefficient	.097*	.075	.001	
	Sig. (2-tailed)	.031	.095	.979	
	N	501	501	500	

Correlations

			ev_Drog	EV	Resil
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	.015	.156**	.272**
		Sig. (2-tailed)	.735	.000	.000
		N	501	501	501
	passiv	Correlation Coefficient	.108*	.130**	-.080
		Sig. (2-tailed)	.015	.004	.073
		N	501	501	501
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.138**	.426**	.251**
		Sig. (2-tailed)	.002	.000	.000
		N	501	501	501
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	.318**	.698**	.097*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.031
		N	501	501	501
ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.441**	.824**	.075	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.095	
	N	501	501	501	
ev_SegRod	Correlation Coefficient	.294**	.507**	.001	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.979	
	N	500	500	500	
ev_Drog	Correlation Coefficient	1.000	.679**	.068	
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.128	
	N	501	501	501	
EV	Correlation Coefficient	.679**	1.000	.144**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.001	
	N	501	501	501	
Resil	Correlation Coefficient	.068	.144**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.128	.001	.	
	N	501	501	501	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 3

T-Test

Group Statistics

	sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
assertiv	feminino	268	3.0864	.63368	.03871
	masculino	233	3.1340	.72105	.04724
passiv	feminino	268	2.8016	.80430	.04913
	masculino	233	2.5900	.81931	.05367
EV	feminino	268	3.4845	.60218	.03678
	masculino	233	3.3935	.56580	.03707
ev_AutoCuidd	feminino	268	3.5936	.65619	.04008
	masculino	233	3.4627	.67876	.04447

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
assertiv	Equal variances assumed	1.893	.169
	Equal variances not assumed		
passiv	Equal variances assumed	.058	.809
	Equal variances not assumed		
EV	Equal variances assumed	.835	.361
	Equal variances not assumed		
ev_AutoCuidd	Equal variances assumed	.000	.987
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
assertiv	Equal variances assumed	-.787	499	.432	-.04764
	Equal variances not assumed	-.780	465.713	.436	-.04764
passiv	Equal variances assumed	2.911	499	.004	.21158
	Equal variances not assumed	2.908	486.732	.004	.21158
EV	Equal variances assumed	1.736	499	.083	.09107
	Equal variances not assumed	1.744	495.983	.082	.09107
ev_AutoCuidd	Equal variances assumed	2.191	499	.029	.13088
	Equal variances not assumed	2.186	484.338	.029	.13088

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
assertiv	Equal variances assumed	.06052	-.16656	.07127
	Equal variances not assumed	.06107	-.16765	.07237
passiv	Equal variances assumed	.07267	.06880	.35436
	Equal variances not assumed	.07277	.06861	.35455
EV	Equal variances assumed	.05245	-.01198	.19412
	Equal variances not assumed	.05222	-.01153	.19367
ev_AutoCuidd	Equal variances assumed	.05972	.01354	.24823
	Equal variances not assumed	.05987	.01325	.24851

ANEXO 4

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ev_ExercFis	feminino	268	211.98	56810.50
	masculino	233	295.88	68940.50
	Total	501		
ev_Nutr	feminino	268	267.02	71562.00
	masculino	233	232.57	54189.00
	Total	501		
ev_SegRod	feminino	267	266.34	71111.50
	masculino	233	232.35	54138.50
	Total	500		
ev_Drog	feminino	268	270.45	72480.50
	masculino	233	228.63	53270.50
	Total	501		
Resil	feminino	268	237.71	63706.00
	masculino	233	266.29	62045.00
	Total	501		
assertiv	feminino	268	245.79	65871.50
	masculino	233	256.99	59879.50
	Total	501		
passiv	feminino	268	269.12	72123.00
	masculino	233	230.16	53628.00
	Total	501		
ev_AutoCuidd	feminino	268	264.75	70954.00
	masculino	233	235.18	54797.00
	Total	501		
EV	feminino	268	260.32	69766.00
	masculino	233	240.28	55985.00
	Total	501		

Test Statistics^a

	ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_SegRod	ev_Drog	Resil	assertiv
Mann-Whitney U	20764.500	26928.000	26877.500	26009.500	27660.000	29825.500
Wilcoxon W	56810.500	54189.000	54138.500	53270.500	63706.000	65871.500
Z	-6.493	-2.661	-2.644	-3.232	-2.219	-.865
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.008	.008	.001	.026	.387

Test Statistics^a

	passiv	ev_AutoCuidd	EV
Mann-Whitney U	26367.000	27536.000	28724.000
Wilcoxon W	53628.000	54797.000	55985.000
Z	-3.005	-2.283	-1.546
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003	.022	.122

a. Grouping Variable: sexo

ANEXO 5

Nonparametric Correlations

Correlations

		assertiv	passiv	ev_ExercFis	
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	1.000	.007	.225**
		Sig. (2-tailed)	.	.878	.000
		N	501	501	501
	passiv	Correlation Coefficient	.007	1.000	-.093*
		Sig. (2-tailed)	.878	.	.037
		N	501	501	501
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.225**	-.093*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.037	.
		N	501	501	501
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	.113*	.158**	.269**
		Sig. (2-tailed)	.011	.000	.000
		N	501	501	501
	ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.108*	.103*	.171**
		Sig. (2-tailed)	.016	.021	.000
		N	501	501	501
ev_SegRod	Correlation Coefficient	.073	.105*	.034	
	Sig. (2-tailed)	.104	.019	.447	
	N	500	500	500	
ev_Drog	Correlation Coefficient	.015	.108*	.138**	
	Sig. (2-tailed)	.735	.015	.002	
	N	501	501	501	
EV	Correlation Coefficient	.156**	.130**	.426**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.000	
	N	501	501	501	
Resil	Correlation Coefficient	.272**	-.080	.251**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.073	.000	
	N	501	501	501	
idade	Correlation Coefficient	.015	-.052	-.146**	
	Sig. (2-tailed)	.733	.242	.001	
	N	501	501	501	
anorep	Correlation Coefficient	-.020	.059	-.086	
	Sig. (2-tailed)	.652	.188	.056	
	N	492	492	492	

Correlations

			ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	.113*	.108*	.073
		Sig. (2-tailed)	.011	.016	.104
		N	501	501	500
	passiv	Correlation Coefficient	.158**	.103*	.105*
		Sig. (2-tailed)	.000	.021	.019
		N	501	501	500
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.269**	.171**	.034
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.447
		N	501	501	500
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	1.000	.439**	.159**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	501	501	500
	ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.439**	1.000	.393**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	501	501	500
ev_SegRod	Correlation Coefficient	.159**	.393**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	
	N	500	500	500	
ev_Drog	Correlation Coefficient	.318**	.441**	.294**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	501	501	500	
EV	Correlation Coefficient	.698**	.824**	.507**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	501	501	500	
Resil	Correlation Coefficient	.097*	.075	.001	
	Sig. (2-tailed)	.031	.095	.979	
	N	501	501	500	
idade	Correlation Coefficient	-.086	.022	.083	
	Sig. (2-tailed)	.053	.631	.064	
	N	501	501	500	
anorep	Correlation Coefficient	.025	-.012	-.064	
	Sig. (2-tailed)	.578	.785	.156	
	N	492	492	491	

Correlations

			ev_Drog	EV	Resil
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	.015	.156**	.272**
		Sig. (2-tailed)	.735	.000	.000
		N	501	501	501
	passiv	Correlation Coefficient	.108*	.130**	-.080
		Sig. (2-tailed)	.015	.004	.073
		N	501	501	501
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	.138**	.426**	.251**
		Sig. (2-tailed)	.002	.000	.000
		N	501	501	501
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	.318**	.698**	.097*
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.031
		N	501	501	501
	ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.441**	.824**	.075
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.095
		N	501	501	501
	ev_SegRod	Correlation Coefficient	.294**	.507**	.001
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.979
		N	500	500	500
	ev_Drog	Correlation Coefficient	1.000	.679**	.068
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.128
N		501	501	501	
EV	Correlation Coefficient	.679**	1.000	.144**	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.001	
	N	501	501	501	
Resil	Correlation Coefficient	.068	.144**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.128	.001	.	
	N	501	501	501	
idade	Correlation Coefficient	.000	-.028	.054	
	Sig. (2-tailed)	.992	.526	.225	
	N	501	501	501	
anorep	Correlation Coefficient	-.142**	-.063	-.080	
	Sig. (2-tailed)	.002	.166	.076	
	N	492	492	492	

Correlations

			idade	anorep
Spearman's rho	assertiv	Correlation Coefficient	.015	-.020
		Sig. (2-tailed)	.733	.652
		N	501	492
	passiv	Correlation Coefficient	-.052	.059
		Sig. (2-tailed)	.242	.188
		N	501	492
	ev_ExercFis	Correlation Coefficient	-.146**	-.086
		Sig. (2-tailed)	.001	.056
		N	501	492
	ev_Nutr	Correlation Coefficient	-.086	.025
		Sig. (2-tailed)	.053	.578
		N	501	492
	ev_AutoCuidd	Correlation Coefficient	.022	-.012
		Sig. (2-tailed)	.631	.785
		N	501	492
ev_SegRod	Correlation Coefficient	.083	-.064	
	Sig. (2-tailed)	.064	.156	
	N	500	491	
ev_Drog	Correlation Coefficient	.000	-.142**	
	Sig. (2-tailed)	.992	.002	
	N	501	492	
EV	Correlation Coefficient	-.028	-.063	
	Sig. (2-tailed)	.526	.166	
	N	501	492	
Resil	Correlation Coefficient	.054	-.080	
	Sig. (2-tailed)	.225	.076	
	N	501	492	
idade	Correlation Coefficient	1.000	.194**	
	Sig. (2-tailed)	.	.000	
	N	501	492	
anorep	Correlation Coefficient	.194**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	492	492	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 6

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade	501	15.00	25.00	17.9062	2.05650
anorep	492	.00	6.00	.9959	.89805
Valid N (listwise)	492				

NPar Tests: Kruskal-Wallis, por idade

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
assertiv	501	3.1086	.67545	.31	5.00
passiv	501	2.7032	.81735	.00	4.65
ev_ExercFis	501	3.1018	1.18662	1.00	5.00
ev_Nutr	501	2.8559	1.03618	.80	5.00
ev_AutoCuidd	501	3.5328	.66931	1.00	4.91
ev_SegRod	500	3.7400	.99540	.33	5.00
ev_Drog	501	3.7898	.84750	1.50	5.00
EV	501	3.4422	.58672	1.46	4.86
Resil	501	3.5584	.65285	1.50	5.00
idade	501	17.9062	2.05650	15.00	25.00

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	idade	N	Mean Rank
assertiv	15.00	47	270.78
	16.00	73	225.25
	17.00	123	252.74
	18.00	105	256.85
	19.00	64	242.17
	20.00	36	286.28
	21.00	22	201.70
	22.00	12	287.92
	23.00	6	291.25
	24.00	8	214.88
	25.00	5	272.20
Total	501		
passiv	15.00	47	267.89
	16.00	73	266.18
	17.00	123	240.79
	18.00	105	250.62
	19.00	64	268.22
	20.00	36	261.72
	21.00	22	209.34
	22.00	12	235.46
	23.00	6	128.75
	24.00	8	290.88
	25.00	5	135.40
Total	501		

Ranks

	idade	N	Mean Rank
ev_Drog	15.00	47	290.95
	16.00	73	267.26
	17.00	123	224.15
	18.00	105	230.44
	19.00	64	261.38
	20.00	36	249.71
	21.00	22	270.27
	22.00	12	285.54
	23.00	6	290.00
	24.00	8	268.81
	25.00	5	363.90
	Total	501	
EV	15.00	47	288.04
	16.00	73	276.71
	17.00	123	224.47
	18.00	105	236.10
	19.00	64	256.48
	20.00	36	245.90
	21.00	22	256.11
	22.00	12	239.17
	23.00	6	319.58
	24.00	8	308.06
	25.00	5	291.70
	Total	501	
Resil	15.00	47	241.03
	16.00	73	227.55
	17.00	123	256.78
	18.00	105	262.38
	19.00	64	237.89
	20.00	36	264.96
	21.00	22	208.39
	22.00	12	270.04
	23.00	6	308.75
	24.00	8	272.38
	25.00	5	411.60
	Total	501	

Test Statistics^{a,b}

	assertiv	passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod
Chi-Square	10.168	13.200	26.509	10.489	18.827	7.025
df	10	10	10	10	10	10
Asymp. Sig.	.426	.213	.003	.399	.043	.723

Test Statistics^{a,b}

	ev_Drog	EV	Resil
Chi-Square	15.917	13.857	13.422
df	10	10	10
Asymp. Sig.	.102	.180	.201

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: idade

NPar Tests: Kruskal-Wallis, por anos de repet.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
assertiv	501	3.1086	.67545	.31	5.00
passiv	501	2.7032	.81735	.00	4.65
ev_ExercFis	501	3.1018	1.18662	1.00	5.00
ev_Nutr	501	2.8559	1.03618	.80	5.00
ev_AutoCuidd	501	3.5328	.66931	1.00	4.91
ev_SegRod	500	3.7400	.99540	.33	5.00
ev_Drog	501	3.7898	.84750	1.50	5.00
EV	501	3.4422	.58672	1.46	4.86
Resil	501	3.5584	.65285	1.50	5.00
anorep	492	.9959	.89805	.00	6.00

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	anorep	N	Mean Rank
assertiv	.00	154	240.85
	1.00	223	257.87
	2.00	83	247.93
	3.00	29	181.41
	4.00	2	239.00
	6.00	1	365.50
	Total	492	
passiv	.00	154	233.42
	1.00	223	250.01
	2.00	83	266.05
	3.00	29	224.09
	4.00	2	256.25
	6.00	1	485.00
	Total	492	
ev_ExercFis	.00	154	274.13
	1.00	223	227.49
	2.00	83	243.95
	3.00	29	255.47
	4.00	2	318.00
	6.00	1	38.00
	Total	492	
ev_Nutr	.00	154	242.68
	1.00	223	246.81
	2.00	83	243.20
	3.00	29	277.64
	4.00	2	271.00
	6.00	1	86.00
	Total	492	
ev_AutoCuidd	.00	154	247.42
	1.00	223	250.03
	2.00	83	222.66
	3.00	29	291.17
	4.00	2	179.00
	6.00	1	135.50
	Total	492	

Ranks

	anorep	N	Mean Rank
ev_SegRod	.00	153	256.49
	1.00	223	247.83
	2.00	83	217.54
	3.00	29	247.12
	4.00	2	364.00
	6.00	1	326.00
	Total	491	
ev_Drog	.00	154	272.96
	1.00	223	242.63
	2.00	83	217.69
	3.00	29	228.81
	4.00	2	130.00
	6.00	1	171.50
	Total	492	
EV	.00	154	260.66
	1.00	223	242.39
	2.00	83	225.31
	3.00	29	269.95
	4.00	2	226.75
	6.00	1	100.50
	Total	492	
Resil	.00	154	256.05
	1.00	223	250.24
	2.00	83	240.62
	3.00	29	196.41
	4.00	2	162.50
	6.00	1	52.00
	Total	492	

Test Statistics^{a,b}

	assertiv	passiv	ev_ExercFis	ev_Nutr	ev_AutoCuidd	ev_SegRod
Chi-Square	8.474	6.558	12.690	2.891	6.414	6.009
df	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	.132	.256	.026	.717	.268	.305

Test Statistics^{a,b}

	ev_Drog	EV	Resil
Chi-Square	11.021	5.441	7.256
df	5	5	5
Asymp. Sig.	.051	.364	.202

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: anorep