

15818

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE


“À ESPERA DO COMBOIO NA PARAGEM DO AUTOCARRO”  
OU AS IMPLICAÇÕES DO STRESSE EM MEIO URBANO SOBRE A  
SAÚDE E A QUALIDADE DE VIDA

SANDRA CRISTINA FIALHO AGUIAR

LISBOA, 2004



15818

	ISPA   Instituto Superior de Psicologia Aplicada	C1
Centro de Documentação		
Registo:	15818	
Data:	09.05.05	
Tel.: 21 001 17 50 • bibli@ispa.pt		

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 portaria n° 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto n° 2 do artigo 5° do Decreto-Lei n° 216/92 de 13 de Outubro.

“Lá em baixo ainda anda gente  
apesar de ser tão noite  
há quem tema a madrugada  
e no escuro se afoite  
há quem durma tão cansado  
nem um beijo os estremece  
de manhã acordarão  
para o que não lhes apetece  
(...)”

Toda a gente passou horas  
em que andou desengano  
como à espera do comboio  
na paragem do autocarro”

Tema: “Lá em baixo”

Letra e música: Sérgio Godinho

Este trabalho não seria possível sem o importante contributo de algumas pessoas e entidades, às quais gostaria de expressar aqui os meus agradecimentos. Dirijo-os:

À Câmara Municipal do Seixal, pela forma como abraçou este estudo e pelos recursos que disponibilizou para a sua concretização.

Às instituições parceiras do Projecto Seixal Saudável que acederam colaborar neste estudo, mobilizando os seus funcionários para nele participarem.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, pelo valioso contributo científico e apoio em todas as fases de desenvolvimento deste estudo.

À Dra. Celeste Gonçalves, Coordenadora Técnica do Projecto Seixal Saudável, pelos importantes conselhos na elaboração e revisão deste trabalho e pelo importante contributo na concepção do Questionário de Stresse Urbano.

À Dra. Mirieme Ferreira, Coordenadora Técnica da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, pela forma como sempre apoiou este projecto e sobretudo pela compreensão e amizade.

À Dra. Eunice Teixeira, colega e amiga, que me acompanhou ao longo deste percurso e com quem partilhei algumas das tarefas mais fastidiosas do desenvolvimento do mesmo.

À Dra. Carla Palhares, pelo apoio na tradução dos instrumentos e pelos valiosos conselhos gramaticais que sempre me tem dado.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional que têm dado a todos os meus intentos e por aceitarem as minhas ausências.

Ao Gustavo, por Tudo!

## Resumo

O crescimento exponencial das áreas urbanas e o elevado número de estímulos, códigos, barreiras e desafios semelhantes que diariamente são colocados aos habitantes da cidade torna imperativo o estudo dos condicionantes urbanos da saúde e das suas implicações sobre a qualidade de vida. O stresse, enquanto produto desse contacto, tem implicações importantes sobre a vida do indivíduo, atingindo a esfera pessoal, familiar, social e laboral, entre outras. Constitui por isso e cada vez mais uma preocupação para a saúde pública, que exige uma análise dos aspectos ambientais, urbanísticos e sociais que lhes estão associados, bem como o estudo das características individuais que contribuem para este fenómeno.

Para estudar a relação entre stresse em meio urbano, saúde e qualidade de vida, assim como a influência da dimensão de personalidade *abertura à experiência* sobre as mesmas, foi desenvolvido um estudo transversal, de carácter exploratório, no qual foram levantadas as seguintes questões: (a) Qual a associação entre a variável stresse em meio urbano e as variáveis saúde e qualidade de vida? (b) A abertura à experiência mostra um efeito moderador sobre esta relação?

Participaram nesta investigação 668 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, residentes em áreas predominantemente urbanas. As variáveis foram avaliadas através do *World Health Organization Quality of Life Survey – Bref* (WHOQoL Group, 1998), da subescala *Abertura à Experiência* do *Inventário de Personalidade NEO PI Revisto* (Costa & MacCrae, 1992) e da *Escala de Percepção de Stresse* (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Para avaliar a percepção do stresse em meio urbano, foi desenvolvido um questionário, composto por quatro subescalas - Ambiente Físico, Ambiente Laboral, Espaços Interpessoais e Prestação de Cuidados de Saúde e de Serviços Sociais – tendo por base o conceito de saúde urbana, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde e o modelo transaccional de stresse, de Lazarus e Folkman.

Os resultados indicam que os indivíduos que experimentam maiores níveis de stresse em meio urbano, em todas as suas dimensões, possuem uma pior satisfação relativamente à sua saúde e uma pior percepção da sua qualidade de vida. Verifica-se ainda que a abertura à experiência exerce um efeito moderador que, apesar de pouco expressivo, amplia os efeitos de algumas dimensões do stresse em meio urbano sobre as variáveis saúde e qualidade de vida.

Estes resultados, que serão discutidos à luz dos conceitos apresentados, realçam o impacto que o planeamento urbano pode exercer sobre a saúde e a qualidade de vida das populações que residem na cidade e salientam o contributo da Psicologia da Saúde para o estudo da relação entre personalidade e stresse.

*Palavras chave:* Stresse em meio urbano, Percepção de stresse, Saúde, Qualidade de vida, Personalidade.

## Abstract

The exponential growth of urban areas and the high number of stimuli, signals, barriers, and similar challenges that city dwellers encounter daily, makes the study of the urban health determinants and their effect on the quality of life an imperative. Stress, as a product of such contact, has important consequences on the individual's life, affecting their personal, family, social and work life, among other areas. It is thus becoming a growing public health concern, which demands an analysis of the associated environmental, urban and social aspects, as well as the individual characteristics that affect this phenomenon.

In order to study the relationship between urban stress, health and quality of life, as well as the influence of the openness to experience personality dimension over the latter, a cross-sectional exploratory study was developed, in which the following questions were posed: (a) What is the association between urban stress and the variables health and quality of life? (b) Does openness to experience moderate this relationship?

The sample consisted in 668 subjects, male and female, aged from 18 to 75, from urban areas. The variables were measured with the World Health Organization Quality of Life Survey – Bref (WHOQoL Group, 1998), the Neo Personality Inventory-Revised subscale openness to experience (Costa & MacCrae, 1992) and the Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). In order to assess the perception of urban stress, a measure with four subscales – Physical Environment, Work Environment, Interpersonal Settings and Health Care and Social Provision - was developed, based on the concept of urban health, according to the definition by the World Health Organization, and on the Lazarus and Folkman's transactional model of stress.

The results suggest that subjects who experience overall high levels of urban stress also experience less satisfaction with their health and have a worse perceived quality of life. It is also suggested that openness to experience slightly moderates the effects of some dimensions of urban stress over health as well as quality of life, enhancing this relationship.

These results, which will be discussed according to the concepts presented in this study, highlight the potential impact of urban planning over health and quality of life for those who live in the city, as well as the contributions of Health Psychology to the study of personality and stress.

**Key words:** Urban stress, Perceived stress, Health, Quality of life, Personality.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
A Vida nas Cidades: Condicionalismos e Desafios .....	2
<i>Meio urbano: Clarificação do Conceito</i> .....	2
<i>O Paradigma das Cidades Saudáveis: Que Implicações para a Psicologia da Saúde?</i> .....	4
<i>Da Teoria à Prática: O Projecto Seixal Saudável</i> .....	7
Saúde e Qualidade de Vida em Meio Urbano .....	8
<i>O Estudo da Relação entre Saúde e Qualidade de Vida</i> .....	8
<i>Qualidade de Vida: Uma Abordagem Transcultural</i> .....	10
<i>Saúde Urbana: Conceito e Dimensões</i> .....	12
<i>O Planeamento Urbano Saudável</i> .....	13
<i>A Abordagem da Saúde Urbana</i> .....	16
Stresse em Meio Urbano .....	17
<i>Stresse: Do Modelo Fisiológico ao Modelo Transaccional</i> .....	18
<i>Conceptualizando o Stresse Urbano</i> .....	21
O Estudo da Personalidade no Contexto do Stresse Urbano .....	27
<i>O que é a Personalidade? O Modelo dos Cinco Factores</i> .....	28
<i>Personalidade, Saúde e Qualidade de Vida</i> .....	29
<i>A Abertura à Experiência Enquanto Moderadora dos Efeitos do Stresse Urbano</i> .....	32
MÉTODO .....	35
Participantes .....	35
<i>Forma de Preenchimento do Questionário</i> .....	35
<i>Idade</i> .....	36
<i>Género</i> .....	36
<i>Escolaridade</i> .....	39
<i>Profissão</i> .....	39
<i>Tempo Despendido no Percurso entre Casa e Trabalho</i> .....	39
<i>Transporte(s) Utilizado(s) na Deslocação entre Casa e Trabalho</i> .....	39
<i>Número de Assoalhadas da Casa</i> .....	40

<i>Agregado Doméstico Privado</i> .....	40
<i>Tipo de Espaço de Trabalho</i> .....	40
<i>Número de Pessoas no Mesmo Espaço de Trabalho</i> .....	41
<i>Local de Residência</i> .....	41
<i>Tempo de Residência</i> .....	44
<i>Local de Trabalho</i> .....	44
Instrumentos .....	45
<i>Questionário de Dados Demográficos</i> .....	45
<i>Escala de Qualidade de Vida WHOQoL-Bref</i> .....	45
<i>A Origem do WHOQoL-Bref</i> .....	45
<i>Caracterização Geral do Instrumento</i> .....	46
<i>A Versão Portuguesa do WHOQoL – Bref</i> .....	49
<i>Adaptação da Versão Portuguesa em Brasileiro à Língua Portuguesa (de Portugal)</i> .....	51
<i>Fidelidade do WHOQoL-Bref no presente estudo</i> .....	52
<i>Questionário de Stresse Urbano</i> .....	53
<i>Racional Teórico de Base e Objectivos do QSU</i> .....	53
<i>A Construção do Instrumento</i> .....	55
<i>Estudo da dimensionalidade do QSU</i> .....	56
<i>Caracterização Geral do Instrumento</i> .....	58
<i>Estudo de Validação e Propriedades Psicométricas</i> .....	60
<i>Fidelidade de QSU</i> .....	60
<i>Validade dos itens do QSU</i> .....	61
<i>Validade do QSU</i> .....	62
<i>Escala de Percepção de Stresse</i> .....	64
<i>Caracterização Geral do Instrumento</i> .....	64
<i>Procedimentos de Validação e Propriedades Psicométricas da Versão Original</i> .....	65
<i>Contributos para a Elaboração da Versão Portuguesa da EPS</i> ...	67
<i>Fidelidade da EPS</i> .....	68
<i>Validade dos itens da EPS</i> .....	68
<i>Validade da EPS</i> .....	69
<i>Inventário de Personalidade NEO PI-R: Subescala Abertura à Experiência</i> .....	70

<i>A Origem do NEO PI-R</i> .....	70
<i>Caracterização do Instrumento</i> .....	71
<i>A Versão Portuguesa do NEO PI-R</i> .....	75
<i>Fidelidade da subescala Abertura à Experiência no presente estudo</i> .....	77
Procedimento .....	78
<i>Forma de Preenchimento dos Questionários</i> .....	79
<i>Enquadramento Institucional</i> .....	80
RESULTADOS .....	85
Resultados Relativos às Dimensões da Qualidade de Vida .....	86
<i>Análise Descritiva do WHOQoL-Bref</i> .....	86
<i>Correlações Entre os Domínios e Questões Gerais do WHOQoL-Bref</i> .....	89
Resultados Relativos às Dimensões do Stresse em Meio Urbano .....	90
<i>Análise Descritiva do QSU</i> .....	90
<i>Correlações Entre as suas Subescalas do QSU</i> .....	92
Resultados Relativos à Percepção de Stresse .....	93
<i>Análise Descritiva da EPS</i> .....	93
Resultados Relativos às Dimensões da Abertura à Experiência .....	94
<i>Análise Descritiva da Subescala Abertura à Experiência</i> .....	94
<i>Correlações Entre as Facetas da Abertura à Experiência</i> .....	97
Correlações entre o Stresse em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida ....	98
Efeitos de Moderação da Abertura à Experiência relativamente à relação do Stresse em Meio Urbano com a Avaliação da Qualidade de Vida e com a Satisfação com a Saúde .....	99
Análise do Conteúdo dos Comentários dos Participantes .....	102
DISCUSSÃO .....	107
Diferenças Relativas ao Sexo, Idade, Escolaridade e Forma de Preenchimento do Questionário .....	107
Análise dos Resultados Relativos ao Stresse Urbano .....	110
Análise da Relação entre Stresse em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida .....	111
Análise dos Efeitos de Moderação da Abertura à Experiência sobre a Relação do Stresse Urbano com a Saúde e a Qualidade de Vida .....	112
Conclusão .....	114

REFERÊNCIAS .....	116
-------------------	-----

## ANEXOS

Anexo A: Questionário de Stresse Urbano (versão aplicada aos participantes)	124
Anexo B: Questionário de Stresse Urbano (versão resultante do estudo de validação) .....	129
Anexo C: Questionário aplicado aos participantes (formatado, versão em papel) .....	133
Anexo D: Ofício enviado aos parceiros do Projecto Seixal Saudável .....	148
Anexo E: Informação interna enviada aos funcionários da Câmara Municipal do Seixal .....	150
Anexo F: Mensagem de correio electrónico enviada aos funcionários da Câmara Municipal do Seixal .....	152
Anexo G: Respostas dos participantes à questão nº 136 .....	154
Anexo H: Outputs do SPSS referentes às questões de investigação .....	166

## Lista de Quadros

QUADRO 1: Modelo conceptual para o estudo da saúde urbana .....	17
QUADRO 2: Domínios e Facetas avaliados pelo NEO PI-R .....	28
QUADRO 3: Diferenças entre os participantes que preencheram o questionário através de papel e através da Internet relativamente à idade, escolaridade e profissão .....	36
QUADRO 4: Caracterização demográfica da amostra por sexo .....	37
QUADRO 5: Diferenças entre sexos, relativamente à profissão .....	37
QUADRO 6: Diferenças entre sexos relativamente ao transporte utilizado na deslocação até ao trabalho e ao tipo de espaço de trabalho .....	38
QUADRO 7: Caracterização demográfica da amostra, relativamente ao local de residência .....	41
QUADRO 8: Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente à profissão .....	42
QUADRO 9: Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente ao transporte utilizado na deslocação entre casa e trabalho .....	43
QUADRO 10: Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente tipo de espaço de trabalho .....	44
QUADRO 11: Processo de desenvolvimento do WHOQoL .....	46
QUADRO 12: Valores da consistência interna dos domínios do WHOQoL-Bref e do total da escala .....	52
QUADRO 13: Comparação dos valores da consistência interna dos domínios do WHOQoL-Bref obtidos na presente amostra, na versão portuguesa em brasileiro e na versão original .....	52
QUADRO 14: Escalas de Avaliação Ambiental .....	54
QUADRO 15: Estrutura de componentes principais do QSU, após rotação Varimax com normalização de Kaiser, para 4 factores .....	56
QUADRO 16: Valores da consistência interna das subescalas e do total do QSU ...	60
QUADRO 17: Valores obtidos através do procedimento split-half de Guttman para as subescalas e para o total do QSU .....	61
QUADRO 18: Correlação item-escalas e item-total do QSU .....	61
QUADRO 19: Correlações entre o QSU e a EPS .....	63
QUADRO 20: Correlações entre o QSU e a subescala Abertura à Experiência .....	63
QUADRO 21: Valores obtidos através do procedimento split-half de Guttman para a EPS .....	68
QUADRO 22: Correlação item-total da EPS.....	69

QUADRO 23: Correlações entre as dimensões da Abertura à Experiência e a EPS.	70
QUADRO 24: Correlações entre os domínios do WHOQoL-Bref e a EPS .....	70
QUADRO 25: Valores da consistência interna das facetas da Abertura à Experiência .....	78
QUADRO 26: Correlações entre as variáveis demográficas .....	85
QUADRO 27: Comparação entre os domínios e as questões gerais do WHOQoL-Bref para diversas medidas de tendência central e de dispersão .....	87
QUADRO 28: Diferenças entre sexos em relação aos domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref .....	87
QUADRO 29: Correlações entre os domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref e as variáveis demográficas .....	88
QUADRO 30: Correlações entre os domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref	89
QUADRO 31: Comparação entre as subescalas do QSU para diversas medidas de tendência central e de dispersão .....	90
QUADRO 32: Diferenças entre sexos em relação às subescalas e ao total do QSU	91
QUADRO 33: Correlações entre o QSU e as variáveis demográficas .....	91
QUADRO 34: Correlações entre as subescalas e o total do QSU .....	92
QUADRO 35: Caracterização da EPS relativamente a diversas medidas de tendência central e de dispersão .....	93
QUADRO 36: Diferenças entre sexos em relação à EPS .....	93
QUADRO 37: Correlações entre a EPS e as variáveis demográficas .....	94
QUADRO 38: Comparação entre as facetas da Abertura à Experiência para diversas medidas de tendência central e de dispersão .....	95
QUADRO 39: Diferenças entre sexos em relação às facetas da Abertura à Experiência .....	95
QUADRO 40: Correlações entre as facetas da Abertura à Experiência e as variáveis demográficas .....	96
QUADRO 41: Diferenças entre os participantes que preencheram o questionário através de papel e através da Internet, relativamente às facetas da Abertura à Experiência .....	97
QUADRO 42: Correlações entre as facetas da Abertura à Experiência .....	97
QUADRO 43: Correlações entre o QSU e o WHOQoL-Bref .....	98
QUADRO 44: Análise de regressão linear múltipla, através do método stepwise, tomando a Avaliação da Qualidade de Vida como variável dependente e cinco grupos de variáveis independentes .....	99
QUADRO 45: Análise de regressão linear múltipla, através do método stepwise, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e cinco grupos de variáveis independentes .....	101
QUADRO 46: Classificação das respostas à questão 136 .....	102

QUADRO 47: Frequência de respostas em função do tipo e categoria das mesmas	104
QUADRO 48: Diferenças entre sexos relativamente ao tipo de comentário, quanto à estrutura geral e ao conteúdo .....	104
QUADRO 49: Respostas do participantes à questão nº 136 .....	154

### Lista de Figuras

FIGURA 1: Modelo explicativo relativo à influência da personalidade sobre a saúde .....	30
---	----

## INTRODUÇÃO

A vida nas cidades tem um profundo efeito sobre o bem-estar geral do indivíduo, podendo ser um factor gerador de stresse e afectar, inclusivamente, a sua saúde e qualidade de vida.

Têm sido realizados diversos estudos relativos à percepção do estado de saúde e/ou da qualidade de vida em grupos específicos que residem em meio urbano, entre os quais as crianças e os adolescentes (e.g. Elgar, Arlett & Groves, 2003), os idosos e grupos desfavorecidos ou marginalizados (e.g. McGee et al., 2001), sem no entanto ser especificamente abordado o papel que o contexto urbano exerce sobre a percepção da sua saúde e qualidade de vida.

Verifica-se, por outro lado, que os estudos que abordam o stresse urbano centram a sua atenção em características isoladas, tais como a poluição, o ruído ou a criminalidade (Moser, 1994), sendo que o mesmo carece de uma abordagem enquadradora que reúna, de forma sistemática, todos os aspectos que concorrem para a sua manifestação.

O estudo da personalidade e da sua relação com o stresse e a saúde tem vindo a dar ênfase a variáveis vulgarmente tidas como protectoras (e.g. “hardiness”), bem como a outras variáveis associadas ao incremento do risco de desenvolvimento de determinadas doenças (e.g. personalidade tipo A). Porém, os resultados relativos à influência da abertura à experiência sobre a saúde e a qualidade de vida são escassos e inconclusivos (Cox & Fergusson, 1991), facto que não coloca no entanto em causa a sua pertinência.

O estudo do stresse, enquanto fenómeno associado ao meio urbano, constitui assim um imperativo em termos de saúde pública, requerendo intervenções eficazes na prevenção e controlo as principais doenças associadas ao stresse, mas também no sentido da promoção da saúde e da qualidade de vida nas cidades.

Estes são alguns dos problemas aos quais este estudo pretende dar resposta. Através de uma amostra composta por população activa residente em áreas urbanas realizou-se um estudo transversal de carácter exploratório, com o objectivo de investigar a relação entre stresse em meio urbano, saúde e qualidade de vida e a influência da abertura à experiência sobre esta relação.

## A Vida nas Cidades: Condicionalismos e Desafios

As cidades estão associadas historicamente à evolução de ideias, desenvolvimento tecnológico e progresso económico, contudo são também fontes de pobreza, desigualdade e de riscos ambientais com impacto sobre a saúde. A proporção da população mundial que habita nas grandes vilas ou cidades cresceu de 5% para 50% nos últimos dois séculos e os demógrafos estimam que, em 2030, aproximadamente dois terços da população viverá em grandes vilas ou cidades (McMichael, 2000).

Os avanços em termos de saúde pública surgem neste contexto de evolução e desenvolvimento urbano, parcialmente em resposta às pressões derivadas da industrialização, da elevada densidade populacional e da ruptura relativamente às condições de vida tradicionais (McMichael, 2000). A par deste desenvolvimento têm-se verificado mudanças na saúde das populações mais urbanas e esse estado de saúde constitui um testemunho indelével das dinâmicas populacionais e do seu crescimento. Em consequência, na transição para o século XX, as populações de algumas das cidades mais desenvolvidas foram assoladas por diversas epidemias, derivadas da elevada densidade populacional, do saneamento precário e de todo um estilo de vida desprovido de higiene (Vlahov & Galea, 2002).

Vlahov e Galea (2002) recorrem mesmo ao termo “doenças urbanas” quando se referem às disparidades verificadas entre populações urbanas e sub-urbanas ou rurais, relativamente às taxas de doenças infecciosas, crónicas e mentais, assim como à epidemia provocada pela proliferação do vírus da imunodeficiência humana (VIH), cuja expressão é bastante mais elevada nas cidades.

### *Meio Urbano: Clarificação do Conceito*

Para Vlahov e Galea (2002), não existe uma definição uniforme e concisa entre os diversos países relativamente ao meio urbano, sendo que a designação de urbano pode, em alguns casos, reportar-se a zonas centrais das cidades, a cidades periurbanas da periferia ou ainda a regiões isoladas mas com elevada densidade populacional. Porém, as diversas definições de meio urbano evidenciam invariavelmente uma série de elementos centrais comuns às áreas urbanas e que moldam as condições de vida das suas populações. Esses elementos são o número de habitantes, a densidade populacional, a heterogeneidade e a distância de outros centros.

Em Portugal, a definição de áreas urbanas foi estabelecida pelo Instituto Nacional de Estatística e pela Direcção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (INE/DGOTDU, 1999). Essa definição integra três níveis, que possuem as seguintes características:

1. Áreas predominantemente urbanas, das quais fazem parte (a) as freguesias urbanas (com densidade populacional superior a 500 habitantes/Km<sup>2</sup> ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 5.000 habitantes), (b) as freguesias semi-urbanas (freguesias não urbanas, com densidade populacional superior a 100 habitantes/Km<sup>2</sup> e inferior ou igual a 500 habitantes/Km<sup>2</sup> ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 2.000 habitantes e inferior a 5.000 habitantes) contíguas às freguesias urbanas, incluídas na área urbana, segundo orientações e critérios de funcionalidade/planeamento, (c) as freguesias semi-urbanas constituindo por si só áreas predominantemente urbanas segundo orientações e critérios de funcionalidade/planeamento e (d) as freguesias sedes de concelho, com população residente superior a 5.000 habitantes;

2. Áreas medianamente urbanas, das quais fazem parte (a) as freguesias semi-urbanas não incluídas na área predominantemente urbana, e (b) as freguesias sedes de concelho não incluídas na área predominantemente urbano;

3. Áreas predominantemente rurais, das quais fazem parte os restantes casos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002a), em 2001, a percentagem de população residente em áreas predominantemente urbanas portuguesas rondava os 70,4%, o que representou um aumento de 9% face a 1991, enquanto que, entre 1981 e 1991, esse crescimento atingira apenas os 3,4%.

Considerando a informação relativa às 123 cidades do território nacional identificadas pelo INE (2002a) verifica-se que, em 2001, estas eram habitadas por 38,4% da população total no Continente, muito embora 14% se concentrasse na Área Metropolitana de Lisboa e 7,5% na Área Metropolitana do Porto. A taxa de ocupação do espaço era então de apenas 1,9% do território nacional (1.786,4 km<sup>2</sup>), fazendo com que a densidade média das cidades portuguesas atingisse os 2,23 habitantes por km<sup>2</sup>, quase vinte vezes superior à média nacional.

Efectivamente, verifica-se que, em Portugal, as últimas duas décadas foram caracterizadas pela continuada tendência de urbanização do território e que a evolução na estrutura do povoamento aponta no sentido de uma manifesta concentração nas vilas e cidades em detrimento das aldeias ou outras localidades de menor dimensão e de cariz mais rural (INE, 2002a).

O concelho do Seixal, onde o presente estudo incidiu maioritariamente também não constitui excepção, contando com 150.271 habitantes nos últimos Censos realizados no ano 2001 (INE, 2002b), mais 33.000 do que em 1991. Possui uma área de 93,6 Km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 1.605 Habitantes/Km<sup>2</sup> (Câmara Municipal do Seixal, 2003a). É composto pelas freguesias de Aldeia de Paio Pires, Amora, Arrentela, Corroios, Fernão Ferro e Seixal, as quais são classificadas pelo INE/DGOTDU (1999) como áreas predominantemente urbanas.

### *O Paradigma das Cidades Saudáveis: Que Implicações para a Psicologia da Saúde?*

Conforme foi já evidenciado, os meios urbanos e as populações que neles residem enfrentam, cada vez mais, desafios crescentes a nível demográfico, ambiental, económico e nos estilos de vida. Estes desafios vão exercer um profundo impacto sobre a sua saúde e a qualidade de vida.

Face a este fenómeno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu início em 1986 a um conjunto de iniciativas, que vieram a consubstanciar-se mais tarde no movimento das Cidades Saudáveis e que permitiram o nascimento de diversos projectos de âmbito predominantemente municipal.

Este movimento baseia-se no pressuposto de que a saúde da comunidade é fortemente influenciada pelo ambiente no qual as pessoas vivem e que os problemas de saúde possuem múltiplas causas sociais, económicas, políticas, ambientais e comportamentais (Flynn, & Ivanvov, 1996).

Os princípios da Saúde Para Todos (World Health Organization [WHO], 1981) e as orientações estratégicas da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WHO, 1986) constituem a estrutura base do Projecto Cidades Saudáveis da OMS, o qual integra também os objectivos da Agenda 21 Local (WHO, 1997a), numa acção consistente orientada para a promoção da saúde e para o desenvolvimento sustentável. Este último é entendido como o progresso económico, social e político, de forma a assegurar a satisfação das necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades (WHO, 1997b).

A aplicação destes conceitos ao contexto urbano assenta no pressuposto de que uma cidade constitui um organismo complexo que vive, respira, cresce e que se encontra em permanente mudança (WHO, 1997c). Nesta acepção, uma cidade saudável é, de acordo com

Goldstein e Kickbusch (1996), aquela que continuamente cria e desenvolve os seus ambientes físico e social e expande os seus recursos comunitários, de forma a permitir um mútuo e contínuo suporte entre diferentes grupos da população.

O conceito de Cidade Saudável implica um processo e não apenas um resultado, pelo que uma cidade que comungue deste princípios deve investir e mobilizar os seus recursos no sentido de proporcionar aos seus habitantes: (a) Um ambiente físico de alta qualidade, limpo e seguro (incluindo a qualidade da habitação); (b) Um ecossistema que seja estável no presente e sustentável a longo prazo; (c) Uma comunidade forte, com mútuo apoio e sem exploração; (d) Um alto nível de participação e controlo por parte do público relativamente às decisões que afectam as suas vidas, saúde e bem-estar; (e) A satisfação de necessidades básicas (como a alimentação, água, abrigo, rendimentos, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade; (f) O acesso a multiplas experiências e recursos, com a possibilidade de usufruir de uma maior variedade de contactos, interacções e comunicação; (g) Uma economia municipal diversa, vital e inovadora; (h) O encorajamento de conexões com o passado, com heranças culturais e biológicas dos habitantes da cidade e de outros grupos de indivíduos; (i) Um nível ideal de saúde pública adequada e serviços de saúde acessíveis a todos; (j) Um alto nível de saúde e baixos níveis de doença (WHO, 1997c).

A intervenção do Projecto Cidades Saudáveis incide, portanto, ao nível da promoção da saúde dos seus habitantes e da intervenção face aos condicionantes da saúde em meio urbano, mobilizando para tal agentes tão diversos como o poder local, os serviços de saúde, os urbanistas, as associações locais e a própria comunidade, num trabalho em parceria direccionado para objectivos comuns.

Por condicionantes ou determinantes da saúde entendem-se os diversos factores – pessoais, sociais, económicos e ambientais - que condicionam o estado de saúde dos indivíduos ou populações. Nesta definição incluem-se, não só os aspectos relacionados com as acções dos indivíduos, tais como os comportamentos de saúde e os estilos de vida, mas também importantes questões como o salário, o estatuto social, o emprego e as condições de trabalho, o acesso aos serviços de saúde adequados e o ambiente físico. A combinação destes diferentes factores gera condições de vida diversas, as quais exercem impacto sobre a saúde (WHO, 1998).

Diversas constatações práticas podem ser retiradas do conceito acima exposto. Existe, nomeadamente, evidência de que a maior parte das doenças e das causas de morte são mais frequentes quanto mais baixa for a classe social das pessoas. Estes efeitos reflectem a desvantagem material e os efeitos da insegurança, ansiedade e falta de integração social das

pessoas economicamente mais desfavorecidas (Wilkinson & Marmot, 2003). Este aspecto está, inclusivamente, patente na forma como as pessoas avaliam o seu estado de saúde. Efectivamente, os grupos sócio-culturalmente mais desfavorecidos definem a sua saúde de forma mais negativa do que os de nível médio ou alto e percebem as causas da saúde como estando fora do seu controlo (Bowling, 1999). Esta constitui uma dimensão mais psicológica, que possui também consequências no estilo de vida das pessoas.

O Projecto Cidades Saudáveis tem vindo a crescer um pouco por todo o mundo. Fazem actualmente parte da Rede Europeia de Cidades Saudáveis 55 cidades, num total de 29 países, onde estão representados os Municípios do Seixal, Amadora e Viana do Castelo. Em Portugal existe já uma Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, da qual fazem parte os Municípios de Bragança, Lisboa, Loures, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Resende, Setúbal e Torres Vedras, além dos anteriormente mencionados. Esta rede nacional é actualmente presidida pelo Município do Seixal, que detém também a sua coordenação técnica (Aguiar, Ribeiro, Gonçalves & Ferreira, 2004).

A visão da cidade, conforme atrás descrita, resulta do contributo de saberes tão diversos como os da saúde pública, da sociologia e da psicologia, entre muitos outros. A Psicologia da Saúde, na definição de Matarazzo (1982), possui um conjunto de abordagens e de instrumentos que permitem desenvolver as diversas dimensões e pressupostos implícitos no conceito de Cidade Saudável. Aguiar et al. (2004) referem alguns dos pontos de contacto entre a Psicologia da Saúde e o Projecto Cidades Saudáveis, realçando os contributos do psicólogo no desenvolvimento de um projecto desta natureza, a saber: (a) Identificar os condicionantes comportamentais da saúde e intervir face aos mesmos; (b) Identificar as cognições de saúde subjacentes a determinados comportamentos; (c) Planear e dinamizar acções de educação para a saúde; (d) Desenvolver campanhas de prevenção primária, secundária e terciária das doenças; (e) Facilitar informação sobre saúde a grupos populacionais com características específicas; (f) Incrementar a participação comunitária, nomeadamente através da formação inter-pares; e (g) Promover a investigação em saúde.

Este último aspecto assume particular importância, dado que o desenvolvimento do Projecto Cidades Saudáveis pressupõe a recolha sistemática de um conjunto de indicadores (de saúde, sociais, ambientais, etc.) e a avaliação do impacto em saúde das acções intersectoriais desenvolvidas pela rede de parceiros do Projecto Cidades Saudáveis a nível local. Para dinamizar esta vertente, deverá ser elaborado um Perfil de Saúde e um Plano de Desenvolvimento de Saúde do município. Estes instrumentos de trabalho constituem, respectivamente, um diagnóstico do concelho na área da saúde e dos seus condicionantes e

um plano das acções a desenvolver pelos parceiros do projecto, para um período de cinco anos. Para o implementar, recorre-se a uma auscultação periódica da comunidade e das instituições parceiras, através de inquéritos de opinião ou de instrumentos padronizados que visam aferir o estado de saúde e a qualidade de vida da população (e.g. medidas de bem-estar psicológico, de suporte social, de saúde geral), comportamentos de saúde (e.g. alimentação, consumo de álcool, actividade física), saúde ambiental (e.g. impacto da poluição, qualidade dos transportes, acidentes, ambiente de trabalho e ambiente urbano), entre outros (Garcia & McCarthy, 1996).

Face ao exposto, conclui-se que a Psicologia da Saúde pode (e deve) assumir, no contexto das Cidades Saudáveis, um importante papel, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de metodologias que facilitam o processo de mudança (ou de reforço) de comportamentos, no sentido da promoção e protecção da saúde, bem como ao nível da prevenção e tratamento da doença.

#### *Da Teoria à Prática: O Projecto Seixal Saudável*

A aplicação prática dos pressupostos acima referidos passa sobretudo pela constituição de um Projecto Cidades Saudáveis, de âmbito municipal. Apresenta-se, a título de exemplo, uma breve descrição de um Projecto Cidades Saudáveis desenvolvido em território nacional – o Projecto Seixal Saudável, que constituiu o ponto de partida do estudo aqui desenvolvido.

O município do Seixal assumiu formalmente o seu envolvimento no processo de candidatura à Rede Europeia de Cidades Saudáveis em 1991, na sequência da necessidade de se proceder a uma análise do estado de saúde do concelho e de traçar um plano de intervenção que actuasse a diversos níveis, com vista a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas que residem e trabalham naquele município. Porém, foi em 1998 (III Fase do Projecto, a nível internacional) que o município do Seixal passou a integrar formalmente a Rede Europeia de Cidades Saudáveis (Câmara Municipal do Seixal, 1999; 2003b).

Este projecto sustenta-se na filosofia subjacente ao movimento das Cidades Saudáveis e afirma-se como a espinha dorsal de toda a intervenção autárquica e das instituições suas parceiras na melhoria da saúde e da qualidade de vida no município. É composto por uma rede de parceria que tem por objectivo promover a implementação do Plano de Desenvolvimento de Saúde do Município do Seixal (Câmara Municipal do Seixal, 1998), que se constitui como um instrumento estratégico de promoção da saúde, concebido de acordo com os seguintes eixos principais: (a) O desenvolvimento da noção de igualdade no acesso à saúde; (b) Saúde entendida como uma ideia positiva, de modo a que as pessoas

tenham capacidade para utilizarem plenamente as respectivas capacidades físicas, intelectuais e afectivas; (c) Intervenção nos factores de origem ambiental, social e comportamental que condicionam negativamente a saúde; (d) A participação activa da comunidade, como elemento fundamente do desenvolvimento desse plano; (e) As respostas aos problemas de uma forma integrada, através da parceria intersectorial.

A responsabilidade pelo cumprimento do Plano de Desenvolvimento de Saúde é dos 117 parceiros do projecto, de acordo com as competências inerentes às suas funções e papel específicos na comunidade. Esta parceria é, por isso, bastante alargada e inclui órgãos da administração local e central, empresas, diversas associações e instituições de saúde, de ambiente, de educação, de reformados, juvenis, de deficientes, de imigrantes, de moradores, culturais e recreativas, de profissionais, de emprego e formação, de protecção civil, de solidariedade social, entre outras, reflectindo a própria visão holística do conceito de saúde.

### Saúde e Qualidade de Vida em Meio Urbano

O estudo da saúde e da qualidade de vida de uma população é um aspecto importante para a selecção das intervenções a adoptar, nomeadamente ao nível dos cuidados sociais e de saúde ou dos programas de promoção da saúde. As características do contexto urbano exigem, como será exposto, abordagens específicas, de acordo com a natureza do seu ambiente físico, social, cultural, entre outros. Os estudos apresentados defendem, por isso, que as abordagens transdisciplinares constituem as respostas mais eficazes aos problemas vividos pelos habitantes das cidades.

#### *O Estudo da Relação entre Saúde e Qualidade de Vida*

Para Kaplan (1985) o estado de saúde e a qualidade de vida devem constituir o ponto central da Psicologia da Saúde. A esta observação, Ribeiro (1994) acrescenta que a qualidade de vida deve tornar-se no tema epistemológico nuclear desta disciplina e postula que a relação entre qualidade de vida e saúde pode ser expressa do seguinte modo: “a qualidade de vida é o objectivo da Psicologia da Saúde enquanto a Saúde é o objecto” (p. 179).

O sucesso nos países desenvolvidos do mundo ocidental é muitas vezes determinado pelo estatuto económico e ocupacional. A afluência populacional, a longevidade crescente e o aumento do número de pessoas que possuem algum grau de deficiência ou alguma doença

crónica fazem crescer o interesse e a determinação em conseguir uma “boa vida”, também descrita muitas vezes como satisfação de vida ou qualidade de vida (Bowling, 1999; Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002). Foi com base nestes fenómenos que emergiu o actual interesse pela qualidade de vida nos países desenvolvidos, que oscila entre as preocupações ambientais mais o “marketing” dos produtos que adquirimos e a avaliação da razão custo-benefício associada aos tratamentos médicos (Bowling, 1999). De uma forma mais global, a qualidade de vida tem vindo a ser associada, enquanto indicador de resultados, a programas de desenvolvimento dos serviços sociais e de saúde, assim como aos projectos de Cidades Saudáveis desenvolvidos um pouco por todo o mundo.

Numa das primeiras definições mais consensuais sobre qualidade de vida, Schipper, Clinch e Powell (1990) defendem que a qualidade de vida representa a percepção do paciente face ao efeito funcional de uma doença e da terapia subsequente à mesma. Esta definição pressupõe, segundo os seus autores, quatro amplos domínios: (a) A função física e ocupacional; (b) O estado psicológico; (c) A interacção social; e (d) As sensações somáticas. Esta é, efectivamente, uma medida de percepção pessoal, subjectiva, susceptível de variar ao longo do tempo e que é composta por múltiplos domínios ou componentes (Ribeiro, 1994).

Com o advento do estudo da qualidade de vida em contextos clínicos, popularizou-se, no meio científico, a expressão “qualidade de vida relacionada com a saúde”. Porém, paradoxalmente, a aplicação deste termo tem estado associada sobretudo ao estudo das limitações impostas por uma doença específica ou por qualquer doença (Ribeiro, 1994).

O mesmo se passa no que respeita à terminologia empregue em muitas das escalas utilizadas para medir a qualidade de vida. Apesar de grande parte delas ser designada como medida do estado de saúde ou medida de qualidade de vida relacionada com a saúde, coloca sobretudo a ênfase em aspectos negativos (Wright, 1994).

Gradualmente, as definições que unem a saúde e a qualidade de vida, tal com a qualidade de vida relacionada com a saúde, têm vindo a afastar-se do modelo de doença, indo ao encontro de um modelo que inclui a saúde e o bem-estar. As medidas actuais mais empregues incorporam o funcionamento físico, o bem-estar psicológico, o suporte social e a actividade (Bowling, 1999). A recente mudança cultural do ocidente tem vindo assim a realçar a avaliação dos estados de saúde positivos (Wright, 1994), na direcção apontada pela OMS, que encara a saúde como um estado de bem-estar físico, social e mental completo e não apenas ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1986). Esta viragem conceptual abriu caminho para o desenvolvimento de instrumentos bidimensionais incorporando estados positivos de saúde (Wright, 1994).

No contexto da qualidade de vida relacionada com a saúde, Ware (1987) defende que o principal objectivo dos cuidados de saúde é maximizar a componente saúde da qualidade de vida. O mesmo autor defende que o estado de saúde pode influenciar a qualidade de vida sem ser sua determinante.

Neste percurso, têm vindo também a surgir outras abordagens relativas à qualidade de vida que procuram enfatizar outros aspectos, nomeadamente os relativos às características económicas, sociais e até ambientais, entre outras. A diversidade das próprias medidas utilizadas na avaliação da qualidade de vida tem acompanhado esta evolução, reflectindo o modelo teórico que lhes subjaz.

Actualmente existem, grosso modo, dois tipos de instrumentos: os específicos, utilizados sobretudo na avaliação do impacto da de determinada doença e os gerais, que permitem a avaliação de grupos e populações com diferentes diagnósticos (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

### *Qualidade de Vida: Uma Abordagem Transcultural*

No seio deste movimento têm vindo a desenvolver-se estudos transculturais, dedicados especificamente ao aperfeiçoamento deste construto e à elaboração de medidas que permitam a comparação da qualidade de vida entre diferentes culturas, como é o caso do grupo da OMS para o estudo da qualidade de vida – o “WHOQoL Group” (e.g. WHOQol Group, 1996a, 1998a, 1998b).

A OMS propõe uma definição holística de qualidade de vida, que entende como uma variável subjectiva, multidimensional e que inclui, em simultâneo, facetas positivas e negativas da vida. Qualidade de vida é assim definida como:

an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way individual's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs, and their relationships to salient features of the environment (WHOQoL Group, 1995, p. 1405).

Esta definição sustenta que a qualidade de vida está relacionada a uma avaliação subjectiva feita pelo indivíduo, perante o seu contexto cultural, social e ambiental. Como tal, não pode ser meramente igualada a aceções como estado de saúde, estilo de vida, satisfação perante a vida ou bem-estar. Pelo contrário, ela incorpora a percepção do indivíduo perante estes e outros aspectos da vida (WHOQoL Group, 1995).

Com base neste racional teórico, o WHOQoL Group desenvolveu um instrumento de avaliação da qualidade de vida de aplicação internacional e que permite comparações transculturais – O WHOQoL, cuja versão abreviada (WHOQoL-Bref) foi empregue neste estudo e será descrita oportunamente. Este projecto foi iniciado em 1991, com base em 15 centros de investigação situados em diferentes países do mundo e tem-se vindo a desenvolver desde então, com a participação de novos centros (1995, 1998a).

Alguns princípios têm pautado o desenvolvimento das investigações em torno desta abordagem e, conseqüentemente, do instrumento que lhe está associado. Esses aspectos são:

1. O carácter compreensivo da avaliação. A avaliação física, por si só, constitui um indicador inadequado da qualidade de vida, tal como tem sido evidenciado por diversos estudos que encontraram baixas correlações entre a auto-apreciação da qualidade de vida e as capacidades funcionais (Nelson & Lotfy, 1999; Pearlman & Uhlmann, 1988). É neste sentido que se preconiza que uma medida de qualidade de vida deve incluir não só a saúde física da pessoas e o funcionamento diário, mas também o seu bem-estar psicológico, as relações sociais e o ambiente (WHOQoL Group, 1995).

2. O carácter subjectivo da avaliação. Este aspecto foi expresso, por exemplo, através de estudos que demonstraram que a avaliação da qualidade de vida feita por doentes crónicos - avaliação endógena - difere da apreciação levada a cabo pelos seus médicos – avaliação exógena (Pearlman & Uhlmann, 1988).

3. A sensibilidade do instrumento. As diversas facetas da qualidade de vida têm uma importância determinante na avaliação da mesma, pelo que o instrumento deve atender às diversas capacidades, circunstâncias ou relações que caracterizam cada indivíduo (Nelson & Lotfy, 1999).

4. A relevância cultural do instrumento. Este deve conter itens relacionados com questões culturalmente relevantes e que empreguem uma linguagem, também ela, culturalmente relevante. Este aspecto, aliado ao carácter internacional do WHOQoL, tem ainda a vantagem de possibilitar a comparação transcultural da qualidade de vida de diferentes grupos populacionais e contribui, em simultâneo, para a análise dos cuidados de saúde, de um perspectiva global (WHOQoL Group, 1995).

Ao contrário da maioria das escalas de qualidade de vida, que apenas contemplam alguns dos critérios acima referidos, o WHOQoL integra exhaustivamente todos esses princípios, em conformidade com o referencial teórico que esteve na base da sua concepção (Nelson & Lotfy, 1999; WHOQoL Group, 1995).

A investigação sobre a qualidade de vida abrange um conjunto de tópicos, nos quais se inclui, nomeadamente, a qualidade de vida em meio urbano. O trabalho desenvolvido por Rogerson, Findlay, Morris e Coombes (1989) na área da geografia humana permitiu aprofundar esta vertente. Com base num inquérito nacional, 1.200 britânicos classificaram 20 dimensões da qualidade de vida em função do grau de importância das mesmas na escolha do local onde viver. Os cinco itens mais destacados foram o “crime violento”, o “crime não violento”, a “prestação de cuidados de saúde”, os “níveis de poluição” e o “custo de vida”. Os cinco itens menos pontuados foram o tempo despendido na viagem entre casa e trabalho, os equipamentos recreativos, a qualidade da habitação municipal subsidiada, o acesso à habitação municipal subsidiada e os custos do arrendamento de habitação privada.

Um outro estudo britânico, desenvolvido na cidade de Leeds (Percy-Smith & Sanderson, 1992) procurou também determinar a importância de diversos domínios da qualidade de vida junto do público. Os itens mais apontados pela sua importância foram “um bom nível de saúde”, “acesso aos cuidados de saúde”, “segurança em relação ao crime e a actos de violência” e “viver numa área agradável, limpa e calma”. Por seu turno, os que receberam menos pontos foram “ter influência sobre organizações que afectam a sua vida”, “ter tempo livre para actividades pessoais e recreativas” e “ter acesso aos serviços sociais”.

Estas abordagens da qualidade de vida e implicitamente da saúde fornecem, em conjunto com o conceito de saúde urbana, um importante suporte teórico às intervenções desenvolvidas no âmbito do movimento das cidades saudáveis, atrás caracterizado.

### *Saúde Urbana: Conceito e Dimensões*

A saúde das populações é fortemente influenciada pelo contexto geo-demográfico onde as mesmas se encontram, existindo diferenças mais ou menos evidentes consoante se trate de áreas predominantemente urbanas, áreas medianamente urbanas ou áreas rurais. O Centro Internacional de Avaliação do Impacto em Saúde do Reino Unido (Birley & Lock, 1999) refere que os perigos para a saúde das pessoas que residem em meios urbanos são, sobretudo, as doenças não transmissíveis associadas à poluição, ao stresse, à dieta alimentar, à violência e incluem, por exemplo, doenças cardíacas, diabetes e doenças pulmonares crónicas.

Para McMichael (2000), existem três processos através dos quais o meio urbano entra em colisão com a saúde humana, a saber: (a) As transformações sociais que acompanham a urbanização e do impacto das mesmas sobre os comportamentos relacionados com a saúde;

(b) Os riscos microbiológicos e tóxicos que advêm do ambiente físico urbano e; (c) Os riscos a longo prazo decorrentes da disrupção dos sistemas de suporte à vida da biosfera.

No primeiro nível, encontram-se aspectos tais como o consumo de tabaco, a sinistralidade e a obesidade, entre outras. Para McMichael (2000), este último exemplo reflecte muito bem diversas vertentes da vida nas cidades, já que a problemática da obesidade em contexto urbano resulta, em grande parte, da combinação do acesso fácil a alimentos processados com alto conteúdo energético, com o declínio da actividade física no trabalho, em casa e até em contextos recreativos. Os efeitos da obesidade sobre a saúde traduzem-se nomeadamente no incremento do risco de pressão arterial elevada e de diabetes tipo II.

No segundo nível, que se refere ao ambiente físico urbano, o autor apresenta exemplos como o ruído das cidades, a fragmentação dos bairros habitacionais ou a poluição atmosférica causada pelas emissões dos veículos e a consequente ocorrência de doenças respiratórias.

Por fim, no último ponto, incluem-se problemas associados aos estilos de vida pouco sustentáveis, que geram um consumo rápido e acelerado dos recursos naturais mais básicos à nossa sobrevivência. Como consequência, surgem problemas como a degradação dos solos, a redução da camada de ozono, a destruição das zonas costeiras, entre outras, com consequências a longo prazo na saúde das populações (McMichael, 2000).

### *O Planeamento Urbano Saudável*

A constatação de que os ambientes físico e social exercem papéis importantes na saúde das comunidades fez emergir a necessidade de um novo entendimento relativamente à intersecção da saúde com o planeamento urbano. De acordo com Churchman (1992), o objectivo primordial do planeamento urbano é o de fornecer um ambiente que permita a todo e qualquer indivíduo alcançar um nível de qualidade de vida tão elevado quanto possível.

Duhl e Sanchez (1999) defendem que o planeamento urbano pode e deve constituir uma forma de prevenção primária e contribuir para alcançar resultados em saúde, facto que requer uma abordagem holística relativamente à construção das cidades. Os autores destacam alguns dos aspectos que têm vindo a unir, ao longo dos tempos, a saúde ao planeamento urbano:

1. O Controlo das doenças. A necessidade de controlar as doenças foi manifestada, pela primeira vez, no século XIX, através do desenvolvimento do saneamento, com o objectivo de devolver às cidades ar puro, água limpa e espaços públicos saudáveis. Foram desenvolvidas

redes de esgotos, sistemas de recolha do lixo doméstico e mecanismos de controlo dos mosquitos e de roedores, evitando assim a disseminação incontrolada de determinadas doenças.

2. A prevenção das doenças. O avanço científico levou a que o interesse da saúde pública passasse a incidir sobretudo na procura de meios que permitissem prevenir as doenças. Em termos de planeamento urbano tal implica, por exemplo, a garantia de que os espaços habitacionais possuem iluminação e ventilação adequadas e a minimização da exposição a toxinas, tais como amianto ou chumbo.

A perturbação afectiva sazonal é um exemplo de uma doença com implicações na arquitectura de um edifício. Esta doença ocorre sobretudo no inverno, quando os dias são mais curtos. Devido à diminuição da luz solar, existe uma maior produção de melatonina, hormona libertada pelo organismo durante a noite, para permitir a indução natural do sono. O facto de, nos meios urbanos, grande parte das pessoas passar a maior parte do seu dia no interior de escritórios vai exacerbar este problema. A edificação de espaços fechados que melhorem o acesso à luz natural do dia constitui uma forma de atenuar este problema e representam um bom exemplo da forma como o planeamento urbano pode contribuir para a prevenção de doenças, nomeadamente do foro mental (Duhl & Sanchez 1999).

3. A redução de acidentes. As políticas de redução de acidentes que estão tradicionalmente mais associadas aos urbanistas são as que dizem respeito ao controlo do tráfego, ao planeamento dos caminhos pedonais e aos padrões definidos para os parques infantis. A visão de que a responsabilidade pela ocorrência de acidentes deve ser atribuída apenas às pessoas parece ser algo incoerente e irrealista, pelo que as novas abordagens em termos de planeamento urbano tomam em consideração a interacção entre o indivíduo e o seu ambiente, procurando desenvolver as medidas necessárias no sentido de assegurar que o ambiente urbano não exerça exigências incomportáveis para o ser humano.

4. A segurança. A atenção dedicada a esta temática tem aumentado em função do aumento da criminalidade nas cidades. A inversão deste clima de medo e de desertificação dos espaços públicos é possível através da melhoria do desenho, planeamento e gestão desses espaços, tornando-os visíveis, acessíveis e correctamente utilizados pelos diferentes grupos daquela comunidade. A este nível são propostos três princípios básicos: (a) A manutenção de um ambiente físico limpo e cuidado; (b) A criação de espaços polivalentes, que permitam a criação das actividades mais diversas; e (c) A garantia de que as áreas públicas são visíveis a uma grande distância, através de uma iluminação uniforme e de qualidade.

Todos estes aspectos e recomendações acima descritas fazem actualmente parte de uma disciplina associada ao movimento das Cidades Saudáveis, designada por Planeamento Urbano Saudável. O conceito de Planeamento Urbano Saudável significa planear para as pessoas, ou seja, colocar as necessidades dos indivíduos e das comunidades no centro do processo do planeamento urbano, atendendo sempre às implicações que as decisões poderão ter na saúde e no bem-estar da pessoas (Barton & Tsourou, 2000).

Churchman (2002) refere precisamente que um dos desafios que se coloca aos técnicos ligados ao planeamento das cidades tem a ver com a consideração do nível micro, mesmo quando estes trabalham ao um nível macro. Esse nível micro diz respeito, por exemplo, às necessidades específicas de diferentes grupos da população, tais como crianças, idosos, entre outros e relaciona-se também com a importância do planeamento urbano contemplar as variações populacionais ao longo do tempo. Um ambiente que contemple, desde logo, múltiplas necessidades e preferências expressas por diferentes grupos populacionais tem grandes probabilidades de continuar a conter as necessidades dos mesmos ao longo de um vasto período de tempo.

O mesmo autor defende que uma estratégia para alcançar estes objectivos é através da promoção da participação pública no planeamento das cidades, na medida em que a presença dos cidadãos no processo de tomada de decisão estimula os técnicos de planeamento a tomar em consideração o nível mais micro. A promoção da qualidade de vida urbana implica, necessariamente, a satisfação das necessidades dos indivíduos, nos domínios que se situam na esfera pública, ou seja, que são criados, fornecidos e/ou regulados publicamente ou que são influenciados por decisões públicas (Churchman, 1992; 2002).

O Planeamento Urbano tem, portanto, um impacto determinante sobre as cidades. Aspectos tais como as condições de vida e de trabalho das pessoas, o acesso a equipamentos e serviços, o estilo de vida e a possibilidade de desenvolvimento de redes sociais fortes são influenciados pelos planos, políticas e iniciativas dos urbanistas e profissionais de áreas afins. Estes são, em simultâneo, os elementos centrais que condicionam, como já vimos, a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas nas cidades (Barton & Tsourou, 2000). O trabalho desenvolvido pela OMS nesta área é operacionalizado por um conjunto de projectos de cidades saudáveis da Rede Europeia, entre os quais o Projecto Seixal Saudável, e que têm vindo precisamente a explorar as ligações entre saúde, qualidade de vida e planeamento urbano, dando ênfase ao impacto positivo que o planeamento urbano pode ter sobre as mesmas.

O planeamento urbano pode influenciar, por exemplo, a qualidade física do bairro residencial, a distância entre este e o local de trabalho, a existência e localização de vários tipos de serviços e a qualidade ambiental. Interagindo com outros factores pessoais e sociais, o planeamento urbano influencia também domínios mais individuais, tais como a vida familiar, as relações pessoais e a auto-realização (Churchman, 1992). Neste sentido, implica encontrar o equilíbrio certo entre as pressões sociais, ambientais e económicas e a promoção dos princípios que regem o movimento das cidades saudáveis, tais como a equidade, a cooperação intersectorial, a participação comunitária e a sustentabilidade (Barton & Tsourou, 2000).

### *A Abordagem da Saúde Urbana*

Vlahov e Galea (2002) apresentam uma classificação dos aspectos do meio urbano com impacto sobre a saúde. Recorrem para tal, a um conceito que está associado ao movimento das cidades saudáveis – o conceito de saúde urbana. De acordo com a OMS (WHO, 1997d), a saúde urbana constitui o resultado dos efeitos de todos os factores distintos (e.g. sociais, ambientais, físicos) que afectam a vida dos indivíduos, famílias e comunidades no meio urbano.

Para aprofundar o estudo da saúde urbana, Vlahov e Galea (2002) propõem que sejam consideradas duas dimensões complementares com impacto sobre a saúde: a urbanização e a urbanicidade. Enquanto que a urbanização se refere às transformações em termos de dimensão, densidade e heterogeneidade das cidades, a urbanicidade diz respeito ao impacto da vida em meio urbano num determinado período. Assim, enquanto que no primeiro grupo se incluem aspectos tais como a implementação de novos edifícios, alterações nas vias de trânsito, fenómenos de migração populacional e o impacto dos mesmos sobre a saúde, no segundo vamos encontrar os acidentes de viação, os homicídios ou o consumo de substâncias tóxicas.

No modelo de Vlahov e Galea (2002), os aspectos do meio urbano passíveis de afectar saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas são agrupados em três grandes temas ou categorias: Ambiente Físico, Ambiente Social e Prestação de Cuidados de Saúde e Sociais. As características de cada categoria serão apresentadas oportunamente, quando forem abordadas as dimensões do stresse em meio urbano.

Com base nos três temas acima descritos e nas duas dimensões centrais ao estudo da saúde urbana – a urbanização e a urbanicidade – Vlahov e Galea (2002) propõem um modelo conceptual para o estudo da saúde urbana, exemplificado na Quadro 1.

## Quadro 1

### Modelo conceptual para o estudo da saúde urbana

Dimensões	Urbanicidade	Urbanização
Ambiente Físico	Poluição	Industrialização
Ambiente Social	Pobreza	Emigração
Serviços Sociais e de Saúde	Acesso limitados aos cuidados	Alteração das políticas fiscais

Nota: Neste exemplo, fornecido pelos autores, a poluição industrial em determinadas cidades e a consequente elevada prevalência de doenças respiratórias fazem ambas parte da urbanicidade, enquanto que as alterações dos níveis de poluição dizem respeito ao urbanismo (Adaptado de D. Vlahov & S. Galea, 2002).

O modelo anterior sugere a complexidade das características da vida urbana que influenciam a saúde. Esta complexidade requer uma abordagem multidisciplinar que, segundo os autores, deve contemplar ciências tão diversas como a ecologia, a demografia, a ciência política, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia e a psicologia. Também o planeamento urbano, já aqui abordado, o intercâmbio de boas práticas e a determinação dos líderes de opinião das várias disciplinas, sectores, comunidades e países constituem, segundo Moore, Gould e Kearu (2003), elementos decisivos de sucesso na promoção da saúde urbana.

### Stresse em Meio Urbano

O Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004) refere que em Portugal se verifica uma prevalência elevada de stresse, apesar de não existirem dados que permitam avaliar a verdadeira dimensão deste problema. Verifica-se, por exemplo que, relativamente ao resto da Europa, em Portugal as mulheres consomem três vezes mais medicamentos indutores do sono e que a taxa de prevalência perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) é de aproximadamente 7,9%.

Jenkins (1991), efectuando uma vasta revisão de literatura sobre os aspectos demográficos do stresse, sistematizou as conclusões relativas ao estudo desta variável em termos de acontecimentos de vida, suportes sociais, resultados sobre a saúde física e resultados sobre a saúde psicológica. Concluiu, assim, que não existem diferenças entre sexos em termos de acontecimentos de vida, mas sim nas respostas fisiológicas ao stresse. Este último dado havia sido já observado por Magnusson (1982), que referiu que os homens produzem consistentemente mais adrenalina do que as mulheres em situações stressantes. O suporte social é, em ambos os sexos, igualmente efectivo na protecção contra o stresse, apesar de se verificarem algumas diferenças em componentes específicos. A situação face ao

emprego e o estatuto estão associados à variação em termos de stresse e todos interagem com o sexo (Jenkins, 1991).

Antes de abordar o conceito de stresse em meio urbano, será feita uma breve revisão de literatura relativa ao conceito de stresse. Mais do que uma descrição exaustiva deste tema, esta revisão pretende salientar os principais marcos históricos que contribuíram para as perspectivas actuais no estudo desta temática.

### *Stresse: Do Modelo Fisiológico ao Modelo Transaccional*

Circunstâncias stressantes, que deixam as pessoas preocupadas, ansiosas, desprovidas de capacidades para as enfrentar são prejudiciais à saúde e podem conduzir à morte prematura (Wilkinson & Marmot, 2003). De facto, a relação entre stresse, saúde e doenças é mediada por processos fisiológicos, que envolvem primariamente o sistema nervoso autónomo simpático e parassimpático, os quais estão relacionados com a excitação e com a redução da excitação, respectivamente. Estes sistemas actuam por intermédio de neurotransmissores (catecolaminas) e a sua activação é extremamente rápida, não sendo porém mantida. Uma activação mais prolongada resulta, por seu turno, da libertação de neurotransmissores hormonais (epinefrina e norepinefrina), os quais vão entrar na circulação sanguínea e alcançar os órgãos controlados pelo sistema simpático: coração, artérias, músculos esqueléticos, cólon, entre outros. Em simultâneo, o mesmo sistema simpático vai também activar a hipófise, que liberta hormonas que estimulam o córtex cerebral a libertar hormonas corticosteróides. Estas aumentam a disponibilidade das reservas energéticas de gordura e carbo-hidratos, ajudando a manter o estado excitação (Bennett & Murphy, 1999).

A activação contínua da resposta de stresse faz desviar energia e recursos necessários a muitos processos fisiológicos importantes para a manutenção da saúde a longo termo. Os sistemas cardiovascular e imunológico são então afectados, o que resulta no incremento da vulnerabilidade a diversos problemas, tais como infecções, diabetes, hipertensão arterial, enfarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, depressão e agressividade (Wilkinson & Marmot, 2003).

A descrição anterior ilustra a associação entre stresse e saúde, do ponto de vista fisiológico. Um dos primeiros autores a estabelecer uma teoria consistente com base numa abordagem fisiológica foi Selye (1956), segundo o qual stresse constituiria uma resposta generalizada e indiscriminada a todos os estímulos adversos, independentemente da sua natureza. Na sua teoria do Síndrome de Adaptação Geral, Selye postula que as respostas

físicas ao stress ocorrem em três fases: (a) Fase de alarme, durante a qual o sistema nervoso simpático é activado, assim como os batimentos cardíacos e a respiração; (b) Fase de resistência, durante a qual o organismo procura resistir ao stress, ocorrendo já deterioração das defesas e; (c) Fase de exaustão, que resulta da incapacidade de resistir à situação stressante, após exposição repetida à mesma.

Entre as principais críticas ao modelo de Selye, destaca-se o facto de o mesmo negligenciar as diferenças individuais relacionadas com o stress e os factores psicológicos subjacentes a essas mesmas diferenças (Cox & Ferguson, 1991; Duffy & Wong, 1996).

Um outro modelo, proposto por Holmes e Rahe (1967 cit. por Bennet & Murphy, 1999), impulsionou o estudo dos acontecimentos de vida e da sua relação com o stress. Os autores desenvolveram uma escala sobre acontecimentos de vida, com eventos tão diversos, como a morte do cônjuge, reforma e até feriados. A pontuação resultava da simples contagem dos acontecimentos recentes, de acordo com uma ponderação estipulada para os mesmos.

Apesar de lhe ser reconhecida uma maior aproximação a uma perspectiva psicológica, este modelo assumia determinadas experiências de vida como intrinsecamente stressantes ou benignas, ignorando o seu significado ou impacte na vida do sujeito. Este modelo negligencia também a forma como o sujeito lida com os acontecimentos em causa ou o tipo de apoio de que dispõe. Estas e outras críticas são referidas por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), que defendem as escalas de acontecimentos de vida baseadas na avaliação pessoal, onde o impacto de cada evento é classificado pelo próprio, constituem melhores preditores de resultados relativos à saúde, do que as medidas objectivas de stress que resultam da simples contagem de acontecimentos ou de um ajustamento normativo dos resultados.

Parece evidente, portanto, que os indivíduos não respondem passivamente aos stressores, mas que interagem activamente com eles. Convém, desde já, ser feita a diferenciação entre o termo stressor, entendido como aquilo que é causado pelo meio externo e o termo stress, enquanto resposta ao stressor ou sofrimento (Magnusson, 1982; Ogden, 2000).

O trabalho desenvolvido por Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) e, especificamente, o modelo transaccional de stress contribuíram determinantemente para esta nova aceção, que posiciona os indivíduos como seres psicológicos que avaliam o mundo exterior.

Esta teoria é eminentemente relacional e orientada para o processo. É relacional, na medida em que o stress constitui uma relação particular, que se estabelece entre o indivíduo

e o ambiente e é orientada para o processo, em dois sentidos: (a) A pessoa e o ambiente encontram-se numa relação dinâmica em permanente mudança; e (b) Essa relação é bidireccional, dado que o indivíduo e o ambiente podem actuar um sobre o outro (Folkman, 1984).

Esta perspectiva evidencia a avaliação cognitiva, ou seja, o significado particular que o indivíduo faz relativamente aos acontecimentos. A este nível, foram definidos dois tipos de avaliação: a avaliação primária e a avaliação secundária. Através da avaliação primária, a pessoa avalia o significado de uma determinada transacção em função do seu bem-estar, considerando-a (a) irrelevante, (b) benigna-positiva ou (c) stresssante. Esta última categoria está, por sua vez, associada com diversos tipos de avaliação – dano/perda, ameaça, desafio (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984) e, mais recentemente, benefício (Cox & Ferguson, 1991).

A avaliação secundária ocorre quando a situação produz impacto sobre o seu bem-estar, levando a pessoa a avaliar os seus recursos assim como as opções a tomar. Nesta etapa, são avaliadas as estratégias de “coping”, sejam elas físicas (e.g. energia), sociais (e.g. rede social), psicológicas (e.g. auto-estima) ou materiais (e.g. dinheiro) (Folkman, 1984). No presente contexto, são consideradas genericamente duas funções do coping: o coping centrado nas emoções e o coping centrado no problema. No primeiro caso, o indivíduo procura reduzir as consequências emocionais negativas do agente causador de stresse, mas sem enfrentar a sua causa inicial enquanto que, no segundo caso, o indivíduo envida activamente esforços no sentido de modificar a fonte de stresse (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

A par do estudo da relação entre saúde (ou doença) e stresse, também tem sido produzida investigação sobre a relação entre stresse e qualidade de vida. A este nível, Ames, Jones, Howe e Brantley (2001) sugerem que o impacto negativo que o stresse exerce sobre a qualidade de vida pode ser explicado pelo facto de os indicadores de qualidade de vida se encontrarem relacionados com determinado domínio de funcionamento. Dado que o stresse psicológico tem vindo a ser associado às doenças e a alterações no funcionamento psicológico, é também provável que o mesmo exerça um impacto directo nos indicadores de qualidade de vida, tais como nos sintomas psicológicos, na satisfação com o trabalho e na satisfação com a vida.

Para estudar a relação entre estas variáveis, os referidos autores realizaram um estudo prospectivo com hipertensos, observando que o stresse de baixa e de elevada intensidade constituía um preditor significativo de todos os domínios da qualidade de vida, mesmo

quando controladas as variáveis idade e número de doenças crónicas. Os autores sugerem que o stresse deve ser uma variável a tomar em conta, quando se avalia o impacto de determinados aspectos relacionados com a saúde (e.g. medicação) sobre a qualidade de vida.

Numa tentativa de estabelecer uma visão integradora dos diversos contributos resultantes do estudo do stresse, Fleming, Baum e Singer (1984) salientam que deve ser feito um esforço no sentido de aproximar a tradição biológica e a tradição psicossocial, dado que o processo de stresse é caracterizado por padrões integrados de respostas psicológicas e biológicas a exigências situacionais.

### *Conceptualizando o Stresse Urbano*

Um número crescente de estudos, de áreas como a psicologia da saúde, psicologia ambiental e psicologia social têm procurado descrever as características específicas ao comportamento dos cidadãos. A maioria das teorias sobre o meio urbano postula que a vida nas cidades, em comparação com os meios suburbanos ou rurais, possui um impacto negativo sobre a saúde e a qualidade de vida e tem, como resultados, o isolamento, a desorganização e problemas psicológicos de vária ordem (e.g. Krupat, 1985). Contudo, outros estudos (e.g. Duffy & Wong, 1996) não reportam diferenças a este nível e indicam, inclusivamente, que a satisfação com bairro e a qualidade de vida dos habitantes da cidade é semelhante à dos que vivem em meios não urbanos.

As condições de vida na cidade revestem-se de grande complexidade e o estudo do stresse urbano exige um olhar cuidado sobre as suas características físicas e dinâmicas que se estabelecem. A este propósito Soczka (1996) refere:

A cidade é um mosaico cultural, com a justaposição de estratos sociais e funções diferenciadas, conotadas com específicas formas de viver o quotidiano, nos matizes das suas crenças, ideologias, valores, costumes e representações sociais. Na cidade estamos longe da relativa homogeneidade cultural e funcional que são apanágio das comunidades rurais, onde a mobilidade social é muito menor e as estratificações sociais mais acentuadas. Não existe consenso cultural na cidade. Ela é, de algum modo, um zoo humano, uma exposição amostral das diferenciações subculturais do *Homo sapiens*. É, também por isso, um espaço de conflitos e de geração de conflitos vividos através de um *stress* quotidiano (p. 398).

As origens do stresse humano que estão relacionadas de forma directa com os contextos urbanos são diversas. Aspectos como a elevada densidade populacional, a fadiga provocada pelas viagens e a frustração causada meios de transporte utilizados, a elevada estimulação do exterior, a violência, e a agressividade, os tempos de espera, a

despersonalização, os elevados custos da habitação, a extensão do trabalho e a ausência de sentido de comunidade, entre outros, contribuem decisivamente para o aumento das doenças crónicas, do alcoolismo e do suicídio nas cidades e devem constituir, por isso, um alvo central da intervenção na área da saúde (Moser, 1994).

Kaminoff e Prochansky (1982) defendem que, quanto mais o ambiente em causa se desvia das necessidades e solicitações pessoais ou colectivas, mais exigente ele se torna e maior o potencial de stresse suscitado. Estes autores referem que cada indivíduo detém um espaço pessoal, que constitui uma fronteira entre si próprio e os outros e que lhe permite manter a sua integridade física e psicológica. A violação desse espaço pode produzir mal-estar e interferir com as suas capacidades físicas e sociais. Esta necessidade espacial do indivíduo é visível, nomeadamente, através da procura de privacidade e do controlo de estímulos ambientais indesejáveis.

A relação entre espaço pessoal e privacidade tem, como pano de fundo, um outro conceito: o de territorialidade. Kaminoff e Prochansky (1982) caracterizam-no como a necessidade do indivíduo definir, defender ou preservar espaços e lugares para si próprio e exercer controlo sobre os mesmos. Neste contexto, a criação de fronteiras físicas (limites) determina o controlo dos indivíduos e dos grupos sobre a estimulação ambiental e a interacção social. Estas fronteiras servem para distinguir e separar áreas físicas em termos de som, luz e outras estimulações físicas, incluindo o acesso a determinada área. As fronteiras entre territórios podem ser demasiado permeáveis, levando à invasão de privacidade, à incompatibilização entre actividades e até ao conflito ou, pelo contrário, serem demasiado impermeáveis, criando problemas de acesso e contacto entre pessoas e grupos cuja tarefa exige um elevado grau de comunicação. Por outro lado, a presença de fronteiras que demarcam claramente os territórios pode ajudar a mitigar a percepção e efeitos das elevadas densidade populacionais (e.g. dormitórios colectivos, sanitários públicos).

Um fenómeno comum em meios urbanos e que se prende com os aspectos descritos é o fenómeno de sobredensidade populacional ou apinhamento (do inglês "crowding").

As altas densidades populacionais podem apresentar riscos do ponto de vista biológico (e.g. epidemias bacterianas), do ponto de vista urbanístico (e.g. planeamento dos espaços habitacionais) ou de engenharia (e.g. organização e planeamento do tráfego). Mas mais do que o fenómeno meramente demográfico, aos psicólogos deve interessar a percepção subjectiva de apinhamento e os subsequentes efeitos comportamentais (Soczka, 1996).

Ligada à questão do apinhamento, está também a noção de proxémica de E. T. Hall (1974 cit. por Soczka, 1996), a qual constitui o estudo das transacções do homem, de acordo

com a sua percepção e utilização dos espaços íntimos, pessoais e sociais, de acordo com as regras implícitas dos paradigmas culturais. Efectivamente, nas espécies sociais existe um limite culturalmente estabelecido para a proximidade física entre congéneres. Em condições de sobrepopulação verifica-se uma constata violação dessas fronteiras, uma perda de controlo das situações e da qualidade das interacções, por isso, a infracção dessa distância (tal como acontece nos transportes públicos) é um factor de stresse. Segundo Soczka (1996), este aspecto sofre variações significativas, conforma a cultura de origem dos indivíduos. Assim, os povos latinos e mediterrânicos, quando estabelecem diálogos, utilizam distâncias muito menores do que os das culturas anglo-saxónicas e do norte da Europa e, por sua vez, essas distâncias interpessoais parecem ser mínimas nas culturas árabes, onde as aproximações são ainda maiores do que nos povos latinos.

Em condições naturais, o aumento da densidade populacional está também associado à diminuição dos recursos disponíveis *per capita*, originando a competição intra-específica por esses recursos (Soczka, 1996). Este fenómeno leva, por sua vez, à sobreutilização dos recursos existentes, sobretudo quando se tratam de recursos básicos à vida do ser humano, como é o caso dos serviços da área da saúde e da área social. A diminuição no acesso a esses serviços resulta invariavelmente na diminuição da qualidade dos mesmos (Moser, 1994). Estes cuidados, apesar de imprescindíveis tornam-se, como consequência, mais impessoais, como que “mecanizados”.

As situações apresentadas são fruto do desajuste entre os atributos do ambiente urbano e as necessidades pessoais do indivíduo. Para Kaminoff e Prochansky (1982), esse desajuste pode criar exigências que excedem a capacidade do indivíduo para lidar com elas e para concretizar os seus objectivos nesse contexto. Este aspecto irá, por conseguinte, induzir stresse no sujeito.

De forma mais lacónica, e com base no modelo transaccional de stresse, de Lazarus e Folkman (1984), o stresse urbano pode ser conceptualizado como um desajuste entre as exigências e condicionalismos do meio urbano e as características do indivíduo.

Moser (1994) propõe um modelo funcional do comportamento humano face a estímulos ambientais adversos, que podem estar na base do stresse urbano. De acordo com este modelo, todas as estimulações ambientais produzem activação neurovegetativa. Dependendo da intensidade desta excitação, pode ocorrer uma de três situações: (a) Uma reacção automática às condições ambientais; (b) Uma intervenção de processos cognitivos de elaboração e de adaptação à situação ou; (c) Uma reacção automática desorganizada.

Se a activação produzida pela estimulação não for suficientemente evidente, em comparação às condições perante as quais o indivíduo habitualmente se encontra exposto, ocorre uma reacção automática adaptativa, que consiste em reacções psicomotoras das quais o indivíduo não tem, na maioria das vezes, consciência. Este aspecto pode resultar numa diminuição da atenção relativamente ao exterior, numa redução do contacto visual ou na activação psicomotora. Moser (1994) refere que tal se pode expressar, por exemplo, no facto dos cidadãos se deslocarem mais depressa do que os que vivem em ambientes não urbanos e tomarem menos atenção ao ambiente envolvente. Este último aspecto parece ir ao encontro de observações realizadas do âmbito da psicologia social, que salientam uma associação entre os efeitos da massificação e a apatia social (Soczka, 1996).

Moser (1994) refere que, quando a activação produzida pela estimulação é moderada, ela vai permitir a intervenção de operações cognitivas, sob a forma de percepção, identificação e avaliação da situação adversa. O indivíduo vai então tomar em conta o nível de estimulação perante o qual se encontra exposto em determinada situação, o qual que irá, por sua vez, determinar a intervenção de processos cognitivos. Se o nível de estimulação for demasiado fraco, não ocorrerá qualquer tentativa de coping, dado que a mesma seria desnecessária. Porém, um nível de estimulação apreciado como extremo, leva à redução da capacidade de coping, dado que a excitação adicional que emerge do facto de o indivíduo ser confrontado com uma estimulação forte e altamente adversa impede-o de controlar a situação. Esta activação adicional gera reacções automáticas desorganizadas.

No caso da activação neurovegetativa demasiado intensa podem ser observadas reacções automáticas desorganizadas, que se podem traduzir em raiva ou agressividade, intensa emoção relativamente a determinada situação, entre outras.

Moser (1994) salienta que as operações descritas no caso da excitação neurovegetativa moderada correspondem ao conceito de avaliação primária do modelo de stresse descrito por Lazarus e Folkman. Porém, contrariamente a este modelo, Moser considera que a avaliação primária apenas ocorre quando a estimulação adversa se situa dentro de certos limites, que variam em função das condições gerais sobre as quais o estímulo agudo foi encetado. Consequentemente, é apenas durante a uma excitação neurovegetativa moderada, perante determinados níveis de estimulação apreciados como toleráveis, que o indivíduo pode mobilizar os recursos cognitivos que lhe permitem avaliar as hipóteses de fazer face (através do coping) à situação.

Para melhor operacionalizar a variável stresse urbano, recorreremos, no presente estudo, ao conceito de saúde urbana, conforme preconizado pela OMS e às três dimensões

estabelecidas por Vlahov e Galea (2002) para o estudo do mesmo. Esta abordagem permite enquadrar os temas aqui abordados em três grandes categorias: (a) Ambiente físico; (b) Ambiente social e (c) Cuidados de saúde e sociais, que serão seguidamente apresentados.

Na categoria Ambiente Físico incluem-se aspectos como o ambiente edificado, a poluição da água e do ar, a recolha de resíduos sólidos urbanos, as condições sanitárias, a exposição ao ruído, a qualidade dos transportes e acessibilidades, a disponibilidade de determinados recursos (e.g. alimentos saudáveis) e ainda a qualidade das habitações. Como exemplo, Vlahov e Galea (2002) referem a relação do ruído com problemas de audição, hipertensão e doença isquémica do coração. Mais recentemente, tem-se vindo a desenvolver o interesse pelo impacto do ambiente físico edificado e da concepção dos espaços públicos sobre a saúde física e mental. Esta é, muito possivelmente, a área em que se tem produzido um maior número de estudos, já que nela podemos encontrar diversos aspectos relacionados com a psicologia ambiental e abordagens específicas à problemática da elevada densidade populacional, do elevado agregado doméstico privado, das condições de habitação e da exposição ao ruído.

Estudos sobre a qualidade do ar têm revelado que a poluição atmosférica resultante do tráfego automóvel é percebida pela população como sendo um factor que influencia fortemente a sua qualidade de vida e que este incómodo é mais evidente nos indivíduos que residem em áreas urbanas do que nos que residem em áreas rurais (Williams & Bird, 2003).

Para estudar a percepção do público relativamente à relação entre poluição atmosférica e saúde, Howel, Moffat, Bush, Dunn e Prince (2003), compararam essas percepções com a sua área de residência, tendo encontrado diferenças significativas nos resultados entre os indivíduos que residiam perto de zonas industriais e os que residiam longe das mesmas.

O Ambiente Social refere-se às características das comunidades urbanas que afectam o comportamento individual, tais como o estatuto sócio-económico, o crime e a violência, a presença de populações marginalizadas com comportamentos de risco, a alta prevalência de stressores psicológicos que acompanham a elevada densidade e diversidade das cidades, o isolamento/suporte social e a diversidade social. Enquanto que a diversidade pode suscitar stresse inter-racial, a segregação social ou étnica tem vindo a ser associada a uma saúde diminuta (Vlahov & Galea, 2002).

Um estudo com população israelita (Churchman, 1992) demonstrou, no grupo estudado, as mulheres saíam para trabalhar, em média, três horas mais cedo que os homens e que as mesmas demoravam, em média, 20 a chegar ao local de trabalho, enquanto que os homens demoravam o dobro.

Estudos relacionados com o apinhamento residencial, revelam que aspectos subjectivos, tais como a satisfação com a habitação e a falta de privacidade conduzem a efeitos negativos sobre a saúde. Os autores do estudo (Edwards, Fuller, Vorakitphokatorn & Sermsri, 1994) referem que o apinhamento residencial está associado à ocorrência de stresse que, por sua vez, conduz à ocorrência de doenças.

As condições de trabalho têm também uma forte influência sobre a saúde e a qualidade de vida. Wilkinson e Marmot (2003) referem, por exemplo, que o stresse no trabalho contribui de forma significativa para as diferenças em termos de saúde encontradas em pessoas de diferentes estratos sociais, assim como a taxa de absentismo por doença ou até para a morte prematura, superiores nos grupos mais desfavorecidos. Os mesmos autores referem que a saúde dos indivíduos é afectada quando estes têm poucas oportunidades para utilizar as suas capacidades e baixa autonomia para tomar decisões. Este último aspecto está particularmente relacionado com um risco acrescido de dores lombares e de doenças cardiovasculares, risco esse que, de acordo com os autores, tem mostrado ser relativamente independente das características psicológicas dos indivíduos.

Outros estudos têm ainda demonstrado que os empregos que se caracterizam por uma elevada exigência e um baixo controlo comportam também um elevado risco para a saúde e que o suporte social no local de trabalho pode constituir um factor protector (Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000). Estes e outros resultados demonstram que o ambiente psicossocial de trabalho constitui um importante condicionante da saúde (Wilkinson & Marmot, 2003).

A Prestação de Cuidados de Saúde e Sociais é outra categoria que, apesar de se encontrar relacionada com a anterior, possui características distintas. Esta categoria diz respeito, sobretudo, à disponibilidade, acesso e qualidade dos recursos sociais e de saúde por parte dos diferentes grupos sociais e à interacção entre estes diversos aspectos. Este aspecto tem particular importância, especialmente devido à presença de populações desfavorecidas com elevadas necessidades a nível social e de saúde que, em simultâneo, possuem grandes dificuldades no acesso a esses serviços, sobretudo quando os mesmos são insuficientes face às solicitações. Por outro lado, é também importante não esquecer que, nas grandes cidades, em contraste com o que acontece nos meios suburbanos ou rurais, existe uma maior variedade de serviços prestados, os quais cobrem um maior número de necessidades dos seus habitantes (Vlahov & Galea, 2002).

Os estudos realizados com populações em contextos urbanos nesta última vertente têm incidido, nomeadamente, na avaliação de seguros de saúde (e.g. Bronstein & Adams, 2002) e

de serviços especificamente concebidos para prestar apoio a determinados grupos da população como, por exemplo, indivíduos de zonas urbanas infectados com o VIH (e.g. Montoya, Bell, Richard, Goodpastor & Carlson, 1998).

Ferriss (2000) desenvolveu um estudo que abrangeu os diversos estados americanos avaliando indicadores como a saúde, a habitação, a longevidade, um ambiente livre de poluição e o crime, entre outros, tendo concluído que menores níveis de stresse relativos a estes indicadores estavam associados a uma melhor qualidade de vida.

Num estudo desenvolvido com 394 mulheres de áreas rurais de Queensland (Austrália), Bramston, Rogers-Clark, Hegney e Bishop (2000) verificaram que a localização geográfica não estava significativamente relacionada com as percepções relativamente à qualidade de vida. Opostamente ao esperado, a urbanização e o isolamento não constituíram preditores da saúde mental. Os autores sugerem que outros factores, tais como determinadas características de personalidade e papéis sociais desempenhados, exercem mais influência sobre o bem-estar emocional das pessoas do que a localização geográfica das mesmas.

### O Estudo da Personalidade no Contexto do Stresse Urbano

O estudo da personalidade associado ao meio urbano esteve, durante algum tempo, ligado à teoria determinista do urbanismo, onde o ambiente urbano é considerado um determinante do comportamento das pessoas nas cidades, ao qual estas têm de se adaptar para sobreviver (Krupat, 1985). Partindo de três atributos da cidade – a dimensão, a densidade populacional e a sua heterogeneidade populacional – Wirth deduziu um conjunto de implicações psicológicas para a vida das pessoas na cidade, as quais moldariam a personalidade urbana. O autor refere que os três atributos atrás referidos estão associados a factores como as perturbações mentais, o suicídio, a delinquência, o crime e a insegurança, entre outras. Defende também que a elevada densidade populacional induz a segmentação das relações pessoais e gera relações sociais superficiais, anónimas e transitórias (Rhode & Kendle, 1994).

Autores como Krupat (1985) afastaram-se da abordagem apresentada por Wirth, dado o forte carácter de determinismo ambiental que ela encerra, adoptando a perspectiva da psicologia ambiental para compreender a dinâmica e a influência mútua entre as pessoas e a cidade. Nesta perspectiva, as pessoas não constituem seres passivos, dominados pelo meio

urbano, mas sim indivíduos activos, com capacidade de escolha e intervenção sobre o mesmo.

### *O que é a Personalidade? O Modelo dos Cinco Factores*

Existem mais de 50 definições de personalidade, onde o aspecto central mais comum é que ela constitui uma unidade estável e individualizada de conjuntos de condutas (Doron & Parot, 2001). Allport (1961 cit. por Wrosch & Scheier, 2002) refere que a personalidade é uma organização dinâmica pessoal de sistemas psicofisiológicos que gera padrões de comportamento, pensamento e sentimentos característicos daquela pessoa. Wrosch e Scheier (2002) referem ainda que o termo personalidade pressupõe um sentido de consistência, causalidade interna e unicidade pessoal.

Têm sido diversos os autores a dedicarem-se ao estudo da personalidade, entre os quais se encontram Costa e McCrae (1992). Estes autores defenderam um modelo teórico, vulgarmente designado como o Modelo dos Cinco Factores (no original, “Big Five”) que permite uma avaliação compreensiva da personalidade adulta (Lima & Simões, 1995).

O Modelo dos Cinco Factores surgiu na década de 90, na sequência da tentativa de organização da área da psicologia da personalidade. Esta abordagem coloca a ênfase nos traços, considerados construtos centrais na análise da personalidade (Lima, 1997) e propõe uma representação da estrutura da personalidade em termos de cinco dimensões básicas e de conjunto de facetas associadas a cada domínio, conforme representado no Quadro 2.

#### Quadro 2

##### Domínios e Facetas avaliados pelo NEO PI-R

Domínios	Facetas
Neuroticismo (N)	Ansiedade (N1), Hostilidade (N2), Depressão (N3), Auto-Conscienciosidade (N4), Impulsividade (N5), Vulnerabilidade (N6)
Extroversão (E)	Acolhimento Caloroso (E1), Gregariedade (E2), Assertividade (E3), Actividade (E4), Procura de Excitação (E5), Emoções Positivas (E6)
Abertura à Experiência (O)	Fantasia (O1), Estética (O2), Sentimentos (O3), Acções (O4), Ideias (O5), Valores (O6)
Amabilidade (A)	Confiança (A1), Rectidão (A2), Altruísmo (A3), Complacência (A4), Modéstia (A5), Coração-mole (A6)
Conscienciosidade (C)	Competência (C1), Ordem (C2), Dever (C3), Luta pela Aquisição (C4), Auto-disciplina (C5), Deliberação (C6)

Nota: Adaptado de M. P. Lima & A. Simões (1995)

Cada domínio pode ser caracterizado da seguinte forma (Costa & MacCrae, 1992; Lima & Simões, 1995):

- Neuroticismo: Tendência para experienciar afectos negativos, como tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa;

- Extroversão: Relaciona-se com uma elevada quantidade e intensidade em termos de relações interpessoais, no nível de actividade, na necessidade de estimulação e na capacidade de exprimir alegria;

- Amabilidade: Prende-se que com a qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções;

- Conscienciosidade: Diz respeito ao grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo, contrastando pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas.

- Abertura à Experiência: Tendência para uma imaginação activa, sensibilidade estética, curiosidade intelectual e juízo independente.

Esta última dimensão será, mais à frente, descrita com maior detalhe.

### *Personalidade, Saúde e Qualidade de Vida*

Parece relativamente consensual que os indivíduos que são bem ajustados, socialmente estáveis e bem integrados nas suas comunidades estão sujeitos a um risco significativamente mais baixo de adoecerem ou de morrerem prematuramente. Estes exemplos são utilizados por Friedman (2000) para demonstrar a associação entre factores psicossociais e saúde e longevidade. Porém, as razões que conduzem a estes resultados são complexas e estão ainda, segundo o mesmo, insuficientemente estudadas.

O postulado de que os traços de personalidade desempenham um papel preponderante no desenrolar das doenças foi reforçado já nos anos 40 do século XX, pelas investigações na área da psicossomática, através da constatação de semelhanças psicológicas entre indivíduos que padeciam das mesmas perturbações orgânicas. Porém, o advento da psicologia da saúde e da medicina comportamental veio dotar os núcleos científicos de uma nova abordagem psicológica face às questões relacionadas com a saúde física (Krantz & Hedges, 1987).

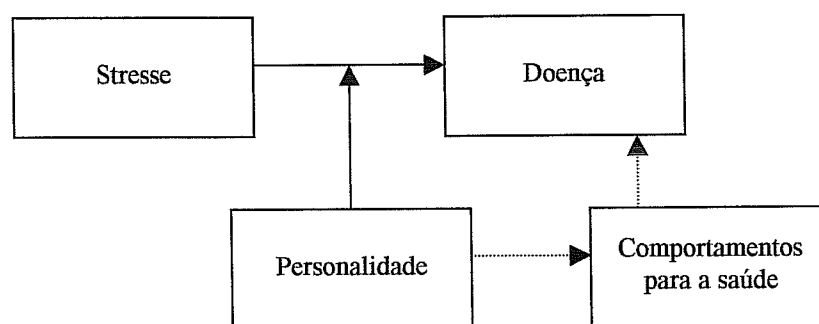
Holroyd e Coyne (1987) defendem que o estudo da relação entre personalidade e saúde deve ser acompanhado de três importantes aspectos: (a) Uma definição precisa dos critérios que permitem afirmar que as variáveis de personalidade constituem um factor de risco para a saúde; (b) Uma avaliação rigorosa dos contornos das doenças (i.e. as variáveis dependentes)

e; (c) Uma distinção empírica das variáveis de personalidade em causa (i.e. as variáveis independentes) de outras variáveis psicológicas relacionadas com as mesmas.

O modelo que tem implicitamente orientado muita da investigação sobre personalidade e saúde assume que as variáveis de personalidade deixam os indivíduos vulneráveis a acontecimentos de vida stressantes ou então que estão associadas a comportamentos de risco para a saúde. Este modelo, graficamente ilustrado na Figura 1, possui um valor eminentemente heurístico, dado que representa uma simplificação excessiva do papel das variáveis de personalidade na doença.

Figura 1

Modelo explicativo relativo à influência da personalidade sobre a saúde



Nota: Adaptado de A. Holroyd e J. Coyne (1987)

Os factores de personalidade foram introduzidos no estudo da relação entre stresse e doenças devido ao descontentamento gerado face à relação causal simples que se presumia existir entre os acontecimentos de vida stressantes e o início de determinada doença. Acresce ainda que a relação entre acontecimentos de vida e doenças não é muito forte, provavelmente devido à grande variabilidade individual registada em relação ao impacto dos acontecimentos de vida e de outros tipos de stressores psicológicos sobre os sujeitos. As respostas individuais ao stresse podem ser modificadas por factores tão diversos como as diferenças no suporte social, nos estilos de coping, entre muitos outros (Ranchor & Sanderman, 1991).

Kratz e Hedges (1987) sistematizam as abordagens sobre a personalidade e as doenças de acordo com três perspectivas diferentes: (a) Os traços enquanto factores etiológicos da patofisiologia; (b) Os traços enquanto estilos de coping; (c) Os traços enquanto comportamentos relacionados com a saúde.

Na primeira abordagem, o aspecto mais proeminente está relacionado com o papel causal que os traços de personalidade exercem sobre a etiologia e progressão da doença, por

exemplo através da produção de alterações psicofisiológicas, como no caso do padrão de comportamento tipo A.

A segunda abordagem, também vista como a abordagem dos moderadores de stresse, coloca a ênfase nas capacidades de coping para a saúde em geral e para a resistência à doença, como no caso do optimismo, estilos de atribuição, entre outros (Kratz & Hedges, 1987). Aqui, os factores de personalidade são vistos como modificadores da relação entre stresse e doença, facilitando ou inibindo os efeitos do stresse (Ranchor & Sanderman, 1991).

A terceira abordagem, contrariamente às anteriores, não diz respeito ao início ou à progressão da doença, mas sim aos factores que geram modificações na percepção da doença ou na utilização dos cuidados médicos (Kratz & Hedges, 1987; Ranchor & Sanderman, 1991). Smith e Williams (1992) referem que terceiro ponto tem sido objecto de muitos trabalhos na área da medicina comportamental e da psicologia da saúde, os quais se centram em torno da hipótese de que determinadas características de personalidade deixam as pessoas mais vulneráveis às emoções disfóricas e disfunções comportamentais que acompanham muitas vezes as crises no plano médico bem como as doenças crónicas.

Tendo por base os cinco factores patentes no modelo de Costa e McCrae, estudos diversos têm apontado para uma relação entre a dimensão neuroticismo e práticas prejudiciais à saúde e ainda ausência de comportamentos de saúde positivos. A extroversão tem vindo a ser associada ao consumo de substâncias tóxicas, mas também a comportamentos positivos, tais como a prática de exercício físico e a outros comportamentos associados à prevenção de determinadas doenças. A associação entre os comportamentos de saúde e os outros três grandes domínios de personalidade tem vindo a merecer menor atenção na literatura científica. Existe, no entanto, alguma evidência sobre a associação entre amabilidade e hábitos de exercício físico e melhor controlo dietético e entre conscienciosidade e taxas menores de consumo de substâncias tóxicas. Pelo contrário, tem-se observado uma associação directa entre abertura à experiência e o consumo destas substâncias (Boot-Kewley & Vickers, 1994).

Para Wrosch e Scheier (2002), existe também uma clara relação entre personalidade e qualidade de vida. Este aspecto mostrou-se sistematicamente presente em três estudos realizados por Evans, Pellizari, Culbert & Metzen (1993) com 134 residentes em Ontário, nos quais foi analisada a relação entre personalidade, qualidade de vida e diversas variáveis demográficas. Os resultados evidenciaram uma clara relação entre as duas primeiras variáveis, sendo que a auto-estima e o “hardiness” constituíram importantes componentes da qualidade de vida.

A influência da personalidade sobre esta variável resulta, segundo Wrosch e Scheier (2002), do facto de esta condicionar a forma como os indivíduos encaram situações de vida críticas e reagem perante as mesmas, o que vai, por sua vez, ter um impacto favorável ou desfavorável sobre as suas vidas. Esta relação é ilustrada com o seguinte exemplo: Se uma pessoa é mais conscienciosa (i.e. possui níveis mais elevados na dimensão conscienciosidade do modelo de personalidade aqui desenvolvido), terá provavelmente maior tendência a estabelecer indicadores de qualidade de vida mais objectivos, como por exemplo, ter uma carreira profissional bem sucedida. A característica de personalidade aqui presente orienta, não só a escolha dos objectivos, mas também a satisfação perante a concretização dos mesmos. Os autores referem também que esta relação está associada a níveis mais elevados de bem-estar subjectivo.

As diferenças individuais desempenham, como ficou aqui implícito, um papel importante enquanto moderadoras da forma como os indivíduos respondem às circunstâncias de vida (Wrosch & Scheier, 2002). Os autores criticam alguns estudos nos quais se procura controlar a personalidade para observar apenas a relação entre a variável preditora (e.g. aborrecimentos do quotidiano) e o factor de qualidade de vida em causa (e.g. a saúde), na medida em que, ao fazerem-no, estão a eliminar a variância que na realidade pode ser responsável pela qualidade de vida que os indivíduos reportam.

#### *A Abertura à Experiência Enquanto Moderadora dos Efeitos do Stresse Urbano*

O estudo das características individuais associadas ao stresse tem permitido recolher um conjunto de evidências acerca da sua relação com essa dimensão. Entre as mais estudadas encontram-se o padrão de comportamento tipo A, a hostilidade, o “hardiness”, o sentido de coerência, entre outras (Cox & Fergusson, 1991; Schaubroeck & Ganster, 1991) assim como algumas dimensões da personalidade, tais como neuroticismo (Costa & McCrae, 1992).

O papel que a dimensão abertura à experiência exerce, em associação ou interacção com outras variáveis, tem sido no entanto menos prolífico, não obstante o seu interesse para área dos comportamentos de saúde e afins.

De acordo com Cox e Fergusson (1991), o estudo das diferenças individuais (incluindo a personalidade) em relação ao stresse tem vindo a ser feito através de duas formas principais: (a) enquanto componentes e mediadores da avaliação do stresse; e (b) enquanto moderadores da relação do stresse com os seus resultados. Os autores definem, como

variável moderadora, aquela cuja presença ou nível altera a direcção ou a força da relação entre duas outras variáveis. A investigação da influência da abertura à experiência sobre a relação que o stresse urbano estabelece com a saúde e a qualidade de vida insere-se neste último ponto.

Tal como genericamente já foi referido, a abertura à experiência está relacionada com a procura pro-activa, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. Os indivíduos abertos à experiência são, por conseguinte, curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior e a sua vida experiencial é muito rica. Estão dispostos a tomar em consideração novas ideias e valores não convencionais e experienciam um leque mais variado de emoções, tanto positivas quanto negativas. Em sentido oposto, pessoas com baixa abertura à experiência tendem a ser mais convencionais, mais conservadoras, preferem o familiar à novidade, têm uma gama de interesses mais limitada e tendência a ser pouco artísticas e analíticas (Lima, 1997).

No que respeita a algumas diferenças individuais relativamente à abertura à experiência, alguns estudos têm demonstrado que indivíduos mais novos e residentes em meios urbanos apresentam valores mais elevados neste domínio do que os mais velhos e que residem em meios suburbanos ou rurais (Costa et al., 1986; Lima, 1997; Lima & Simões, 2003). Não têm sido observadas, no entanto, diferenças entre sexos nem entre as posições ocupadas na família (pai, mãe, filho e filha) quanto aos construtos em análise

Com o objectivo de analisar as relações entre personalidade e coping, Costa et al. (1986) observaram que a abertura à experiência, entre outras dimensões, estava sistematicamente relacionada com a utilização de mecanismos de coping mais eficazes, os quais apresentavam índices superiores de bem-estar. Smith e Williams (1992) sugerem que a abertura à experiência pode estar relacionada com uma avaliação cognitiva que vai no sentido da redução do stresse e, como tal, ligada ao amortecimento da doença, tal como acontece com outras variáveis psicológicas.

Conforme foi também já aqui referido, existe alguma evidência de que uma maior abertura à experiência está directamente associada a determinados comportamentos prejudiciais para a saúde, tais como o consumo de substâncias tóxicas (Booth-Kewley & Vickers, 1994).

Num estudo com 143 estudantes universitários, com e sem depressão, Wolfenstein & Trull (1997) verificaram que a abertura à experiência constituía um bom preditor de elevados resultados na escala de depressão. As facetas Sentimentos e Fantasia mostraram um efeito moderador sobre a relação entre a extroversão e a depressão, verificando-se uma redução dos

valores da extroversão e um aumento dos valores da depressão. Os autores defendem que a abertura à experiência poderá constituir um factor de risco para a depressão, como resultado da elevada discrepância entre o estado real e o estado desejado (e.g. maior fantasia) característica dos indivíduos mais abertos à experiência. Por outro lado, o facto de estes indivíduos possuírem maior abertura aos sentimentos (faceta O3), significa provavelmente que a vivência das emoções é feita de uma forma bastante mais intensa do que nos outros.

Alguns autores (e.g. Trull and Sher, 1994; Wofenstein & Trull, 1997) sustentam, inclusivamente, que a abertura à experiência pode estar relacionada, de uma forma mais global, com as perturbações mentais, sendo que Trull e Sher (1994) encontraram mesmo associações entre a abertura à experiência e perturbações da ansiedade, bem como com outras perturbações do eixo I.

Considerando o âmbito do presente estudo, torna-se imprescindível salientar a importância que a personalidade, a par de outras características individuais (e.g. sexo, idade), assume face ao ajustamento e à adaptação entre a pessoa e o ambiente, especificamente no espaço urbano. Questões como “quem é aquela pessoa?” e “quais os seus objectivos perante aquele espaço?” relacionam-se com as noções de espaço pessoal, privacidade e territorialidade (Kaminoff & Proschansky, 1985), anteriormente abordadas.

Face às matérias abordadas através da presente revisão de literatura, pretende-se em seguida analisar a relação entre stresse em meio urbano, saúde e qualidade de vida numa população composta por adultos residentes em áreas predominantemente urbanas. Espera-se assim encontrar uma associação inversa entre o stresse em meio urbano e satisfação com a saúde e igualmente uma associação inversa, entre a primeira variável e a qualidade de vida. Espera-se ainda que a abertura à experiência exerça um efeito moderação sobre as relações atrás referidas. Nestes sentido, os objectivos desta investigação são:

- Caracterizar o Stresse em Meio Urbano e desenvolver um instrumento que avalie este construto;
- Determinar a associação entre Stresse em Meio Urbano, Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde numa população adulta, residente em áreas predominantemente urbanas.
- Determinar se a dimensão de personalidade Abertura à Experiência exerce um efeito moderador sobre estas relações.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra foi composta por 668 sujeitos, com idades superiores a 17 anos, de ambos os sexos, empregados no momento da avaliação, que residiam e/ou trabalhavam no concelho do Seixal. A escolha deste concelho, em termos de referência principal, deveu-se ao facto de todas as suas freguesias constituírem áreas predominantemente urbanas (INE/DGOTDU, 1999) e, sobretudo, ao facto de este município integrar a Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, em cujo referencial teórico se sustenta este estudo.

Foi ainda estabelecido que, no caso de os participantes não se enquadrarem no último critério (i.e., se apenas trabalhassem no Seixal), deveriam residir igualmente numa área predominantemente urbana (INE/DGOTDU, 1999) da área metropolitana de Lisboa. No sentido de dar maior consistência aos resultados obtidos e tendo em conta a importância do contexto geográfico neste estudo, apenas integraram a amostra os participantes que residiam há, pelo menos, 2 anos no respectivo concelho.

Para a realização deste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, maioritariamente composta por trabalhadores de empresas e instituições sediadas no concelho do Seixal, parceiras do Projecto Seixal Saudável.

#### *Forma de Preenchimento do Questionário*

Os questionários em formato de papel foram preenchidos por 86,8% dos participantes ( $N=580$ ), enquanto que 13,2% ( $N=88$ ) optaram pela versão em formato digital, disponível através da Internet.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de preenchimento para as variáveis idade,  $t(600)=-4,74$ ,  $p=0,0001$ , escolaridade,  $t(152,11)=5,78$ ,  $p=0,0001$  e profissão  $\chi^2(8)=29,60$ ,  $p=0,0001$ , sendo que os indivíduos que efectuaram o preenchimento pela Internet são, em média, mais novos e possuem maior escolaridade. O preenchimento pelo papel foi o mais utilizado em todas as profissões, sendo que, nas profissões mais diferenciadas – especialistas das profissões intelectuais e científicas, técnicos e profissionais de nível intermédio e outros – esta diferença foi mais esbatida (ver Quadro 3).

## Quadro 3

Diferenças entre os participantes que preencheram o questionário através de papel e através da Internet relativamente à idade, escolaridade e profissão

Variáveis	Papel (N=580)		Internet (N=88)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Idade	37,88	10,53	32,23	9,17	-4,74	660	***
Escolaridade	12,40	4,11	14,38	2,74	5,78	152,11	***
Profissão	Papel		Internet		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%			
Profissão					29,60 <sup>a</sup>	8	***
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	160	82,5%	34	17,5%			
Técnicos e profissionais de nível intermédio	68	82,5%	19	21,8%			
Pessoal administrativo e similares	168	93,9%	11	6,1%			
Pessoal dos serviços e vendedores	34	91,9%	3	8,1%			
Operários, artífices e trabalhadores similares	19	90,5%	2	9,5%			
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	17	100%	0	0%			
Trabalhadores não qualificados	47	97,9%	1	2,1%			
Funcionários públicos sem outra especificação	50	82,0%	11	18,0%			
Outros	11	73,3%	4	27,7%			

Nota: <sup>a</sup> 4 células (22,2%) possuem frequências esperadas inferiores a 5; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Não foram, no entanto, encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à forma de preenchimento relativamente ao tipo de espaço de trabalho,  $\chi^2(3)=5,75$ ,  $p=0,13$ .

### Idade

Os indivíduos da amostra têm idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, sendo a média de idades de 37,13 ( $DP=10,60$ ).

### Género

A amostra é composta por 239 indivíduos do sexo masculino (35,78%) e 421 do sexo feminino (63,02%), sendo que 8 indivíduos (1,20%) não indicaram o sexo pertencente. A média de idades foi de 38,76 ( $DP=11,58$ ), para o sexo masculino e 36,04 ( $DP=9,63$ ), para o sexo feminino.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos relativamente à idade,  $t(654)=3,23$ ,  $p=0,002$ , escolaridade,  $t(408,09)=-3,89$ ,  $p=0,0001$ , tempo de viagem

entre casa e o trabalho,  $t(556,52)=-2,45$ ,  $p=0,015$  e número de assoalhadas,  $t(653)=-3,44$ ,  $p=0,001$  (ver Quadro 4).

#### Quadro 4

##### Caracterização demográfica da amostra por sexo

Variáveis demográficas	Sexo M (N=239)		Sexo F (N= 421)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Idade	38,76	11,58	36,04	9,63	3,23	654	**
Escolaridade	11,83	4,40	13,17	3,68	-3,89	408,09	***
Tempo de residência no concelho	24,36	13,78	22,63	13,26	1,58	650	n.s.
Tempo viagem casa-trabalho	21,07	16,82	24,69	20,11	-2,45	556,52	*
N.º assoalhadas	3,65	1,12	4,01	1,40	-3,44	653	***
Agregado doméstico privado	2,97	1,12	3,10	1,16	-1,33	654	n.s.
N.º pessoas no mesmo espaço de trabalho	5,61	5,54	7,17	26,32	-0,861	616	n.s.

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos relativamente à profissão,  $\chi^2(8)=10,37$ ,  $p=0,0001$ . Verifica-se que o pessoal dos serviços e vendedores, os operários, artífices e similares, os operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem, assim como os trabalhadores não qualificados são, na sua grande maioria, indivíduos do sexo masculino, enquanto que as restantes profissões são desempenhadas, sobretudo, por indivíduos do sexo feminino (ver Quadro 5).

#### Quadro 5

##### Diferenças entre sexos, relativamente à profissão

Profissão	Sexo M (N=239)		Sexo F (N= 421)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%			
Profissão					10,37	8	***
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	62	32,1%	131	67,9%			
Técnicos e profissionais de nível intermédio	36	42,4%	49	57,6%			
Pessoal administrativo e similares	35	19,6%	144	80,4%			
Pessoal dos serviços e vendedores	7	18,9%	30	81,1%			
Operários, artífices e trabalhadores similares	20	95,2%	1	4,8%			
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	17	100%	0	0%			
Trabalhadores não qualificados	27	58,7%	19	41,3%			
Funcionários públicos s/ outra especificação	26	43,3%	34	56,7%			
Outros	6	42,9%	8	57,1%			

Nota: \*\*\*  $p \leq 0,001$

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à forma de preenchimento do questionário,  $\chi^2(1)=2,42$ ,  $p=0,20$ , quanto ao local de residência,  $\chi^2(2)=2,44$ ,  $p=0,30$ , nem quanto ao local de trabalho,  $\chi^2(1)=0,11$ ,  $p=0,74$ . Contudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente aos transportes utilizados na deslocação entre casa e trabalho, tais como o veículo motorizado,  $\chi^2(1)=5,47$ ,  $p=0,19$  e os transporte(s) público(s),  $\chi^2(1)=17,61$ ,  $p=0,0001$ . O tipo de espaço de trabalho também difere de forma estatisticamente significativa consoante o sexo dos participantes,  $\chi^2(3)=88,53$ ,  $p=0,0001$  (ver Quadro 6).

Quadro 6

Diferenças entre sexos, relativamente ao transporte utilizado na deslocação até ao trabalho e ao tipo de espaço de trabalho

Variáveis	Sexo M (N=239)		Sexo F (N=421)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%			
Transporte utilizado na deslocação casa-trabalho							
Veículo motorizado	192	81,7%	307	73,6%	5,47	1	*
Transporte(s) público(s)	26	11,1%	103	24,7%	17,61	1	***
Nenhum (a pé)	37	15,7%	68	16,3%	0,35	1	n.s.
Tipo de espaço de trabalho					88,53	3	***
Espaço individual	30	28,0%	77	72,0%			
Pequeno espaço colectivo fixo	116	27,7%	18	66,7%			
Grande espaço colectivo fixo	18	66,7%	9	33,3%			
Espaço exterior ou público variável	70	75,3%	23	24,7%			

Nota: As percentagens apresentadas para caracterizar o transporte utilizado na deslocação casa-trabalho resultam da comparação entre a quantidade de pessoas que utiliza habitualmente determinado meio de transporte e a que não utiliza habitualmente esse meio de transporte; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

Em suma, para a amostra estudada, os participantes do sexo masculino são, em geral, mais velhos, possuem menor escolaridade, possuem profissões menos diferenciadas, utilizam mais o veículo motorizado, menos os transportes públicos e a deslocação a pé do que as mulheres, demoram menos tempo na deslocação até ao emprego, trabalham mais em espaços exteriores variáveis ou em grandes espaços colectivos fixos e vivem em casas que possuem, em média, menos uma assoalhada.

### *Escolaridade*

A escolaridade dos participantes varia entre o primeiro ciclo do ensino básico (3 anos de escolaridade) e a formação universitária pós-graduada (22 anos de escolaridade), situando-se a média nos 12,67 ( $DP=4,01$ ) anos.

### *Profissão*

Os participantes são, na sua maioria, especialistas das profissões intelectuais e científicas (29,6%;  $N=193$ ), seguidos dos técnicos profissionais de nível intermédio (29,6%;  $N=85$ ), de pessoal administrativo ou similares (27,5%;  $N=179$ ), de funcionários públicos sem outra especificação (9,2%;  $N=60$ ), de trabalhadores não qualificados (7,1%;  $N=46$ ), de pessoal dos serviços e vendedores (5,7%;  $N=37$ ), de operários, artífices e trabalhadores similares (3,2%;  $N=21$ ), de operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (2,6%;  $N=17$ ) e de outras profissões não classificadas em outra parte (2,1%;  $N=14$ ).

### *Tempo Despendido no Percurso entre Casa e Trabalho*

O tempo médio despendido no percurso entre casa e trabalho é de 23,31 minutos ( $DP=18,99$ ), sendo que os valores variam, para os sujeitos da amostra, entre 1 minuto e 2 horas (120 minutos).

### *Transporte(s) Utilizado(s) na Deslocação entre Casa e Trabalho*

À categoria inicialmente designada de “veículo privado” foi atribuída a designação de “veículo motorizado” por nela terem sido incluídos os veículos que, não sendo privados (ex. caso dos motoristas de veículos ligeiros), são motorizados.

Na deslocação entre casa e trabalho o transporte mais utilizado é o veículo motorizado próprio (75,30%;  $N=503$ ), tal como carro ou motociclo, seguido pelo(s) transporte(s) público(s) (19,50%;  $N=130$ ) e pela deslocação a pé (16%;  $N=107$ ). Das 503 pessoas que utilizam veículos motorizados, apenas 446 (66,77% do total da amostra) utilizam este método em exclusivo, sendo que 23 (3,44%) utilizam-no em conjunto com transporte(s) público(s) e 30 (4,40%) percorrem parte do percurso a pé. Das 130 pessoas que utilizam transporte(s) público(s), 82 (12,28% do total da amostra) não recorrem a outra forma de transporte e 21 (3,14%) deslocam-se a pé durante parte do seu percurso. Das 107 pessoas que se deslocam a pé, 52 (7,78%) não utilizam qualquer transporte até ao emprego e quatro pessoas (0,60%) utilizam as três formas de deslocação.

Na presente amostra, verifica-se ainda que as pessoas que combinam a utilização do veículo motorizado com a deslocação a pé são as que despendem, em média, menos tempo no percurso entre casa e trabalho ( $M=10,57$ ;  $DP=6,56$ ), seguidas pelas que se deslocam apenas a pé ( $M=12,29$ ;  $DP=8,05$ ), pelas que utilizam apenas o veículo motorizado ( $M=20,24$ ;  $DP=14,07$ ), pelas que utilizam o veículo motorizado de forma combinada com transporte(s) público(s) ( $M=23,48$ ;  $DP=12,83$ ), pelas que se deslocam de transporte(s) público(s) e a pé ( $M=38,81$ ;  $DP=24,44$ ), pelas que utilizam os três métodos descritos ( $M=46,25$ ;  $DP=50,89$ ) e, por fim, pelas que utilizam em exclusivo transporte(s) público(s) ( $M=46,73$ ;  $DP=25,80$ ).

### *Número de Assoalhadas da Casa*

O número de assoalhadas (divisões da casa, excluindo casa-de-banho, cozinha e despensa) dos participantes varia entre 1 e 13, sendo a média de 3,87 ( $DP=1,32$ ).

### *Agregado Doméstico Privado*

De acordo com o INE (2002b), o agregado doméstico privado compreende o conjunto de indivíduos que reside no mesmo alojamento e cujas despesas habituais em alojamento e alimentação são suportadas conjuntamente, independentemente da existência de laços de parentesco. Uma vez que a questão apresentada no questionário fazia referência ao número de pessoas que residiam em casa, além do próprio, foi somado 1 ponto aos valores médios obtidos.

Verifica-se, portanto, que o agregado doméstico privado dos participantes é composto, em média, por 3 pessoas ( $M=3,06$ ;  $DP=1,12$ ), observando-se uma variação entre uma a sete pessoas.

### *Tipo de Espaço de Trabalho*

As categorias inicialmente estabelecidas para esta variável foram renomeadas, de forma a englobar as situações descritas na categoria “Outros”.

Verificou-se que 63,0% ( $N=421$ ) dos participantes trabalha, durante a maior parte do tempo em pequenos espaços colectivos fixos, tais como pequenas salas comuns, com ou sem divisões, que 16,3% ( $N=109$ ) trabalha em espaços individuais, tais como gabinetes, que 14,1% ( $N=94$ ) trabalha em espaços exteriores ou públicos variáveis, tais como jardins, feiras, viaturas, etc. e ainda que 4,2% ( $N=28$ ) dos participantes trabalha em grandes espaços colectivos fixos, tais como oficinas, piscinas, salas de aulas, entre outros.

### Número de Pessoas no Mesmo Espaço de Trabalho

O número habitual de pessoas com quem cada participante partilha o seu local de trabalho (excluindo o próprio) varia entre 0 e 500 pessoas, sendo o valor médio de aproximadamente 6 pessoas ( $M=5,60$ ;  $DP=21,40$ ) e a moda de 2. Ao compararmos o número de pessoas no mesmo espaço de trabalho com o tipo de espaço de trabalho, verifica-se que, na presente amostra, as pessoas que trabalham em espaços individuais são, tal como seria de esperar, as que partilham esse espaço com menos pessoas ( $M=0,99$ ;  $DP=1,44$ ), seguidas pelas que trabalham em espaços exteriores ou públicos variáveis ( $M=3,61$ ;  $DP=2,97$ ), pelas que trabalham em pequenos espaços colectivos fixos ( $M=6,45$ ;  $DP=25,34$ ) e, por fim, pelas que trabalham em grandes espaços colectivos fixos ( $M=13,11$ ;  $DP=15,44$ ).

### Local de Residência

Na análise relativa ao local de residência os concelhos pertencentes aos Distritos de Lisboa e Setúbal foram agrupados em duas categorias diferentes, para permitir uma análise estatística mais robusta. O concelho do Seixal, apesar de se situar no Distrito de Setúbal, foi mantido numa categoria à parte, atendendo ao elevado número de participantes ali residentes.

Verificou-se que 73,9% ( $N=494$ ) dos participantes reside no concelho do Seixal, 19,8% ( $N=132$ ) noutros concelhos do Distrito de Setúbal e que 6,2% ( $N=41$ ) reside em concelhos do Distrito de Lisboa.

A análise de variância efectuada (ver Quadro 7) demonstra que o concelho do Seixal se diferencia significativamente dos outros dois grupos relativamente à idade,  $F(2)=6,33$ ,  $p=0,002$ , à escolaridade,  $F(2)=34,34$ ,  $p=0,0001$  e ao tempo de residência no concelho,  $F(2)=41,87$ ,  $p=0,0001$ , enquanto que o tempo de viagem entre casa e trabalho apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos,  $F(2)=117,15$ ,  $p=0,0001$ .

### Quadro 7

#### Caracterização demográfica da amostra, relativamente ao local de residência

Variáveis demográficas	C. Seixal ( $N=494$ )		D. Setúbal ( $N=132$ )		D. Lisboa ( $N=41$ )		$F$	$gl$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
Idade	37,93	11,13	35,45	8,40	33,02	7,52	6,33	2	**
Escolaridade	11,93	4,02	14,36	3,29	15,68	2,72	34,34	2	***
Tempo de residência no concelho	26,12	12,63	16,01	13,41	14,70	13,49	41,87	2	***
Tempo viagem casa-trabalho	18,10	15,01	33,01	18,14	53,29	23,44	117,15	2	***
N.º assoalhadas	3,84	1,26	3,97	1,48	3,90	1,41	0,47	2	n.s.
Agregado doméstico privado	3,11	1,15	2,89	1,01	2,90	8,89	2,38	2	n.s.

Quadro 7 (continuação)

Variáveis demográficas	C. Seixal (N=494)		D. Setúbal (N=132)		D. Lisboa (N=41)		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
N.º pessoas no mesmo espaço de trabalho	5,73	24,55	4,55	5,47	7,46	14,31	0,32	2	n.s.

Nota: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

Estas diferenças mostram que os participantes do concelho do Seixal são mais velhos, possuem menor escolaridade e residem há mais tempo neste concelho do que os outros residem no respectivo concelho. Os participantes do concelho do Seixal são os que despendem menos tempo na deslocação de casa até ao trabalho e os que residem em Lisboa são os que despendem mais. Este aspecto pode, no entanto, ter a ver com o facto de a maioria dos participantes desta amostra trabalhar no concelho, independentemente do concelho onde residem, o que leva a que os que residem em concelhos do Distrito de Setúbal ou de Lisboa demorem, em média, mais tempo nesse percurso.

Os participantes do Concelho do Seixal diferenciam-se também dos participantes dos restantes concelhos, no que diz respeito à profissão,  $\chi^2(16)=87,02$ ,  $p=0,0001$ , pertencendo na sua maioria ao grupo de pessoal administrativo e similares ( $N=148$ ; 30,30%), enquanto que os participantes de concelhos dos Distritos de Setúbal e Lisboa são, na sua maioria, especialistas de profissões intelectuais e científicas (ver Quadro 8).

Quadro 8

Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente à profissão

Profissão	C. Seixal (N=494)		D. Setúbal (N=132)		D. Lisboa (N=41)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%	N	%			
Profissão							87,02 <sup>a</sup>	16	***
Especialistas profissões intelectuais e científicas	101	20,7%	67	51,5%	26	63,4%			
Técnicos e profissionais de nível intermédio	61	12,5%	20	15,4%	6	14,6%			
Pessoal administrativo e similares	148	30,3%	26	20,0%	5	12,2%			
Pessoal dos serviços e vendedores	31	6,4%	6	4,6%	0	0%			
Operários, artífices e trabalhadores similares	21	4,3%	0	0%	0	0%			

Quadro 8 (continuação)

	C. Seixal (N=494)		D. Setúbal (N=132)		D. Lisboa (N=41)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%	N	%			
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	16	3,3%	1	0,8%	0	0%			
Trab. não qualificados	43	8,8%	4	3,1%	1	2,4%			
Funcionários públicos sem outra especificação	54	11,1%	5	3,8%	2	4,9%			
Outros	13	2,7%	1	0,8%	1	2,4%			

Nota: As percentagens apresentadas têm por referência o local de residência; <sup>a</sup> 9 células (33,3%) possuem frequências esperadas inferiores a 5; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao local de residência, para a forma de preenchimento do questionário,  $\chi^2(2)=0,17$ ,  $p=0,91$  nem para o local de trabalho,  $\chi^2(2)=2,77$ ,  $p=0,25$ .

A análise da forma de deslocação habitual entre casa e trabalho foi efectuada isoladamente, considerando a sua utilização pelos três grupos de participantes, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas para os três modos de deslocação (ver Quadro 9).

#### Quadro 9

Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente ao transporte utilizado na deslocação entre casa e trabalho

Transporte utilizado na deslocação casa-trabalho	C. Seixal (N=494)		D. Setúbal (N=132)		D. Lisboa (N=41)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%	N	%			
Veículo motorizado	354	73,0%	120	90,9%	29	70,7%	19,30	2	***
Transporte(s) público(s)	102	21,0%	15	11,4%	13	31,7%	10,06	2	**
Nenhum (a pé)	102	21,0%	2	1,5%	3	7,3%	31,59	2	***

Nota: As percentagens apresentadas resultam da comparação entre a quantidade de pessoas que utiliza habitualmente determinado meio de transporte e a que não utiliza habitualmente esse meio de transporte e têm por referência o local de residência; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Constata-se que os indivíduos que residem em concelhos do Distrito de Lisboa, são os que menos utilizam o veículo motorizado ( $N=29$ ; 70,7%) e os que mais utilizam os transportes públicos ( $N=13$ ; 31,7%), comparativamente aos restantes grupos. Os residentes no Concelho do Seixal são os que mais se deslocam a pé até ao trabalho ( $N=102$ ; 21,0%) e os de outros Concelhos do Distrito de Setúbal são os que mais utilizam veículos motorizados

( $N=120$ ; 90,9%). Também aqui, este resultado pode dever-se ao facto de grande parte dos participantes residirem e trabalharem no concelho do Seixal.

Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tipo de espaço de trabalho, para os participantes dos três grupos,  $\chi^2(6)=15,46$ ,  $p=0,02$ , conforme consta no Quadro 10.

#### Quadro 10

Diferenças entre os participantes que residem no Concelho do Seixal, em concelhos do Distrito de Setúbal e em concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente tipo de espaço de trabalho

	C. Seixal ( $N=494$ )		D. Setúbal ( $N=132$ )		D. Lisboa ( $N=41$ )		$\chi^2$	$gl$	$p$
	$N$	%	$N$	%	$N$	%			
Tipo de espaço de trabalho							15,46	6	*
Espaço individual	81	16,9%	24	18,3%	4	9,8%			
Pequeno espaço colectivo fixo	294	61,3%	94	71,8%	33	80,5%			
Grande espaço colectivo fixo	24	5,0%	4	3,1%	0	0%			
Espaço exterior ou público variável	81	16,9%	9	6,9%	4	9,8%			

Nota: As percentagens apresentadas têm por referência o local de residência; <sup>a</sup> 1 célula (8,3%) possui frequências esperadas inferiores a 5; \*  $p \leq 0,05$

A maioria dos participantes dos três grupos trabalha em pequenos espaços colectivos fixos, porém esta percentagem é superior para os residentes em concelhos do Distrito de Lisboa ( $N=33$ ; 80,5%). Os participantes deste grupo são também os que, comparativamente aos restantes, menos utilizam os restantes espaços de trabalho.

#### *Tempo de Residência*

O tempo de residência no respectivo concelho é, em média, de 23,32 anos ( $DP=13,44$ ), sendo o mínimo de 2 anos e o máximo de 68.

#### *Local de Trabalho*

A maioria dos participantes (95,5%;  $N=638$ ) trabalha no concelho do Seixal e os restantes (3,6%;  $N=24$ ) trabalham noutros concelhos do Distrito de Setúbal ou do Distrito de Lisboa. Do total da amostra, 466 indivíduos (70,4%) residem e trabalham no concelho do Seixal.

## Instrumentos

Para estudar as questões colocadas, foram utilizados os seguintes questionários anónimos, de auto-resposta: Questionário Demográfico; Versão portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQoL-Bref (WHOQoL Group, 1998b); Subescala Abertura à Experiência do Inventário de Personalidade NEO-Revisto, NEO PI-R (Costa & McCrae, 1992); Questionário de Stresse Urbano.

### *Questionário de Dados Demográficos*

Foi elaborado com base em critérios que se consideram relevantes para responder às questões de investigação, incluindo informações relativas à idade, sexo, escolaridade, profissão, local de residência (concelho), local de trabalho (concelho), tempo médio despendido na viagem entre casa e trabalho, número de assoalhadas, agregado doméstico privado, tipo de espaço de trabalho e número de pessoas que trabalham nesse espaço de trabalho (além do próprio). Foram permitidas respostas abertas relativamente às questões da idade, escolaridade (último ano escolar frequentado), profissão, local de residência, tempo de residência, local de trabalho, tempo demorado entre casa e trabalho, número de assoalhadas, agregado doméstico privado e número de pessoas no mesmo espaço de trabalho. As respostas a estas questões foram, posteriormente cotadas numa escala de razão, à excepção das variáveis profissão, local de residência e local de trabalho, as quais foram categorizadas, numa escala nominal. Para as variáveis sexo, tipo de transportes utilizados na deslocação até ao trabalho e tipo de espaço de trabalho, foram também utilizadas escalas nominais, com opções de resposta pré-definidas no próprio questionário.

De modo a proteger a confidencialidade e o anonimato dos participantes, não foi solicitada qualquer informação que permitisse a sua identificação.

### *Escala de Qualidade de Vida WHOQoL-Bref*

#### *A Origem do WHOQoL-Bref*

O World Health Organization Quality of Life Survey – Bref (WHOQoL-Bref) constitui uma versão abreviada do WHOQoL-100, que é composto por 100 questões, que avaliam 6

domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (WHOQoL Group, 1996b).

O WHOQoL-100, tal como o WHOQoL-Bref, possui uma versão portuguesa (em brasileiro), a qual foi desenvolvida de acordo com a metodologia preconizada e que encontra brevemente descrita no Quadro 11.

Quadro 11  
Processo de desenvolvimento do WHOQoL

Estágio	Método	Produto	Objectivos
1. Clarificação do conceito	Revisão por peritos internacionais	- Definição de qualidade de vida - Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional de avaliação de qualidade de vida
2. Estudo piloto qualitativo	- Revisão por peritos - Grupos focais - Painel escrito por peritos e leigos	- Definição de domínios e sub-domínios - Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e gerações.
3. Desenvolvimento de um estudo piloto	Administração do WHOQoL piloto em 15 centros para 250 doentes e 50 “normais”	Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQoL. Redução do conjunto de questões.
4. Teste de campo	Aplicação em grupos homogéneos de pacientes	- Estrutura comum de domínios - Conjunto de 100 questões - Escala de respostas equivalentes em diferentes idiomas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQoL.

Nota: Adaptado de R. Fleck et al. (1999a)

As características psicométricas da versão extensa preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidelidade de teste-reteste.

#### *Caracterização Geral do Instrumento*

O WHOQoL-Bref é um teste desenvolvido pelo Grupo do WHOQoL, cuja versão original foi editada pela OMS, em 1998, em Genebra.

De acordo com Fleck et al. (1999a), embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, a OMS identificou três aspectos fundamentais referentes a este constructo: Subjectividade, multiculturalidade, presença de dimensões positivas (e.g. mobilidade) assim como de negativas (e.g. dor). O desenvolvimento desses elementos conduziu à definição de qualidade de vida como a percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, em função do contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQoL Group, 1994).

O constructo avaliado contém 2 questões relacionadas com a qualidade de vida global e saúde geral e 24 questões utilizadas para produzir 4 domínios relacionados com a qualidade de vida.

Outra importante característica deste instrumento é que o mesmo procura ainda avaliar a qualidade de vida numa perspectiva transcultural (Fleck et al., 1999b).

A construção do WHOQoL-Bref surgiu da necessidade de obter um instrumento de aplicação mais rápida, o que levou o Grupo do WHOQoL a desenvolver a versão abreviada do instrumento com 100 itens. Na base da selecção das questões que iriam compor este instrumento estiveram critérios de ordem psicométrica e conceptual. A nível conceptual, foi definido que o carácter abrangente do instrumento original deveria ser preservado, pelo que cada uma das 24 facetas do WHOQoL-100 deveria ser representada por uma questão. A nível psicométrico foi seleccionada a questão que apresentava maiores correlações com o resultado total do WHOQoL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens seleccionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceptualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens seleccionados, 6 foram substituídos por questões que definiam melhor a faceta correspondente. Tendo sido realizada uma análise factorial confirmatória, estabeleceu-se o WHOQoL-Bref, ficando este com 4 domínios: saúde física, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 1999a). Não foi incluída, nesta versão, a dimensão espiritualidade/crenças pessoais.

Cada resposta é cotada de 1 a 5, conforme o valor inscrito na opção assinalada pelo sujeito. A pontuação a atribuir às questões nºs 3, 4 e 26 deve, porém, ser invertida (e.g. 1=5; 2=4).

O WHOQoL-Bref produz um perfil relacionado com a qualidade de vida, sendo ainda possível obter 4 resultados correspondentes aos 4 domínios (ou escalas). Alguns itens (1 e 2) podem ainda ser analisados separadamente. Uma vez que não são apresentados pontos de

corde, uma maior pontuação deve ser interpretada como maior qualidade de vida (WHOQoL Group, 1996b).

As questões do WHOQoL foram formuladas para uma escala de resposta tipo Lickert, com escalas relativas à intensidade (de “nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e “muito mau” a “muito bom”) (Fleck et al., 1999a).

O WHOQoL-Bref é um questionário de auto-resposta, no caso de os indivíduos terem a necessária capacidade para o fazer; caso contrário, pode ser apoiado ou administrado pelo próprio testador e a sua aplicação pode ser feita individual ou colectivamente.

O tempo de passagem deste teste é bastante variável, consoante o tipo de preenchimento adoptado. Contudo, alguns estudos (Bonomi, Shikar & Legro, 2000; Murphy, Herrman, Hawthorne & Evert, 2000) relatam variações entre os 5 (quando se trata de auto-resposta) e os 20 minutos (quando o preenchimento é apoiado ou administrado pelo testador).

O WHOQoL-Bref pode ser aplicado à população juvenil, adulta e idosa, em diversos contextos e com diferentes propósitos, nomeadamente em contexto médico, na avaliação da efectividade de diferentes tratamentos, na avaliação dos serviços de saúde, em investigação, no estabelecimentos de políticas de saúde, entre outros (WHOQoL Group, 1996b).

Relativamente às características psicométricas do WHOQoL-Bref, observam-se correlações elevadas com o WHOQoL-100, sendo que a correlação entre os domínios nos dois testes oscila entre 0,89 e 0,95. A sua validade discriminante para distinguir sujeitos com bom estado de saúde daqueles com deficiente qualidade de vida é semelhante à versão completa. A análise factorial da sua estrutura corrobora a existência de quatro factores principais (WHOQoL Group, 1998a).

A fidelidade teste-reteste entre 2 e 8 semanas oscila entre 0,56 e 0,84, sendo para o domínio saúde física de 0,66, para o psicológico de 0,72, para o das relações sociais de 0,76 e para o do meio ambiente de 0,87 (WHOQoL Group, 1998a).

A consistência interna é de 0,84 para o domínio saúde física, de 0,75 para o domínio psicológico, de 0,66 para o domínio relações sociais e de 0,80 para o domínio meio ambiente (WHOQoL Group, 1998a).

A utilização do WHOQoL-Bref em estudos de follow-up tem demonstrado que o mesmo constitui uma medida válida dos efeitos de um programa de controlo da dor em pacientes que sofriam de dor crónica (Skevington, Carse & Williams, 2001) e que o mesmo é também útil na avaliação de pacientes deprimidos (Skevington & Wright, 2001).

### *A Versão Portuguesa do WHOQoL – Bref*

A versão portuguesa (em brasileiro) do WHOQoL-Bref foi desenvolvida por Fleck et al. (1999a), na cidade de Porto Alegre.

Para tal, procedeu-se à aplicação deste instrumento, juntamente com o inventário de Beck para a depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS), a uma amostra de 300 indivíduos, dos quais 250 eram doentes de um hospital e de clínicas de Porto Alegre e os restantes 50 eram voluntários e constituíam o grupo de controlo.

Relativamente ao regime de tratamento, dos 250 doentes, 125 (50%) encontravam-se em regime ambulatorio, enquanto que os restantes 125 (50%) estavam internados. A amostra foi constituída por 94 doentes da clínica médica (38%), 72 da cirurgia (29%), 54 da psiquiatria (22%) e 30 da ginecologia (12%).

Aos 50 indivíduos do grupo de controlo foi aplicado o mesmo teste 2 a 4 semanas mais tarde.

O WHOQoL tem uma aplicação transcultural e foi obtido através de colaboração multicêntrica, na qual participaram diversos países. Posteriormente, novos Centros foram admitidos, tendo surgido, neste contexto, a versão portuguesa do instrumento. A metodologia utilizada foi a estabelecida pela OMS e compreendeu as seguintes etapas (Fleck et al., 1999a): (a) Tradução do instrumento; (b) Preparação do teste-piloto (através da discussão da nova versão em grupos focais do novo Centro); (c) Desenvolvimento das escalas de resposta (referentes aos 4 tipos básicos de questão – intensidade, capacidade, frequência e avaliação – de acordo com a língua do Centro); (d) Administração do teste-piloto (a 300 pessoas adultas).

A versão em português do instrumento foi discutida em 4 grupos focais, compostos por indivíduos representativos das características demográficas da população daquela área. Os grupos foram compostos por 6 a 8 pessoas, provenientes dos seguintes contextos: Pessoas da população geral, profissionais da área de saúde, doentes internados e doentes em ambulatorio.

Estes grupos focais tinham, como objectivos, rever a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário, discutir o quanto cada uma das facetas afectava a qualidade de vida das pessoas e investigar a existência de outras facetas não identificadas que poderiam ser importantes.

O que é comum entre as versões dos diversos países são os domínios e as facetas, uma vez que as questões são adaptadas (se necessário) à especificidade de cada cultura, de modo

a garantir que cada faceta é adequadamente contemplada (Ribeiro, 1999). A metodologia adoptada, em particular a constituição de grupos focais como foi atrás descrito, reforça a equivalência conceptual do item. Fleck et al. (1999b) referem que a versão portuguesa do WHOQoL-Bref, ao preservar as 24 facetas do instrumento original, preservou a abrangência do constructo “qualidade de vida”.

Do conjunto de itens seleccionados pelos peritos, com o objectivo de representar conceptualmente cada domínio, 6 foram substituídos por questões que definiam melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio-ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

A formulação das questões no original, em inglês, seguindo uma metodologia que enfatiza a clareza, objectividade e simplicidade, facilitou o processo de tradução. Optou-se por manter palavras de uso corrente na língua portuguesa. A retroversão para o inglês por um tradutor independente mostrou que a mesma guardava forte semelhança com a versão do instrumento original.

De acordo com Fleck et al. (1999b), as maiores dificuldades de equivalência semântica prenderam-se com a escolha dos termos intermediários das escalas (de intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Foram levantadas algumas dúvidas relativamente à tradução de algumas questões de avaliação (e.g. “How satisfied...?”; “How difficult...?”), dado que a formulação “quão...?” não é de uso corrente no sul do Brasil. Decidiu-se manter esta formulação para ser discutida nos grupos focais, tendo-se concluído que, mesmo os doentes com nível de instrução mais baixo compreendiam perfeitamente o seu significado, apesar de não a utilizarem correntemente. Este procedimento seguiu a metodologia preconizada pela OMS.

Relativamente à escala da intensidade, entre as âncoras “nada” (0%) e “Extremamente” (100%) foram listadas 15 palavras que descreviam diferentes graduações entre esses dois extremos. Cada palavra foi colocada numa escala análoga de 10mm, tendo as suas âncoras como extremos. Em seguida, 20 indivíduos graduaram, na escala análoga, cada uma das palavras, tendo sido calculadas a média e o desvio-padrão para cada uma delas. A palavra seleccionada para o descritor 25% foi aquela cuja média se situou entre 20mm e 30mm e que teve o menor desvio padrão (“muito pouco”); para o descritor de 50% escolheu-se a que teve média entre 45mm e 55mm e o menor desvio-padrão (“mais ou menos”); e para o descritor 75%, a que teve média entre 70mm e 80mm (“bastante”). Para as restantes escalas foi utilizada a mesma metodologia (Fleck et al., 1999a).

As características psicométricas deste instrumento foram avaliadas por Fleck et al. (1999a). Para avaliar a validade discriminante, comparou-se o score médio de cada um dos 4 domínios entre o grupo de doentes e o dos normais. Verificou-se que os domínios físico e psicológico discriminavam de forma estatisticamente significativa os doentes dos normais. O domínio correspondente ao meio ambiente apresentou um nível de significância limítrofe ( $\alpha=0,06$ ) e o domínio relações sociais não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre indivíduos normais e doentes.

Em relação à validade de critério, à excepção do domínio relações sociais, todos os outros fizeram parte do modelo, utilizando regressão linear múltipla, e explicaram 44% da variância. Também todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si, sendo que o domínio das relações sociais foi o que apresentou os coeficientes de correlação mais baixos.

Relativamente à validade concorrente, verificou-se que todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BHS de Beck. O domínio psicológico foi o que melhor se correlacionou tanto com o score total do BDI como com o do BHS.

A consistência interna do WHOQoL-Bref, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, é boa, quer se considerem os quatro domínios ( $\alpha=0,77$ ) ou cada um dos domínios: Domínio Saúde Física, com alfa de 0,84; Domínio Psicológico com  $\alpha=0,79$ ; Domínio Relações Sociais com um alfa de 0,69; e Domínio Meio Ambiente com um alfa de 0,71.

Podemos, pois, afirmar que as características psicométricas do WHOQoL-Bref preenchem os critérios de consistência interna, validade discriminante e validade concorrente (Fleck et al., 1999a).

Não se verificaram diferenças significativas entre as médias da primeira medida (teste) quando comparadas com as da segunda (reteste). Todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-reteste foram significativos, com resultados superiores a 0,69.

Conclui-se que as características psicométricas da versão portuguesa do WHOQoL-Bref são semelhantes às da amostra do estudo que deu origem ao instrumento. Esta versão parece constituir, portanto, uma medida de grande utilidade em diversos contextos, sendo uma boa alternativa à medida original – o WHOQoL-100.

#### *Adaptação da Versão Portuguesa em Brasileiro à Língua Portuguesa (de Portugal)*

No presente estudo procedeu-se ainda à adaptação de alguns de alguns itens da versão portuguesa em brasileiro para o português (corrente em Portugal), com recurso a um tradutor

e a especialistas com bom domínio das línguas portuguesa e inglesa, no sentido de reforçar a equivalência linguística e conceptual dos itens, relativamente à amostra em estudo. Esta versão foi discutida com diversos indivíduos nas entrevistas que antecederam a aplicação dos testes à amostra, que confirmaram as características anteriormente mencionadas, permitindo a manutenção de todos os itens da escala da versão em brasileiro.

#### *Fidelidade do WHOQoL-Bref no presente estudo.*

Esta versão da escala apresentou, de um modo geral, uma boa consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach, com valores superiores para o domínio Psicológico ( $\alpha=,81$ ) e inferiores para o domínio Meio Ambiente ( $\alpha=0,72$ ). A consistência interna total da escala é de 0,89 (ver Quadro 12).

#### Quadro 12

Valores da consistência interna dos domínios do WHOQoL-Bref e do total da escala

Domínios do WHOQoL-Bref	Nº de itens	N	$\alpha$ de Cronbach
Saúde Física	7	647	0,77
Psicológico	6	637	0,81
Relações Sociais	3	657	0,72
Meio Ambiente	8	649	0,72
Total Escala (incluindo as duas questões gerais)	26	610	0,89

Verifica-se que o valor do total da escala é ligeiramente inferior ao da versão portuguesa em brasileiro, sendo este de 0,91, no entanto, os valores registados para cada domínio são, na sua maioria, superiores aos da versão portuguesa do Brasil. Quando comparados os valores obtidos a partir da amostra actual com os da versão original, verificam-se valores de consistência interna inferiores na nossa amostra para os domínios Saúde Física e Meio Ambiente e superiores para os domínios Psicológico e Relações Sociais (ver Quadro 13).

#### Quadro 13

Comparação dos valores da consistência interna dos domínios do WHOQoL-Bref obtidos no presente estudo, na versão portuguesa em brasileiro e na versão original

Domínios do WHOQoL-Bref	$\alpha$ de Cronbach		
	Versão actual	Versão em brasileiro	Versão original
Saúde Física	0,77	0,84	0,84
Psicológico	0,81	0,79	0,75
Relações Sociais	0,72	0,69	0,66
Meio Ambiente	0,72	0,71	0,80

### *Questionário de Stresse Urbano (QSU)*

#### *Racional Teórico de Base e Objectivos do QSU*

Com o objectivo de avaliar a percepção do stresse associado ao meio urbano, foi desenvolvido um questionário, com base conteúdo dos itens (Ribeiro, 1999). O constructo avaliado neste questionário é o stresse urbano, que se sustenta no modelo de saúde urbana, apresentado por Vlahov e Galea (2002) e no conceito de stresse, enquanto transacção estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente (Lazarus e Folkman, 1984).

Visou-se, desta forma, estabelecer uma medida relacionada sobretudo com a avaliação primária dos stressores urbanos, ou seja, que suscitasse uma apreciação da situação e da possibilidade dessa situação desencadear stresse. Através desta escala pretendeu-se identificar situações benignas-positivas e irrelevantes (e que, por isso, não gerassem stresse) e, sobretudo, situações geradoras de stresse, relativas ao meio urbano.

Em primeiro lugar, procedeu-se à identificação e agrupamento das escalas relacionadas com construto sob estudo em duas grandes categorias: (a) as escalas relativas à avaliação do stresse; e (b) as escalas relacionadas com o meio urbano. Entre as primeiras, encontramos as que se centram na avaliação de stressores objectivos, tais como as escalas de acontecimentos de vida. O clássico mas contestado “Schedule of Recent Events”, de Holmes e Rahe (1967 cit. por Bennet & Murphy, 1999), apresenta uma lista de possíveis mudanças ou acontecimentos de vida, constituiu uma referência para o desenvolvimento do “Life Events Questionnaire, de Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner e Levin (1977 cit. por Duffy & Wong, 1996). Para avaliar os aborrecimentos da vida diária, Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram a “Hassless Scale” que, de acordo com os autores, estava directamente associada com o stresse percebido. Outras escalas mais recentes, como é o caso do Life Stressor and Social Resources Inventory, de Moos e Swindle (1990 cit. por Ogden, 2000), que enfatiza o papel dos acontecimentos de vida potencialmente stressores (incluindo os stressores permanentes ou crónicos) e da Escala de Percepção de Stresse (Cohen et al., 1983), esta última relativa ao stresse percebido, têm prestado um importante contributo na avaliação e estudo do stresse, em diferentes contextos.

A avaliação do impacto do meio urbano ou satisfação relativamente ao mesmo têm vindo a ser feitas sobretudo através de escalas de avaliação ambiental. Dalhberg, Toal e Behrens (1998) fizeram uma sistematização das escalas de avaliação ambiental relativas ao meio urbano, que se encontra patente no Quadro 14.

## Quadro 14

## Escala de Avaliação Ambiental

Construto	Designação da Escala	Grupos-Alvo	Autor(es)
Qualidade de Vida	“Stressful Urban Life Events Scale”	Crianças entre os 2 e os 5 anos	Tolan, Miller e Thomas (1988); Adaptado por Attar, Guerra e Tolan (1994)
Qualidade do bairro de residência	“Neighborhood/Block Conditions”	Residentes em meios urbanos, com 18 ou mais anos	Perkins, Florin e Rich (1990); Adaptado pelo “Houston Community Demonstration Project” (1993)
	“Neighborhood Cohesion”	Residentes em meios urbanos, com 18 ou mais anos	Perkins, Florin e Rich (1990); Adaptado pelo “Houston Community Demonstration Project” (1993)
	“Neighborhood Satisfaction”	Residentes em meios urbanos, com 18 ou mais anos	Perkins, Florin e Rich (1990); Adaptado pelo “Houston Community Demonstration Project” (1993)
	“Neighborhood Community Action”	Residentes em meios urbanos, com 18 ou mais anos	Perkins, Florin e Rich (1990); Adaptado pelo “Houston Community Demonstration Project” (1993)
Exposição à Violência	“Children’s Exposure to Community Violence”	Indivíduos do sexo masculino afro-americanos entre os 12 e os 16 anos.	Richters e Martinez (1990)
	“Victimization Scale”	Estudantes do 6º ao 8º ano.	Nadel, Spellman, Alvarez-Canino e tal. (1996)
Ambiente Familiar	“CYDS Family Assessment Scale”	Progenitor que constitui o cuidador primário (normalmente a mãe) e irmãos mais velhos com 13 anos ou mais	Tolan e Gorman-Smith (1991)
	“Family Bonding – Individual Protective Factor Index”	Estudantes do 7º ao 11º ano.	Phillips e Pringer (1992)

Nota: Adaptado de L. L. Dalhlberg, S. B. Toal e C. B. Behrens (1998)

Um estudo desenvolvido pela organização Zero Population Growth (1998) em Washington, DC, classificou 192 cidades americanas em 11 categoriais, através de 30 indicadores relativos às condições sociais, económicas e ambientais. Os autores do estudo criaram um teste, que recebeu a designação de “Urban Stress Test”, o qual permitiu ordenar as cidades envolvidas em função do nível de stresse urbano existente nas mesmas. Este teste

destinava-se sobretudo a despertar a consciência colectiva e sensibilizar os decisores políticos para a problemática do elevado crescimento populacional nas cidades, pelo que a abordagem aos stressores urbanos foi feita com base em indicadores gerais (e.g. taxas de natalidade, nível educacional atingido), não tomando em conta o impacto desses stressores sobre cada indivíduo.

Concluiu-se, assim, que nenhuma das escalas mencionadas reunia a informação necessária para avaliar de uma forma exaustiva o presente construto, no entanto foram tidas como referência para a elaboração dos itens que vieram a integrar o QSU.

Com o objectivo de avaliar a percepção do stresse em meio urbano foi, então, elaborado um questionário multidimensional, através do qual se pretende identificar a intensidade da percepção de stresse associada: (a) às características físicas/urbanísticas das cidades (b), ao ambiente social vivido nas cidades (c) e aos serviços de saúde e sociais disponíveis nas cidades. De um modo geral, a percepção do stresse, no presente questionário, é abordada de duas formas diferentes, a saber: (a) do mal-estar, sensação de desajustamento ou incómodo vividos nos diferentes contextos; ou (b) do bem-estar, satisfação ou percepção das oportunidades disponíveis nas cidades.

### *A Construção do Instrumento*

A elaboração da presente escala foi feita com base nos procedimentos propostos por Ribeiro (1999).

Numa primeira fase, procedeu-se à recolha de informação relativamente ao construto a avaliar, através de uma revisão de literatura e de diversas consultas junto de especialistas da área da psicologia da saúde, saúde pública, sociologia e urbanismo, que desenvolvem o seu trabalho em projectos de cidades saudáveis. Foram inicialmente elaborados 41 itens relacionados com o construto, que se previa cobrirem as três dimensões relacionadas com o mesmo.

Dado que esta constitui uma escala essencialmente relacionada com a avaliação primária dos acontecimentos potencialmente geradores de stresse, foi utilizada uma lógica “situacional” ao invés de uma lógica “psicológica”, ou seja, as questões colocadas centraram-se na relação do indivíduo com situações específicas e não, especificamente, nas suas características psicológicas. Este procedimento foi proposto por Ferguson e Fox (1991 cit. por Cox e Ferguson, 1991) relativamente a escalas com estas características.

As respostas de cada sujeito deveriam permitir a diferenciação entre situações (avaliadas como) benignas-positivas, irrelevantes e stressantes. Para tal, foram definidos

itens com conotações marcadamente positivas ou negativas, perante os quais o indivíduo deveria responder numa escala de resposta tipo Lickert, o seu grau de concordância/discordância. Desta forma, tornava-se possível, não só a identificação das situações associadas ao stresse, mas também o grau de stresse (muito ou moderado). Foi também incluída, nessa escala, uma resposta neutra (“não concordo nem discordo”), para permitir identificar quais as situações avaliadas como irrelevantes.

Através das entrevistas realizadas a indivíduos com características semelhantes aos da população-alvo, verificou-se que a generalidade dos itens e o formato de resposta foram bem compreendidos. Contudo, alguns deles mostraram-se redundantes ou de interpretação dúbia, o que levou à sua eliminação ou reformulação, conforme os casos. A versão aplicada aos participantes ficou assim composta por 36 itens (ver Anexo A)

#### *Estudo da dimensionalidade do QSU.*

A estrutura do QSU inicialmente prevista revelou uma consistência interna elevada, medida através do alfa de Cronbach, relativamente ao total da escala ( $\alpha=0,85$ ), assim como em relação às subescalas Ambiente Social, ( $\alpha=0,71$ ), Ambiente Físico ( $\alpha=0,73$ ) e Cuidados Sociais e de Saúde ( $\alpha=0,79$ ). Porém, a análise factorial à qual os itens foram sujeitos revela a presença de 10 componentes, que não estabelecem relação conceptual com o construto em apreço. Nesse sentido, foram eliminados os itens que apresentavam uma carga factorial inferior a 0,30 em, pelo menos, um factor.

Procedeu-se, em seguida, a novas análises factoriais, com restrição a três, quatro e cinco componentes, no sentido de identificar qual a estrutura mais congruente com o referencial teórico de base. Os resultados obtidos através da análise factorial para quatro componentes, após rotação Varimax, foram os que se mostraram mais satisfatórios (ver Quadro 15).

#### Quadro 15

Estrutura de componentes principais do QSU, após rotação Varimax com normalização de Kaiser, para quatro factores

Itens	Componentes				$h^2$
	AF	AL	EI	CSS	
13. Sinto que a minha cidade é uma cidade bonita.	<b>0,54</b>		0,31		0,41
14. Sinto-me satisfeito com os espaços verdes que encontro na minha cidade.	<b>0,65</b>			0,39	0,44
15. Sinto-me satisfeito com os transportes públicos da minha cidade.	<b>0,43</b>	0,39			0,35

Quadro 15 (continuação)

Itens	Componentes				h <sup>2</sup>
	AF	AL	EI	CSS	
16. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos acessos e das redes viárias (estradas) da minha cidade.	<b>0,54</b>	0,35			0,42
17. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade.	<b>0,54</b>				0,32
18. Sinto-me satisfeito com a limpeza das ruas da minha cidade.	<b>0,52</b>				0,33
19. Sinto-me satisfeito com o sistema de tratamento de esgotos da minha cidade.	<b>0,56</b>				0,34
24. Sinto-me satisfeito com as ofertas culturais e de lazer que encontro na minha cidade.	<b>0,64</b>				0,43
25. Sinto-me satisfeito com as oportunidades para praticar desporto que encontro na minha cidade.	<b>0,68</b>				0,48
1. Os meus amigos e colegas de trabalho olham para mim com a admiração.		<b>0,52</b>			0,28
2. Sinto-me satisfeito com o ambiente de trabalho do meu actual emprego.		<b>0,75</b>			0,58
3. O meu trabalho motiva-me.		<b>0,80</b>			0,65
4. O meu actual emprego dá-me grandes oportunidades para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.		<b>0,76</b>			0,60
9. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.		<b>0,60</b>			0,39
5. Sinto-me seguro no bairro onde vivo.			<b>0,53</b>		0,34
6. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa que eu.			<b>0,58</b>		0,34
7. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem no mesmo bairro que eu.			<b>0,75</b>		0,57
8. O facto de existirem pessoas de culturas e meios sociais tão diferentes na minha cidade causa-me algum incómodo.			<b>0,66</b>		0,44
11. Sinto-me satisfeito com a casa onde vivo.			<b>0,52</b>		0,33
12. Sinto falta de privacidade no local onde vivo.			<b>0,61</b>		0,40
10. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio dos serviços de saúde da minha cidade.				<b>0,76</b>	0,60
20. Tenho facilidade de acesso aos serviços de saúde na minha cidade.				<b>0,75</b>	0,61
21. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de saúde da minha cidade.				<b>0,84</b>	0,74
22. Tenho facilidade de acesso aos serviços de apoio social na minha cidade.				<b>0,65</b>	0,51
23. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio social da minha cidade.				<b>0,64</b>	0,51
Variância explicada (total 45,65)	13,02	10,09	9,90	12,65	
Valores próprios ou específicos (Eigenvalues)	5,18	2,15	1,72	2,37	

Nota: AF=Ambiente Físico; AL=Ambiente Laboral; EI=Espaços Interpessoais; CSS=Cuidados de Saúde e Sociais; A negrito encontra-se a carga factorial mais elevada de cada item. Foram ainda apresentadas as cargas factoriais superiores a 0,30.

Desta estrutura identificam-se claramente as componentes principais relativas às subescalas Ambiente Físico e Cuidados de Saúde e Sociais inicialmente propostas. Os itens relativos à dimensão Ambiente Social encontram-se, porém, repartidos por duas

componentes distintas, que obtiveram a designação de Ambiente Laboral e Espaços Interpessoais. Esta diferenciação levou a que, ao invés de três, fossem definidas quatro subescalas para avaliar as diferentes dimensões do stresse em meio urbano.

A análise dos componentes principais a quatro factores, acima descrita, explica 45,65% da variância total dos resultados, sendo o primeiro factor (Ambiente Físico) o que mais contribui para o total da variância explicada (13,02%). Todos os itens apresentam carga factorial igual ou superior a 0,52 para um só factor e igual ou inferior a 0,39 para todos os outros.

Algumas considerações devem ser feitas, no entanto, relativamente ao agrupamento dos itens. Tal é o caso dos itens 24 e 25, que apresentaram uma carga factorial superior a 0,60 relativamente à componente Ambiente Físico, quando a nossa expectativa era de que os mesmos se iriam agrupar na subescala Espaços Interpessoais. Pensamos que, no presente caso, as ofertas culturais e de lazer e as oportunidades para praticar desporto são, provavelmente, apreciadas pelos respondentes como decorrentes das características do espaço físico urbano em que os indivíduos se encontram.

O item 1 agrupou-se no factor relativo ao Ambiente Laboral, apesar de esse mesmo item fazer também referência aos amigos. Este resultado está possivelmente relacionado com o facto de, que para a população adulta e activa, a admiração por alguém estar muitas vezes associada ao estatuto económico e profissional dessa pessoa.

Por fim, verifica-se que o item 6 se agrupa nos Espaços Interpessoais, muito provavelmente porque o espaço habitacional é o espaço das relações familiares, por excelência. Julgamos, por isso, que a vertente interpessoal foi a que mais se evidenciou neste item, em detrimento das questões urbanísticas associadas à habitação.

### *Caracterização geral do instrumento*

Este é um instrumento de auto-administração, aplicado em contexto individual ou colectivo, destinado a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que se encontrem empregados no momento da sua aplicação e que residam em meios urbanos. O tempo despendido no seu preenchimento é, em média, de 12 minutos.

O referencial subjacente ao conceito de stresse urbano, já descrito, diferenciava três importantes dimensões, pondo em evidência os factores relacionados com os aspectos físicos, os aspectos sociais e os cuidados na área da saúde e de âmbito social existentes numa cidade. A análise factorial confirmou a existência de componentes relativas à primeira e última dimensões referidas; porém, os itens relativos ao que conceptualmente foi entendido

por ambiente social agruparam-se em dois componentes diferentes, um dos quais relativo ao clima de trabalho e o outro relativo aos contextos relacionais, nos quais estão patentes transacções interpessoais.

Em conformidade com estes resultados, foram estabelecidas, para a versão final da escala, quatro subescalas. Cada subescala procura avaliar genericamente o potencial de stresse associado à vivência dos seguintes aspectos em meio urbano:

- Subescala Ambiente Físico: Aspecto físico geral da cidade, espaços verdes, transportes, redes viárias e acessos, infra-estruturas, qualidade do ar, limpeza, saneamento básico, cultura, lazer e desporto.

- Subescala Ambiente Laboral: Clima laboral geral e motivação para o trabalho, suporte social dos colegas, reconhecimento no trabalho, oportunidades de desenvolvimento pessoal e da carreira profissional;

- Subescala Espaços Interpessoais: Segurança, percepção de apinhamento, proxémia e privacidade;

- Subescala Cuidados de Saúde e Sociais: Disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços existentes na cidade, nas área social e da saúde.

As instruções relativas ao preenchimento do questionário devem constar na folha de rosto, dispensando por isso qualquer tipo de informação ou esclarecimento adicional. Recomenda-se que essa folha de rosto contenha a seguinte informação: “O (nome da entidade está a desenvolver uma investigação sobre stresse em meio urbano. ¶ Em seguida, encontrará um conjunto de questões que dizem respeito ao modo como habitualmente pensa ou sente, o que significa que não existem respostas certas nem erradas. ¶ A finalidade deste questionário é meramente científica e todos os dados são confidenciais e anónimos, destinando-se a penas a tratamento estatístico colectivo. Contudo, se desejar a qualquer momento desistir, é livre de o fazer. ¶ Agradecemos que, caso já tenha preenchido este questionário, não o volte a fazer, de forma a não duplicar as suas respostas. ¶ Agradecemos, desde já, a sua colaboração!”.

As restantes normas relativas à aplicação do questionários são as genericamente empregues neste tipo de contextos.

Os 25 itens que compõem a escala constituem afirmações formuladas na primeira pessoa, perante as quais os respondentes devem assinalar, numa escala de resposta tipo Lickert de 5 pontos (desde “discordo fortemente” a “concordo fortemente”), o seu grau de concordância face às mesmas. Estas respostas deverão ser cotadas entre -2 e 2, respectivamente, caso se tratem de itens com conotações negativas (itens nºs 6, 7, 8 e 12, de

acordo com a numeração que consta na versão definitiva (ver Anexo B), devendo proceder-se à inversão dos itens conotados de forma positiva (restantes itens). A soma de todos os itens, após o referido procedimento, equivalerá ao resultado final do teste e a percepção de stresse urbano será tão mais elevada, quanto maior for o resultado final do teste. Cada subescala produz também um resultado, o qual deve ser interpretado de acordo com esta lógica.

### *Estudo de Validação e Propriedades Psicométricas*

O estudo de validação desta escala foi feito com base na amostra utilizada no contexto da investigação mais ampla, sobre a qual versa o presente trabalho.

#### *Fidelidade do QSU.*

A análise da fidelidade da escala foi feita através da consistência interna e do método split-half de Guttman.

Foi obtido um alfa de Cronbach de 0,83, para o total da escala, enquanto que, para as diferentes subescalas, os valores variaram entre 0,68 (Espaços Interpessoais) e 0,83 Cuidados de Saúde e Sociais (ver Quadro 16).

Quadro 16

Valores da consistência interna das subescalas e do total do QSU

QSU	Nº de itens	N	$\alpha$ de Cronbach
Ambiente Físico	9	647	0,78
Ambiente Laboral	5	649	0,74
Espaços Interpessoais	6	650	0,68
Cuidados de Saúde e Sociais	5	654	0,83
Total da escala	25	624	0,83

Através do método split-half, foram encontrados alfas de Guttman 0,70 e 0,80 para as partes 1 e 2 respectivamente, para o total da escala. Nas subescalas, os valores mais elevados foram os encontrados para os Cuidados de Saúde e Sociais, com alfas de Guttman de 0,83 e 0,84 para a primeira e segunda parte, respectivamente. O valor mais baixo foi encontrado na parte 2 da subescala Ambiente Laboral, com um alfa de Guttman de 0,39 (ver Quadro 17).

## Quadro 17

Valores obtidos através do procedimento split-half de Guttman para as subescalas e para o total do QSU

QSU	Parte 1		Parte 2	
	Nº de itens	$\alpha$	Nº de itens	$\alpha$
Ambiente Físico	5	0,70	4	0,67
Ambiente Laboral	3	0,61	2	0,39
Espaços Interpessoais	3	0,47	3	0,50
Cuidados de Saúde e Sociais	3	0,83	2	0,84
Total da escala	13	0,70	12	0,80

*Validade dos itens do QSU.*

Através da análise da distribuição das respostas dos itens verificou-se que todas as alternativas de resposta foram utilizadas pelos respondentes, para os 25 itens seleccionados para a versão final.

A análise da validade convergente/discriminante entre os itens e as diferentes subescalas, com correcção para a sobreposição, confirma na totalidade a estrutura factorial sugerida, dado que as correlações de cada item com a respectiva subescala são superiores do que as correlações obtidas com as outras subescalas. Foram ainda observadas correlações item-total satisfatórias para a maior parte dos itens, à excepção dos itens números 1, 6 e 8, com valores inferiores a 0,20 (ver Quadro 18).

## Quadro 18

## Correlação item-escalas e item-total do QSU

Itens	QSU				
	AF	AL	EI	CSS	Total Escala
13. Sinto que a minha cidade é uma cidade bonita.	<b>0,42</b>	0,20	0,27	0,21	0,45
14. Sinto-me satisfeito com os espaços verdes que encontro na minha cidade.	<b>0,53</b>	0,16	0,12	0,25	0,43
15. Sinto-me satisfeito com os transportes públicos da minha cidade.	<b>0,46</b>	0,14	0,17	0,41	0,46
16. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos acessos e das redes viárias (estradas) da minha cidade.	<b>0,52</b>	0,10	0,10	0,40	0,45
17. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade.	<b>0,42</b>	0,12	0,16	0,23	0,37
18. Sinto-me satisfeito com a limpeza das ruas da minha cidade.	<b>0,45</b>	0,09	0,09	0,32	0,38
19. Sinto-me satisfeito com o sistema de tratamento de esgotos da minha cidade.	<b>0,46</b>	0,13	0,11	0,28	0,40
24. Sinto-me satisfeito com as ofertas culturais e de lazer que encontro na minha cidade.	<b>0,44</b>	0,12	0,06	0,31	0,37
25. Sinto-me satisfeito com as oportunidades para praticar desporto que encontro na minha cidade.	<b>0,49</b>	0,16	0,11	0,28	0,42

Quadro 18 (continuação)

Itens	QSU				Total Escala
	AF	AL	EI	CSS	
1. Os meus amigos e colegas de trabalho olham para mim com a admiração.	0,11	<b>0,30</b>	0,00	0,12	0,19
2. Sinto-me satisfeito com o ambiente de trabalho do meu actual emprego.	0,18	<b>0,52</b>	0,06	0,15	0,32
3. O meu trabalho motiva-me.	0,19	<b>0,66</b>	0,11	0,13	0,35
4. O meu actual emprego dá-me grandes oportunidades para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	0,23	<b>0,58</b>	0,15	0,21	0,40
9. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.	0,07	<b>0,22</b>	0,18	0,12	0,24
5. Sinto-me seguro no bairro onde vivo.	0,20	0,07	<b>0,35</b>	0,20	0,29
6. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa que eu.	0,05	0,04	<b>0,36</b>	0,02	0,14
7. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem no mesmo bairro que eu.	0,13	0,05	<b>0,50</b>	0,09	0,26
8. O facto de existirem pessoas de culturas e meios sociais tão diferentes na minha cidade causa-me algum incómodo.	0,05	0,04	<b>0,42</b>	0,07	0,18
11. Sinto-me satisfeito com a casa onde vivo.	0,23	0,17	<b>0,38</b>	0,16	0,33
12. Sinto falta de privacidade no local onde vivo.	0,09	0,13	<b>0,44</b>	0,11	0,26
10. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio dos serviços de saúde da minha cidade.	0,30	0,18	0,17	<b>0,61</b>	0,44
20. Tenho facilidade de acesso aos serviços de saúde na minha cidade.	0,39	0,12	0,17	<b>0,66</b>	0,48
21. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de saúde da minha cidade.	0,40	0,17	0,17	<b>0,74</b>	0,52
22. Tenho facilidade de acesso aos serviços de apoio social na minha cidade.	0,40	0,15	0,10	<b>0,60</b>	0,46
23. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio social da minha cidade.	0,40	0,19	0,09	<b>0,58</b>	0,47

Nota: AF=Ambiente Físico; AL=Ambiente Laboral; EI=Espaços Interpessoais; CSS=Cuidados de Saúde e Sociais; Tot SMU=Total Stresse em Meio Urbano; A negrito encontra-se a correlação do item com a subescala em que está incluído

### *Validade do QSU.*

Para estudar a validade convergente e discriminante foram analisadas as correlações do QSU com o EPS e a subescala Abertura à Experiência do NEO PI-R, através do coeficiente de correlação de Pearson.

Conforme esperado, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre o QSU (e suas subescalas) e a EPS, dado que ambas constituem medidas relacionadas com a percepção de stresse. Através do Quadro 19 podem ser observadas correlações estatisticamente significativas entre a EPS e o QSU, superiores para o total desta escala ( $r=0,32$ ;  $p=0,0001$ ), logo seguidas pelas subescalas Ambiente Laboral e Espaços Interpessoais (ambas com  $r=0,28$  e  $p=0,0001$ ). Este aspecto prende-se provavelmente com o

facto de o EPS se centrar sobretudo nos stressores individuais e sociais, dimensões essas que estão mais patentes nas subescalas do QSU atrás mencionadas.

Quadro 19

Correlações entre o QSU e a EPS

	QSU				Total da escala
	Ambiente Físico	Ambiente Laboral	Espaços Interpessoais	Cuidados de Saúde e Sociais	
Percepção de Stresse	0,14***	0,28***	0,28***	0,17***	0,32***

Nota: \*\*\*  $p \leq 0,001$

No Quadro 20 são apresentadas as correlações entre o QSU e a subescala Abertura à Experiência do NEO PI-R. Foram encontradas correlações negativas fracas, mas estatisticamente significativas, entre a subescala Espaços Interpessoais do Stresse em Meio Urbano com as seguintes facetas da Abertura à Experiência: Fantasia ( $r=0,08$ ;  $p=0,03$ ); Sentimentos ( $r=0,11$ ;  $p=0,01$ ); Acções ( $r=-0,11$ ;  $p=0,004$ ); Valores ( $r=-0,20$ ;  $p=0,0001$ ); e total de Abertura à Experiência ( $r=-0,13$ ;  $p=0,001$ ).

Quadro 20

Correlações entre o QSU e a subescala Abertura à Experiência

Abertura à Experiência	QSU				Total da escala
	Ambiente Físico	Ambiente Laboral	Espaços Interpessoais	Cuidados de Saúde e Sociais	
Fantasia	0,09*	-0,03	-0,08*	0,06	0,01
Estética	0,00	-0,06	-0,03	-0,02	-0,05
Sentimentos	0,08*	-0,07	-0,11**	0,02	-0,02
Acções	0,05	-0,03	-0,11**	0,11**	0,00
Ideias	0,06	-0,06	-0,06	0,04	-0,01
Valores	0,03	0,05	-0,20***	0,03	-0,03
Total da subescala	0,08	-0,05	-0,13***	0,05	-0,02

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ;

Foram ainda observadas correlações estatisticamente significativas, desta feita positivas, entre a dimensão Ambiente Físico do Stresse em Meio Urbano e facetas Fantasia ( $r=0,09$ ;  $p=0,03$ ) e Sentimentos ( $r=0,08$ ;  $p=0,03$ ), da Abertura à Experiência, assim como entre a faceta Acções e a subescala Cuidados de Saúde e Sociais da Abertura à Experiência total ( $r=0,11$ ;  $p=0,01$ ).

Contrariamente ao que ocorre com a EPS, as facetas da Abertura à Experiência apresentam correlações baixas (iguais ou inferiores a  $r=-0,10$ ) ou sem significado do ponto

de vista estatístico com as subescalas do QSU, na medida em que medem construtos diferentes. A subescala Espaços Interpessoais constitui uma excepção, na medida em que avalia experiências de carácter interpessoal mais interligadas com as facetas da personalidade em apreço.

Este último aspecto, tal como o que foi observado relativamente à EPS, parece indicar que o QSU e as suas subescala possuem poder de discriminação face ao construto e às dimensões avaliadas pelas mesmas.

O estudo da validade concorrente baseou-se na análise da correlação entre as subescalas do QSU e do WHOQoL-Bref. Conforme esperado, todas as subescalas do QSU e do WHOQoL-Bref apresentaram correlações negativas e estatisticamente significativas, uma vez que pontuações mais altas no QSU indicam maior stresse urbano e pontuações mais altas no WHOQoL-Bref indicam melhor qualidade de vida. A subescala Meio Ambiente do WHOQoL foi, por conseguinte, a que apresentou correlações mais robustas com todas as subescalas do QSU, superiores para o total da escala ( $r=-0,68$ ;  $p=0,0001$ ) e inferiores para o Ambiente Laboral ( $r=-0,32$ ;  $p=0,0001$ ). Estes resultados são congruentes com os aspectos conceptuais que estão na base das referidas subescalas, na medida em que o construto medido pelo QSU está, no seu todo, intrinsecamente relacionado com o meio ambiente, neste caso, o ambiente urbano. De um modo geral, o stresse em meio urbano parece ser um preditor da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, sobretudo no que respeita à primeira dimensão.

### *Escala de Percepção de Stresse (EPS)*

A percepção de stresse foi avaliada através da “Perceived Stress Scale”, uma escala desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein e publicada no ano 1983.

#### *Caracterização Geral do Instrumento*

O EPS mede o grau em que determinadas situações da vida do indivíduo são avaliadas como geradoras de stresse. Porém, contrariamente à maior parte dos instrumentos utilizados no estudo dos factores de risco associados a “stressores” psicossociais e ambientais, os quais se centram em stressores objectivos, a EPS procura avaliar o stresse percebido pelo indivíduo. Através desta perspectiva, que se sustenta na abordagem de Lazarus e Folkman

(1984), os autores pretendem enfatizar os factores pessoais e contextuais onde os eventos potencialmente stressantes se desenrolam (Cohen et al., 1983).

O EPS é composto por 14 itens, que procuram avaliar o grau em que os respondentes consideram as suas vidas imprevisíveis, descontroladas e sobrecarregadas. Algumas das questões procuram ainda determinar os níveis actuais de stresse experimentado pelo indivíduo.

Esta escala é, de acordo com os autores, uma medida económica, que pode ser auto-administrada em pouco minutos. O teste é de auto-preenchimento, tendo as suas questões sido formuladas para uma escala de resposta tipo Lickert de 5 pontos, que variam entre “nunca” a “sempre”. Essas mesmas respostas devem se cotadas de 0 a 4, respectivamente, caso se tratem de itens negativos, sendo que, para os itens positivos (itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13), os valores deverão ser invertidos. O resultado final resulta da soma desses valores, sendo que um valor elevado significa um elevado stresse percebido (Cohen et al., 1983). O instrumento não possui subescalas.

O EPS foi concebido para ser utilizado em amostras da comunidade, cujos elementos possuam, pelo menos, o ensino básico. Os itens são de fácil compreensão, assim como as alternativas de resposta. As questões possuem um carácter geral e são relativamente livres de conteúdo específico para qualquer grupo populacional (Cohen et al., 1983).

#### *Procedimentos de Validação e Propriedades Psicométricas da Versão Original*

Os dados relativos à validação do instrumento foram obtidos com base em três amostras, duas das quais compostas por estudantes universitários e uma terceira, mais heterogénea, proveniente de um programa de cessação tabágica (Cohen et al., 1983).

Fizeram parte da primeira amostra 332 indivíduos, de ambos os sexos, com uma média de idades de 19,01 ( $DP=2,75$ ) e, da segunda amostra, 114 indivíduos de ambos os sexos, com uma média de idades de 20,75 ( $DP=4,41$ ). Além do EPS, ambos os grupos preencheram uma escala de acontecimentos de vida, que constituiu uma versão modificada do “College Student Life-Event Scale” (CSLES), de Levine e Perkins, uma escala sintomatologia depressiva – “The Center for Epidemiologic Studies Depressiona Scale” (CES-D), de Radloff, uma escala de sintomatologia física – “Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms” (CHIPS), e uma esclala de ansiedade social – “Social Avoidance and Distress Scale” (SADS), de Watson e Friend. A terceira amostra, proveniente do grupo de cessação tabágica foi composta por 64 indivíduos, também de ambos os sexos, que preencheram o EPS, o CHIPS e alguns itens de uma escala de acontecimentos de vida – “Unpleasant Events

Schedule”, de Lewinsohn e Talkington, em alternativa à escala utilizada para os estudantes universitários.

Os resultados médios da EPS para cada amostra foram, respectivamente, de 23,18 ( $DP=7,31$ ), de 23,67 ( $DP=7,79$ ) e de 25,00 ( $DP=8,00$ ). Os indivíduos do sexo feminino obtiveram valores médios de 23,57 ( $DP=7,55$ ), 25,71 ( $DP=6,20$ ) e 25,60 ( $DP=8,24$ ), enquanto os do sexo masculino registaram valores médios de 22,38 ( $DP=6,79$ ), 21,73 ( $DP=8,42$ ) e 24,00 ( $DP=7,80$ ), respectivamente. Apesar de terem sido registados valores ligeiramente superiores para o sexo feminino, esta diferença não foi estatisticamente significativa em nenhuma das amostras (Cohen et al., 1983). A variável idade não apresentou qualquer relação com o EPS em nenhum dos casos.

A consistência interna do EPS, obtida através do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,84, 0,85 e 0,86, respectivamente, para cada amostra. Através do teste-reteste, aplicado a 82 estudantes, com um intervalo de dois dias, foi obtida uma correlação de 0,85, enquanto que a correlação foi apenas de 0,55 para 64 indivíduos da terceira amostra, testados passadas seis semanas da primeira aplicação do EPS (Cohen et al., 1983).

As validades concorrente e preditiva, foram determinadas a partir das correlações entre o EPS e os resultados das escalas de acontecimentos de vida e na comparação da capacidade de preditiva de ambas as escalas em relação a uma série de acontecimentos. Em primeiro lugar, verificaram-se correlações entre pequenas e moderadas (entre 0,20 e 0,49, para  $p<0,01$ ) entre o número de acontecimentos de vida e o EPS para as três amostras. Inclusivamente, com apenas uma exceção, essa correlação aumentava quando o resultado da escala contemplava a percepção tida pelos respondentes face a esses acontecimentos (Cohen et al., 1983).

Conforme esperado, o EPS revelou-se um melhor preditor de determinados efeitos sobre a saúde do que os acontecimentos de vida, tal como é caso da sintomatologia depressiva (correlações entre 0,18 e 0,76, para  $p<0,001$ ) e física (correlações entre 0,23 e 0,70, para  $p<0,001$ ). Para a primeira amostra, o EPS forneceu uma boa predição da utilização dos serviços de saúde durante um período de cinco semanas, após o preenchimento da escala, com correlações entre 0,17 ( $p<0,05$ ) e 0,20 ( $p<0,001$ ). Em ambas as amostras de estudantes, um aumento na ansiedade social encontrou-se associado com um aumento na percepção de stress (0,37 e 0,48, para  $p<0,001$ ) e, apesar de o número de eventos não estar associado com a ansiedade social em ambas as amostras, foram encontradas baixas correlações entre o impacto do acontecimento e a ansiedade social (-0,13, para  $p<0,02$  e -0,26, para  $p<0,01$ ).

Em conclusão, a versão original do EPS possui uma consistência interna e uma fidelidade teste-reteste adequadas e correlaciona-se da forma esperada com um conjunto de critérios comportamentais e de auto-relato. O EPS demonstra também ser um melhor preditor de efeitos sobre a saúde ou relacionados com a mesma do que as escalas de acontecimentos de vida. Tendo avaliado a capacidade preditiva do EPS num período compreendido entre quatro a doze semanas após a administração, Cohen et al. (1983) referem que as melhores predições ocorrem no período de um a dois meses e que, quando o mesmo é aumentado, a validade preditiva da escala diminui, dado que os níveis de stresse percebidos são influenciados pelos aborrecimentos do quotidiano, por situações de grande impacto e por alterações ao nível da disponibilidade dos recursos de coping. Esta observação está também patente nas correlações observadas na fidelidade teste-reteste, sendo as mesmas superiores para dois dias do que para seis.

O EPS pode ser utilizado para determinar se o stresse percebido constitui uma factor etiológico (ou de risco) ao nível das perturbações comportamentais ou da própria doença e pode também ser útil na compreensão do processo através do qual os múltiplos factores que moderam a relação entre stressor objectivo/patologia operam. Por fim, o EPS pode ser utilizado enquanto variável relacionada com o resultado, avaliando os níveis de stresse experimentados pelas pessoas enquanto função de acontecimentos stressantes objectivos, recursos de coping, factores de personalidade, etc. (Cohen et al., 1983).

Em suma, o EPS constitui uma medida breve e de fácil administração do grau em que diversas situações da vida são avaliadas como stressantes. Demonstra possuir fidelidade e validade substanciais, constituindo assim uma potencial ferramenta na avaliação de questões que se prendem com o papel dos níveis de stresse percebidos ao nível da etiologia das doenças e das perturbações comportamentais.

### *Contributos para a Elaboração da Versão Portuguesa da EPS*

A versão em português do EPS utilizada neste estudo foi obtida através dos seguintes procedimentos, conforme proposto por Ribeiro (1999):

1. Tradução da versão original, em inglês, para a língua portuguesa, resultante de um consenso obtido entre especialistas das áreas da psicologia, saúde pública e sociologia;
2. Retroversão por um tradutor sem conhecimento prévio da versão original do instrumento;

Comparam-se, em seguida, os itens das da versão original, em inglês, com a tradução obtida através da retroversão dos mesmos. Através deste processo foram identificadas

pequenas discrepâncias, que levaram à reformulação de algumas questões. Seguiu-se o mesmo procedimento relativo à tradução e retroversão que, sendo coincidentes, foram aplicadas a um sujeito bilingue sem conhecimento prévio do instrumento que validou a equivalência de ambas as versões. A estrutura e itens da escala originais foram integralmente mantidos na versão portuguesa.

A literatura relativa ao tema, assim como a consulta a linguistas e a especialistas do tema em estudo, evidenciam a equivalência conceptual do questionário assim como a equivalência dos itens, do ponto de vista semântico e operacional.

#### *Fidelidade da EPS.*

A observação da consistência interna desta escala demonstrou a existência de uma correlação item-total corrigida negativa relativamente ao item 12 (numerado como 133 no questionário preenchido pelos participantes) – “Com que frequência pensou nos objectivos que tem para atingir?” e ainda que o valor do alfa de Cronbach aumentaria, em 0,31 pontos, caso o mesmo fosse eliminado. Pensa-se que a razão subjacente a este problema se deve às dificuldades de tradução e adaptação do referido item. Optou-se, assim, pela eliminação do mesmo, o que resulta numa consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach de 0,86 (Nº Itens=13; N=651) e que é semelhante à obtida nas três amostras americanas, recolhidas pelos autores, cujos valores são, respectivamente, de 0,84, 0,85 e 0,86.

Através do método split-half foram observados alfas mais baixos, situados entre 0,55 e 0,76, conforme consta no Quadro 21.

#### Quadro 21

Valores obtidos através do procedimento split-half de Guttman para a EPS

	Parte 1		Parte 2	
	Nº de itens	$\alpha$	Nº de itens	$\alpha$
EPS	6	0,76	6	0,55

#### *Validade dos itens da EPS.*

Através da análise da distribuição das respostas dos itens verificou-se que todas as alternativas de resposta foram utilizadas pelos respondentes, para a totalidade dos itens do questionário.

Dado que a EPS não possui subescalas, não é possível calcular a validade convergente/discriminante dos itens. A correlação entre cada item e o total da escala, com

correção para a sobreposição revela, porém, valores alfa moderados e fortes, superiores para o item 6 e inferiores para o item 13 (ver Quadro 22).

#### Quadro 22

##### Correlação item-total da EPS.

Itens	Correlação item-total
1- Com que frequência se sentiu aborrecido ao acontecer-lhe algo imprevisto?	0,52
2- Com que frequência se sentiu incapaz de controlar assuntos importantes da sua vida?	0,56
3- Com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?	0,55
4- Com que frequência encarou com optimismo as dificuldades da vida?	0,55
5- Com que frequência conseguiu lidar realmente com alterações importantes que tenham ocorrido na sua vida?	0,42
6- Com que frequência se sentiu confiante relativamente à sua capacidade de lidar com os seus problemas pessoais?	0,62
7- Com que frequência sentiu que a sua vida correu como você queria?	0,58
8- Com que frequência pensou que não conseguia lidar com as tarefas que tinha para realizar?	0,50
9- Com que frequência foi capaz de lidar com as dificuldades da sua vida?	0,48
10- Com que frequência sentiu que conseguia controlar a sua vida?	0,56
11- Com que frequência se sentiu zangado ao acontecer-lhe algo que não podia controlar?	0,47
12- Com que frequência pensou nos objectivos que tem para atingir?	E
13- Com que frequência pensa ter sido capaz de controlar o seu tempo?	0,40
14- Com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	0,58

Nota: E=Item eliminado

#### *Validade da EPS.*

Para estudar a validade convergente e discriminante foram analisadas as correlações da EPS, através do alfa de Cronbach, com o QSU e a subescala Abertura à Experiência do NEO PI-R. Os resultados relativos à correlação da EPS com o QSU foram já apresentados no Quadro 19 e indicam correlações positivas e estatisticamente significativas, ainda que modestas, para todas as subescalas do QSU.

Foram observadas correlações negativas e estatisticamente significativas entre a EPS e as seguintes facetas da Abertura à Experiência: Acções ( $r=-0,20$ ;  $p=0,0001$ ), Ideias ( $r=-0,17$ ;  $p=0,0001$ ) e Valores ( $r=-0,11$ ;  $p=0,002$ ). Foi encontrada também uma correlação negativa e estatisticamente significativa, embora fraca, entre a EPS e a Abertura à Experiência total ( $r=-0,14$ ;  $p=0,0001$ ), conforme consta no Quadro 23. De um modo geral, estes resultados

indicam que, na amostra estudada, uma menor Abertura à Experiência, está associada a uma maior Percepção de Stresse; porém, não permitem uma discriminação precisa dos construtos em causa.

### Quadro 23

#### Correlações entre as dimensões da Abertura à Experiência e a EPS

	Abertura à Experiência						Total da subescala
	Fantasia	Estética	Sentimentos	Ações	Ideias	Valores	
EPS	0,08	-0,04	-0,02	-0,20***	-0,17***	-0,11**	-0,14***

Nota: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

A validade concorrente, analisada com base no WHOQoL-Bref, indica que a EPS constitui um bom preditor da qualidade de vida. Estabelece-se, portanto, uma associação inversa entre a EPS e todos os domínios do WHOQoL-Bref, que indica que, na presente amostra, quanto mais elevado o stresse percebido está associado, menor será a qualidade de vida. A correlação mais forte é, como se pode observar no Quadro 24, a que se estabelece entre o domínio psicológico do WHOQoL-Bref e a EPS ( $r=-0,66$ ;  $p=0,0001$ ).

### Quadro 24

#### Correlações entre os domínios do WHOQoL-Bref e a EPS

	WHOQoL-Bref					
	Saúde Física	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Avaliação QDV	Satisfação Saúde
EPS	-0,55***	-0,66***	-0,50***	-0,45***	-0,38***	-0,31***

Nota: QDV=Qualidade de Vida; \*\*\*  $p \leq 0,001$

#### *Inventário de Personalidade NEO-Revisto (NEO PI-R) – Subescala Abertura à Experiência*

##### *A Origem do NEO PI-R*

O Inventário de Personalidade NEO Revisto ou NEO PI-R foi desenvolvido por Costa e McCrae, nos Estados Unidos da América, em 1992 e constitui a última versão da revisão do NEO PI. Este instrumento começou a ser construído em 1978, sendo então concebido para avaliar 18 escalas de facetas num conjunto de três domínios. Obteve, nessa altura, a designação de Inventário NEO, em conformidade com as iniciais dos domínios avaliados:

Neuroticismo (“Neuroticism”), Extroversão (“Extraversion”) e Abertura à Experiência (“Openness”) (Costa & McCrae, 1992).

Em 1983, foram adicionadas escalas breves com 18 itens para medir dois outros domínios, a Amabilidade (representada por A, do inglês “Agreeableness”) e a Conscienciosidade (representado por C, de “Conscientiousness”). Assim, em 1985, o instrumento continha 181 itens, tendo sido publicado com o título de Inventário de Personalidade NEO (“NEO Personality Inventory” ou, abreviadamente, NEO PI), expressão que, segundo os autores, tem dois sentidos: Por um lado, aglutina as dimensões representadas por N, E e O e, por outro, faz referência ao carácter inovador do questionário. Em 1990, foram completadas as escalas para as facetas A e C, tendo sido também efectuadas algumas alterações menores nos itens originais do N, E e O. Daqui resultou a última versão da revisão do NEO PI, ou seja, o Inventário de Personalidade NEO-Revisto (“NEO Personality Inventory – Revised”, ou NEO PI-R), publicado com o respectivo manual (Costa & McCrae, 1992).

#### *Caracterização do Instrumento*

O questionário é constituído por 240 itens, que visam cobrir os cinco factores e as facetas do modelo teórico no qual o mesmo foi baseado. Cada resposta é assinalada numa escala tipo Lickert de cinco pontos, com opções desde o discordo fortemente, ao concordo fortemente. A cada item é atribuída pontuação que vai de 0 a 4 valores, sendo que, em alguns deles, o discordo fortemente é cotado com 4 pontos, e noutros é com 0 pontos. O NEO PI-R não deve ser cotado se faltarem 41 respostas ou mais e, se não for este o caso, os dados omissos devem ser assinalados como respostas neutras. O NEO PI-R é de auto-administração individual ou colectiva e não existe limite de tempo para o seu preenchimento, embora a maioria das pessoas demore entre 30 a 40 minutos (Lima, 1997).

O cálculo das pontuações totais das facetas é feito através da soma dos oito itens que compõem cada uma delas. Em seguida, para se obter as pontuações dos factores, devem-se somar as pontuações das seis facetas que constituem o factor, procedendo-se à sua conversão para valores percentílicos. As pontuações apenas têm significado quando comparadas com o grupo-padrão de referência, constante nas normas publicadas. Na conceptualização deste inventário não existem limiares discriminativos ou pontos discriminantes que separem as pontuações consideradas normais daquelas que podem indicar patologia, pelo que uma pontuação elevada é tão informativa como uma baixa pontuação (Lima, 1997).

As escalas do NEO PI-R medem traços, cujas pontuações se aproximam do modelo da distribuição normal. A generalidade dos sujeitos obterá, portanto, pontuações em redor da média, com uma pequena percentagem de indivíduos nos extremos. É possível, assim, comparar as pontuações obtidas pelos indivíduos nas diferentes características. O NEO PI-R destina-se a indivíduos a partir dos 17 anos de idade, que não sofram de perturbações que impeçam uma auto-avaliação e preenchimento válidos (Lima, 1997).

O procedimento de validação do NEO PI-R é fundamentalmente de tipo empírico, tal como o de vários outros instrumentos de avaliação da personalidade. O NEO PI-R foi validado com uma grande variedade de sujeitos: adultos de todas as idades, brancos e não brancos, de ambos os sexos, com nível de instrução variado, e de diferentes contextos clínicos (desde a reabilitação de toxicodependentes à prática clínica privada).

Em todas as fases de construção do teste foram utilizadas estratégias racionais e factoriais. O princípio fundamental subjacente à construção das escalas foi a identificação dos traços que habitualmente surgiam na literatura relativa à área da personalidade, representados na linguagem natural e fáceis de entender pela maior parte dos potenciais utilizadores. Seguidamente, e com base nos construtos que desejavam avaliar, foram criados conjuntos de itens, os quais foram administrados a grandes amostras, efectuando-se posteriormente uma análise factorial das respostas. Os itens foram seleccionados em função das saturações obtidas (mostrando validade convergente e divergente) e do requisito de manter o mesmo número na positiva e na negativa em cada escala, para controlar a aquiescência. As validades convergente e discriminante eram então analisadas em relação a critérios externos, tais como outras escalas já existentes, ou outros métodos de avaliação. Em alguns casos, foi necessário rever as escalas iniciais, o que levou a que se repetisse o mesmo tipo de procedimento (Lima, 1997).

Os autores desenvolveram uma série de estudos sobre a validade das escalas do NEO PI-R, nomeadamente correlacionando este inventário com outras escalas de auto-avaliação, com testes de completamento de frases e com avaliações pelos colegas, cônjuges e profissionais. No entanto, as dimensões do NEO PI-R não foram ainda estudadas em investigação laboratorial, nem foram examinados os seus correlatos psicofisiológicos. Também não foram efectuados estudos de observação controlada por vezes utilizados na validação de escalas de auto-avaliação (Lima, 1997).

Dois estudos avaliaram de forma exaustiva a validade convergente e discriminante das 30 escalas de facetas do inventário. Um deles utilizou os dados longitudinais do arquivo do "Augmented Baltimore Longitudinal Study of Ageing" (ABLSA) e correlacionou cada uma

das facetas com 116 escalas diferentes de 12 inventários, tornando-se evidente a validade convergente, através das correlações das facetas com medidas alternativas de construtos similares. Por exemplo, N1 (Ansiedade) está relacionada com a ansiedade, medida através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço, de Spielberger et al. e com a tensão, avaliada através do Perfil dos Estados de Humor, de McNair, Lorr e Droppleman, enquanto que A1 (Confiança) está positivamente correlacionada com a Escala de Confiança do Inventário de Estilo Interpessoal de Lorr e, negativamente, com a Escala da Suspeita do Inventário de Hostilidade de Buss e Durkee. Relativamente à validade discriminante, podem ser apresentadas como exemplo as associações do “Personality Research Form”, de Jackson com as facetas de E, onde a Afiliação se correlaciona positivamente com E1 (Acolhimento Caloroso) e E2 (Gregariedade), a Dominância se correlaciona positivamente com E3 (Assertividade), o Evitamento da Dor se correlaciona negativamente correlacionado com E5 (Procura de Excitação) e o Jogar se correlaciona positivamente com E6 (Emoções Positivas). Em síntese, todas as escalas apresentam correlações substanciais com os critérios apropriados.

Um segundo estudo examinou a relação entre os 300 itens da Lista de Verificação de Adjectivos (ACL), de Gough e Heilbrun e o NEO PI-R, tendo sido identificados os sete correlatos principais de cada uma das facetas, revelando um padrão adequado que testemunha a validade discriminante das mesmas. Este padrão é tão claro que, na maior parte dos casos, os juizes conseguem identificar de que faceta se trata apenas através da análise dos correlatos da ACL de uma determinada faceta.

Desta forma, devido à compreensividade comprovada do modelo, os seus factores podem constituir critérios de validade convergente para a avaliação de grande parte dos construtos de personalidade, fazendo com que o instrumento possa ser utilizado, inclusivamente, no processo de validação de um constructo (Lima, 1997).

Apesar da importância das formas de validação anteriores, estas são limitadas, devido ao facto de todas as medidas utilizadas serem de auto-avaliação. Como tal, segundo os autores, a comparação das auto com as hetero-avaliações é fundamental e, tendo realizado vários estudos neste sentido, concluíram que existe uma forte evidência a favor de um acordo inter-observador nos cinco factores, uma relação entre auto-avaliações e avaliações por parte dos esposos e, entre as auto-avaliações e a média das avaliações por parte dos colegas (Lima, 1997).

Para aferir validade concorrente, foram utilizadas algumas das variáveis que mais têm sido relacionadas com os cinco factores, tais como o bem-estar psicológico, o coping e as

defesas e ainda a criatividade e o pensamento divergente. No que respeita ao bem-estar psicológico, os autores estabeleceram a hipótese de que os afectos positivos estariam relacionados com a Extroversão e, os negativos com o Neuroticismo, hipótese que foi confirmada. Relativamente ao coping, os autores pretenderam investigar a hipótese de que as estratégias de coping, embora não sendo, necessariamente, uma expressão directa da personalidade, são influenciadas pelos traços de personalidade. Os resultados, permitiram concluir que: os mecanismos de defesa imaturos e neuróticos estavam significativamente correlacionados com o Neuroticismo, a utilização do pensamento positivo, acção racional e controlo estava relacionada com a Extroversão e, o humor correlacionava-se positiva e significativamente com a Abertura à Experiência. No que se refere à criatividade e pensamento divergente, encontraram-se correlações significativas entre o pensamento divergente e a dimensão Abertura à Experiência (e cada uma das suas seis facetas), em auto e hetero-avaliações. Como tal, em função dos dados obtidos, os autores consideraram ser possível atribuir ao instrumento uma validade de critério adequada.

McCrae e Costa (1983 cit. por Lima, 1997), examinaram a fidelidade teste-reteste das escalas do NEO PI numa amostra de 31 homens e mulheres. As correlações, para as escalas de facetas, apresentavam uma amplitude entre 0,66 e 0,92. Porém, a fidelidade teste-reteste do inventário tem sido mais bem estudada em investigações longitudinais de longa duração. Por exemplo, um estudo que se estendeu por seis anos, com as escalas N, E e O, revelou coeficientes de estabilidade que variavam entre 0,68 e 0,83 (tanto nas auto como nas hetero-avaliações) e coeficientes teste-reteste, relativos a intervalos de três anos, para as versões breves das escalas dos domínios A e C, da ordem de 0,63 e 0,79. Um estudo longitudinal de 7 anos, utilizando avaliações efectuadas pelos colegas, encontrou coeficientes situados entre 0,51 e 0,82, para as escalas das facetas, e entre 0,63 a 0,81, para os cinco domínios. O NEO PI-R, segundo os autores, é um dos poucos instrumentos que tem demonstrado medir, de facto, disposições duradouras, sejam elas avaliadas pelo próprio ou por outros.

Através da análise factorial dos 240 itens do NEO PI-R, foram encontrados 5 factores perfeitamente distintos com eigenvalues superiores a 1 e que, em conjunto, deram conta de 58% da variância. A correlação entre os “factor scores” e as escalas dos domínios N, E, O, A e C foram de 0,91, 0,89, 0,95, 0,95 e 0,89, respectivamente.

Numa análise factorial, a partir das pontuações das facetas, na amostra normativa (composta por 500 homens e 500 mulheres), verificou-se ainda que cada faceta apresentava a sua saturação mais elevada no factor previsto.

Os valores obtidos para as médias nos cinco domínios foram de 79,10 para N, de 109,40 para E, de 110 para O, de 124,30 para A e de 123 para C. Relativamente à análise das correlações entre os cinco domínios, Costa et al. (1991 cit. por Lima, 1997), observaram uma intercorrelação substancial entre E e O (0,54), uma correlação negativa moderada entre N e C (-,39) e entre N e E (-,23) e ainda uma correlação positiva entre A e C (0,32). Os valores alfa das escalas das facetos situam-se entre os 0,86 e 0,95 para os factores e 0,56 e 0,81 para as escalas das facetos. No que respeita às correlações entre as cinco dimensões e a variável idade, Costa e McCrae (1992) encontraram apenas uma faceta com correlação com a idade, acima de 0,30 (E5), e, neste sentido, os autores do inventário elaboraram apenas normas para sujeitos em idade universitária (17-21), e para adultos acima dos 21 anos de idade.

#### *A Versão Portuguesa do NEO PI-R*

Os procedimentos de adaptação da versão portuguesa foram efectuados por Lima (1997). Os resultados obtidos, dos quais se apresenta em seguida uma síntese, sugerem que a versão portuguesa do NEO PI-R mede as mesmas dimensões de personalidade que a versão americana e que este teste é de grande utilidade para as áreas de investigação e avaliação psicológica em diversos contextos.

Após obtida autorização dos autores originais, foi realizada a tradução, de forma independente, por quatro docentes com conhecimento da língua inglesa e/ou formação em Psicologia, com a preocupação de o apresentar em linguagem acessível a todos os estratos sociais. Seguidamente, o instrumento resultante foi aplicado a uma amostra de 20 adultos, cujos resultados serviram para uma análise qualitativa e reformulação de alguns itens mais confusos. Em seguida, foi retrotraduzido por um docente de naturalidade inglesa e foi esta a versão que, enviada aos autores originais, veio a sofrer algumas alterações sugeridas pelos mesmos, tendo sido aprovada em 1992. Por fim, o inventário foi ainda revisto por uma linguista, e a sua versão foi utilizada no estudo-piloto, que teve início nos finais de 1992.

Conjuntamente com o NEO PI-R, e com a finalidade de validação do questionário, foram aplicados no estudo-piloto outros instrumentos, cada um dos quais relacionado de alguma forma com as dimensões avaliadas pelo inventário. Os instrumentos foram os seguintes: Questionário de Personalidade de Eysenck, de Eysenck e Eysenck, o Inventário de Interesses Vocacionais, a Escala da Satisfação com a Vida, de Diener et al., o Questionário de Agressividade, de Buss e Perry e a Escala de Afectividade Positiva e Negativa, de Watson, Clark e Tellegen.

A amostra-piloto, recolhida em Dezembro de 1992, foi constituída por 120 participantes do sexo feminino e 42 do sexo masculino, num total de 162 sujeitos. Foi utilizado o método de amostragem não-probabilístico, designado por “bola de neve”. Em termos globais, o instrumento revelou-se adequado, sendo que as correlações das dimensões do NEO PI-R com os instrumentos aplicados fizeram evidenciar uma validade convergente e discriminante satisfatórias.

A amostra definitiva, recolhida entre Setembro de 1993 e Outubro de 1994, foi composta por 2000 participantes, com idades compreendidas entre os 17 e os 84 anos, com uma média de 32,20 e desvio-padrão de 14,89, os quais provinham de 10 freguesias de 16 Concelhos do Distrito de Leiria. A selecção deste Distrito foi feita com base nas características demográficas da sua população que, de acordo com os Censos de 1991 - XII Recenseamento Geral da População, se aproximavam das percentagens nacionais.

Para verificar se as variáveis (240 itens) poderiam ser explicadas por um número menor de factores foi utilizada a análise factorial, através da análise em componentes principais seguida de rotação Varimax. Obtiveram-se, por este processo, 5 factores que explicam 20,99% da variância, com eigenvalues superiores a 1. Para verificar se, através de análise factorial das 30 facetas do inventário, seriam identificados 5 grandes factores, foi utilizada a análise em componentes principais seguida de rotação Varimax das 30 facetas, com restrição a cinco factores, os quais dão conta de 54% da variância, sendo os eigenvalues superiores a 1. Os resultados encontrados são, porém, ligeiramente inferiores aos obtidos na amostra americana.

Ainda no que concerne à validade, para além da análise da estrutura factorial do NEO PI-R, verificou-se um padrão de correlações apropriadas e distintas com medidas alternativas de construtos similares, indicando, não só a validade convergente ou concorrente, mas também a divergente ou discriminante. Efectivamente, as correlações entre as cinco dimensões do inventário e os instrumentos atrás referidos, utilizados pela autora, foram de encontro às expectativas.

A análise das correlações entre os cinco domínios revela valores significativos e teoricamente compreensíveis, tais como  $-0,39$  entre C e N,  $0,32$  entre C e A e  $0,54$  entre E e O, sendo os dois últimos valores superiores aos do estudo original.

No que respeita às correlações entre as cinco dimensões e a variável sexo, os sujeitos do sexo masculino apresentaram resultados significativamente superiores aos das mulheres na dimensão E, e os sujeitos do sexo feminino obtém resultados significativamente superiores aos homens nas dimensões N, A e C. No que respeita às correlações entre as cinco

dimensões e a variável idade, foram encontradas, no estudo português, três facetas com correlação com a idade, acima de 0,30: E5, O1 e O5.

Por último, a comparação intercultural dos resultados da amostra normativa portuguesa e da amostra normativa americana, embora com todas as semelhanças já analisadas, revelou também algumas diferenças (para  $p < 0,001$ ). Os portugueses apresentam, por conseguinte, médias menos elevadas em E, O, A e C, e mais elevada em N, em relação à população americana.

Em relação à fidelidade do instrumento, confirmou-se que a consistência interna das escalas, traduzida no coeficiente alfa, apresenta valores aceitáveis. Os coeficientes alfa de Cronbach, obtidos para os cinco domínios da amostra definitiva, foram os seguintes: 0,86 para C, 0,85 para N, 0,85 para O, 0,82 para A e 0,80 para C. Os valores alfa das escalas das facetas são moderados (sendo o mais baixo o E4, de 0,26, o mais alto o O5, de 0,72, e estando a média entre 0,55 e 0,60). Embora sejam, em ambos os casos (dos domínios e das facetas) ligeiramente inferiores aos obtidos na amostra americana, corroboram as predições da autora. Os resultados são modestos porque, por um lado, as escalas são pequenas (oito itens), e os itens são elaborados de forma a serem o menos redundantes possíveis. Todavia, de acordo com os autores do inventário (1985), a fidelidade baixa não é um problema, desde que as facetas mostrem evidência de uma validade adequada, o que foi demonstrado e referido anteriormente.

No que respeita às intercorrelações entre todas as dimensões e facetas, a generalidade das facetas tem a sua correlação máxima no domínio correspondente, existindo, contudo, outras correlações significativas. Comparando as correlações obtidas pelo estudo português, comparativamente à matriz de intercorrelações apresentada pelos autores originais (1992), verifica-se que o estudo português apresenta 21 correlações acima de 0,30, entre facetas e domínios que não os seus, e a americana 25, valores estes que revelam a proximidade dos resultados obtidos com a amostra nacional e a amostra normativa americana.

#### *Fidelidade da subescala Abertura à Experiência no presente estudo.*

Foi também estudada a consistência interna das facetas da Abertura à Experiência e do total da subescala para presente amostra, através do alfa de Cronbach. Observa-se uma consistência interna elevada para o total da subescala ( $\alpha=0,87$ ) e para as facetas Fantasia ( $\alpha=0,75$ ) e Ideias ( $\alpha=0,70$ ), sendo estes mais modestos nas restantes facetas. A faceta Valores ( $\alpha=0,38$ ) é, por conseguinte, a que apresenta valores de consistência interna mais

reduzidos. A eliminação de qualquer um dos seus itens, não conduziria, porém, a nenhum acréscimo significativo nos valores obtidos (ver Quadro 25).

Quadro 25

Valores da consistência interna das facetas da Abertura à Experiência

Abertura à Experiência	Nº de itens	<i>N</i>	$\alpha$ de Cronbach
Fantasia	8	668	0,75
Estética	8	668	0,69
Sentimentos	8	667	0,52
Acções	8	668	0,52
Ideias	8	668	0,70
Valores	8	668	0,38
Total da subescala	48	667	0,87

Estes resultados aproximam-se aos encontrados no estudo de validação da escala para a população portuguesa. O alfa de Cronbach do total da subescala é, porém, superior no presente estudo em 0,05 relativamente ao da versão que foi alvo de validação.

### Procedimento

Após elaborado o desenho do estudo e seleccionadas as variáveis e os instrumentos a utilizar, foi construída uma versão preliminar do protocolo de investigação, na qual foram compiladas todas as escalas e subescalas, sob um formato e aparência uniformes, como se de um único questionário se tratasse (ver Anexo C). A linguagem utilizada nas instruções de preenchimento de cada escala foi também uniformizada, de forma a dar um sentido de integridade a todo o protocolo. Foi acrescentado, no fim, um item, onde cada participante era convidado a deixar o seu comentário relativamente à prova, através da seguinte questão: “Deseja fazer algum comentário relativamente às questões que lhe foram colocadas?”.

Importa também referir que as respostas que se encontrava num formato tipo Lickert (correspondentes às escalas atrás descritas), foram cotadas com valores que variavam entre -2 e 2, pelo que a análise dos resultados deverá tomar em consideração a esta característica.

Foi elaborada uma folha de rosto onde, através de um pequeno texto introdutório, se referiram os objectivos do estudo, garantindo ainda a apropriabilidade do mesmo e o anonimato dos participantes. Foram ainda indicadas as entidades responsáveis pela investigação, assim como respectivos contactos.

Com base nesta versão do questionário, foram elaboradas nove entrevistas junto de indivíduos com características equivalentes às da população alvo. Procuraram-se seleccionar sobretudo respondentes com escolaridade pouco diferenciada (habilitações ao nível do ensino básico), de forma a assegurar a boa compreensão das mesmas por parte da generalidade da população. Foi tomada a opção de incluir todos os questionários na versão preliminar do protocolo aplicada nas entrevistas, na medida em que a maior parte das escalas resulta de traduções (EPS) ou adaptações à língua portuguesa (WHOQoL-Bref) ou escalas originais (QSU). A escala Abertura à Experiência do NEO PI-R, apesar de validada para a população portuguesa, foi também incluída nesta fase, com o objectivo de aferir a coerência geral do protocolo enquanto uma unidade só.

Estas entrevistas permitiram a recolha de importantes contributos que conduziram a algumas reestruturações na sequência de apresentação de alguns itens do QSU e a reformulações a nível lexical e sintáctico de alguns itens do QSU e do WHOQoL-Bref, dando origem à versão final do protocolo.

### *Forma de Preenchimento dos Questionários*

O questionário preenchido foi de auto-avaliação, individual ou colectiva. A sua versão final ficou composta por 136 itens, numerados de forma contínua. A última questão, aberta, destina-se a comentários ou observações finais sobre questionário e os temas em apreço.

Esta versão final foi ainda convertida para formato digital (html), ficando alojada e acessível através da “Internet”, no sítio <http://saude.phenominet.com>. O sítio foi concebido com características dinâmicas, possibilitando a entrada de dados na página da Internet (i.e. a resposta aos itens do questionário) que, após submetidos pelos respondentes, eram enviados de imediato para o endereço de correio electrónico [saude.urbana@netcabo.pt](mailto:saude.urbana@netcabo.pt), sem que constasse qualquer informação sobre a origem da mensagem. O formato de apresentação das respostas obedecia a uma codificação prévia, devendo as mesmas ser posteriormente decodificadas e incluídas na base de dados geral do estudo.

O formato do questionário apresentado no site era idêntico ao da versão em papel, contendo igualmente um texto introdutório, com os conteúdos já aqui referidos.

O endereço do sítio da Internet era divulgado na folha de rosto do questionário em papel, para que os participantes optassem entre duas possíveis formas de preenchimento. Tanto na versão papel como na versão pela Internet, era solicitado aos participantes que não

repetissem o preenchimento do questionário (independentemente da versão em que, eventualmente, já o tivessem feito).

### *Enquadramento Institucional*

O desenvolvimento deste estudo foi, como atrás referido, enquadrado no Projecto Seixal Saudável, onde diversas instituições parceiras colaboraram no desenvolvimento do mesmo. Apresenta-se, em seguida, uma súmula das etapas deste processo:

1. Formalização da proposta de realização do presente estudo, junto da entidade promotora do Projecto Seixal Saudável – a Câmara Municipal do Seixal. Nesta etapa, foi submetida, para apreciação da referida entidade, a primeira versão do projecto de investigação a desenvolver;

2. Após deferimento da proposta, foi enviado um ofício (ver Anexo D), assinado pelo Presidente da Câmara Municipal, às 95 instituições parceiras do Projecto Seixal Saudável sedeadas no concelho do Seixal, solicitando a colaboração das mesmas na implementação desse estudo. A acompanhar este ofício, foi enviada uma versão resumida do projecto de investigação, com a explicitação dos objectivos do estudo.

3. Contacto telefónico com as referidas instituições, no sentido de determinar a sua colaboração no estudo e de definir o procedimento a adoptar na entrega e recolha dos questionários. Desde já refira-se que a grande variabilidade de instituições envolvidas, quanto à sua natureza e em termos da sua estrutura organizacional, exigiu que o procedimento fosse definido em função das características e condicionalismos que se colocavam em cada situação. Neste contacto telefónico procurava-se também saber o número de trabalhadores de cada instituição (para se providenciar o número de questionários adequado) e ainda determinar se a instituição dispunha de alguma estrutura (caixa, cacifo, etc.) onde os trabalhadores pudessem colocar anonimamente os questionários, após o seu preenchimento. Procurou-se, portanto, encontrar uma solução adequada às características de cada instituição. Nas situações em que as mesmas não dispunham de qualquer estrutura que comportasse os questionários preenchidos ou em que a confidencialidade dos participantes não era totalmente assegurada, a entrega e recolha desses questionários era efectuada por um elemento da equipa de investigação, em datas previamente determinadas.

5. De um modo geral, procedeu-se ao envio (via postal) ou entrega dos questionários a uma pessoa de referência de cada instituição, indicada pela direcção da mesma, que

distribuía os questionários pelos funcionários, indicando-lhes a data-limite para o preenchimento dos mesmos, assim como o local onde os mesmos deveriam ser colocados. Esta pessoa era instruída no sentido de enquadrar genericamente o objectivo do estudo e de assegurar o total anonimato dos participantes e confidencialidade dos questionários. Findo o prazo estabelecido, os questionários eram remetidos à Câmara Municipal do Seixal, ou recolhidos pela mesma.

Descrevemos, até aqui, o procedimento adoptado relativamente às instituições locais parceiras do Projecto Seixal Saudável. A Câmara Municipal do Seixal constituiu, neste processo, a entidade de referência e o elemento de ligação relativamente a todos os contactos efectuados. Além desta forma de participação, foi ainda possível aplicar os questionários aos seus funcionários, tendo no entanto sido adoptada uma metodologia um pouco diferente e que se pode sintetizar nas seguintes etapas:

1. Através de uma informação interna, emitida pelo Presidente da Câmara e distribuída a todos os funcionários, foi solicitada a colaboração dos mesmos no preenchimento do questionário, enviado junto a essa informação. Foi criada, especificamente para esta situação, uma folha de rosto própria, com indicação do Serviço da Câmara para onde os questionários deveriam ser devolvidos, a data-limite e a forma de envio (ver Anexo E). Quanto a esta última, e caso o funcionário optasse pelo preenchimento em papel, poderia fazê-lo utilizando os envelopes de “correio interno” da autarquia que circulam diariamente entre serviços, sugerindo-se que não fosse colocada qualquer indicação no campo do remetente (nome ou serviço).

2. Cerca de um mês após o envio dos questionários aos funcionários, foi feito um reforço do pedido de preenchimento dos questionários. Este reforço foi feito através de uma mensagem de correio electrónico, dirigida a todos os funcionários, no sistema de correio electrónico da autarquia (ver Anexo F). Nessa mensagem, foram repetidas as instruções básicas relativas ao procedimento geral, sendo transcrita a hiperligação que permitia conduzir o leitor da mensagem directamente ao sítio da Internet onde se encontrava o questionário. Nessa mesma mensagem, solicitou-se a divulgação do referido sítio junto de outras pessoas que residissem ou trabalhassem no concelho do Seixal.

Dos questionários recebidos, quer pela Internet, quer em papel, foram apenas incluídos para análise os que correspondiam aos critérios de inclusão já referidos aquando da caracterização da amostra.

Como nota final, importa ainda mencionar que não foi efectuado o registo sistemático das instituições cujos trabalhadores vieram, efectivamente, a integrar a amostra, na medida em que muitos dos questionários foram preenchidos através da Internet. Por outro lado, e dado que foi garantido o anonimato dos participantes, não foi colocada nenhuma questão que fizesse referência directa à natureza da instituição ou empresa para a qual cada indivíduo trabalhava. Contudo, apresentamos em seguida a listagem das instituições contactadas e que acederam participar neste estudo:

- Agência Municipal de Energia do Seixal
- Associação Cabo-Verdiana – Secção do Seixal
- Associação das Colectividades do Concelho do Seixal
- Associação de Areeiros e Autarquia para a Preservação do Ambiente do Seixal
- Associação de Dadores Benévolos de Sangue do Concelho do Seixal
- Associação de Moradores Flor da Mata 1
- Associação de Pais e Amigos da Escola do 1º Ciclo n.º 3 de Corroios
- Associação de Pais e Encarregados de Educação da Escola Primária n.º 4 Fogueteiro
- Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora - ARIFA
- Associação de Reformados e Idosos de Fernão Ferro
- Associação de Reformados e Idosos de Miratejo
- Associação de Reformados e Idosos de Paio Pires
- Associação de Reformados e Idosos de Pinhal de Frades
- Associação de Reformados e Idosos do Fogueteiro
- Associação de Reformados Pensionistas e Idosos da Torre da Marinha
- Associação de Reformados Pensionistas e Idosos de Arrentela
- Associação dos Bombeiros Voluntários do Concelho do Seixal
- Associação Juvenil “Interrogações”
- Associação Juvenil Clube 3AS
- Associação Juvenil Inmoda
- Associação Juvenil Margem Sul
- Associação Juvenil Matéria Prima
- Associação Juvenil Seixal Surfing Clube
- Associação Náutica do Seixal
- Associação Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Amora
- Associação Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Corroios
- Associação Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos do Seixal

- Câmara Municipal do Seixal
- CEFEM - Centro Europeu de Formação e Estudo sobre Migrações
- Centro Clínico e Enfermagem Torrense, Lda.
- Centro Comunitário "Várias Culturas Uma Só Vida" – Centro Paroquial de Arrentela
- Centro Cultural e Recreativo do Alto do Moinho
- Centro de Assistência Paroquial de Amora
- Centro de Emprego do Seixal
- Centro de Formação Profissional do Seixal
- Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Setúbal/SAS Almada
- Centro Formação Rui Grácio
- Centro Médico dos Morgados
- Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Arrentela
- Clidiral - Clínica de Radiologia
- Clínica S. Marcos – Serviços Médicos, Lda. – Casal Marco, Arrentela, Fogueteiro,

#### Paio Pires

- Clube Recreativo da Cruz de Pau
- CNAD - Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes
- Comissão de Moradores do Vale da Vinha Grande (Arrentela)
- Conselho Desportivo Municipal
- Conselho Local para o Desenvolvimento de Miratejo
- Consultório Policlínico “Santa Apolónia”
- Cooperativa “Pelo Sonho é que Vamos”
- CRIAR-T – Associação de Solidariedade
- Cristilab – Análises Clínicas
- Cruz Azul de Portugal
- Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação do Seixal
- Delegação de Saúde do Seixal
- Delegação Escolar do Seixal
- Direcção do Centro de Saúde de Amora
- Direcção do Centro de Saúde de Corroios
- Direcção do Centro de Saúde do Seixal
- Ensino Recorrente do Seixal – CAE da Península de Setúbal
- Escola Básica do 1º Ciclo n.º 1 de Vale de Milhaços
- Escola Básica do 2º e 3º Ciclo da Cruz de Pau

- Escola Básica do 2º e 3º Ciclo de Pinhal de Frades
- Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico n.º 1 de Arrentela
- Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico n.º 2 da Torre da Marinha
- Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico n.º 2 de Arrentela
- Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico n.º 4 do Fogueteiro
- Escola Secundária José Afonso
- Esquadra da Policia de Segurança Pública de Cruz de Pau
- Esquadra da Policia de Segurança Pública do Seixal
- Esquadra P.S.P. da Torre da Marinha
- Externato ABC
- Externato Aladino
- Farmácia Ana Branco
- Federação Portuguesa das Colectividades de Cultura e Recreio
- Gilênamar – Centro de Medicina de Enfermagem, Lda.
- Grupo Coral Cantata Viva
- Grupo de Biologia da Escola Secundária Manuel Cargaleiro
- Grupo Recreativo Cultural Cariocas Futebol Clube
- Junta de Freguesia de Aldeia de Paio Pires
- Junta de Freguesia de Amora
- Junta de Freguesia de Arrentela
- Junta de Freguesia de Corroios
- Junta de Freguesia de Fernão Ferro
- Junta de Freguesia do Seixal
- Paio Pires Futebol Clube
- Paróquia de Aldeia de Paio Pires da Igreja Católica
- Paróquia de Amora da Igreja Católica
- Paróquia de Arrentela da Igreja Católica
- Paróquia de Corroios da Igreja Católica
- Paróquia de Fernão Ferro da Igreja Católica
- Planeta Verde – Associação para a Protecção e Defesa da Floresta
- Rotary Clube do Seixal
- Santa Casa da Misericórdia do Seixal
- Sociedade Filarmónica Operária Amorense
- Sociedade Musical 5 de Outubro

## RESULTADOS

Os procedimentos estatísticos referentes aos dados obtidos foram efectuados a partir do SPSS (“Statistical Package for Social Sciences”) 11.0 para o “Windows”.

As correlações entre as variáveis em estudo foram calculadas através do coeficiente de correlação de Pearson, tendo sido encontradas associações estatisticamente significativas entre diversas variáveis demográficas.

A este nível, refira-se a correlação positiva entre tempo de residência e idade ( $r=0,33$ ;  $p=0,0001$ ). Esta associação directa entre as duas variáveis pode fornecer uma indicação favorável relativamente à adequação da amostra para o estudo em causa, na medida em que o tempo de permanência no meio urbano de referência aumenta em função da idade (ver Quadro 26).

Quadro 26

Correlações entre as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	1	2	3	4	5	6
1- Idade	-					
2- Escolaridade	-0,42***					
3- Tempo de residência	0,33***	-0,26***				
4- Tempo de viagem casa-trabalho	-0,06	0,11**	-0,15***			
5- Nº assoalhadas	0,05	0,12**	0,00	0,08*		
6- Agregado doméstico privado	0,02	-0,08*	0,07	0,03	0,36***	
7- Nº pessoas no mesmo espaço trabalho	-0,05	-0,00	0,02	0,03	0,03	0,06

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

A variável escolaridade apresenta uma correlação negativa com o tempo de residência ( $r=-0,26$ ;  $p=0,0001$ ) e com o agregado doméstico privado ( $r=-0,08$ ;  $p=0,03$ ) e uma correlação positiva com o tempo de viagem casa-trabalho ( $r=0,11$ ;  $p=0,01$ ) e o número de assoalhadas ( $r=0,12$ ;  $p=0,01$ ).

O agregado doméstico privado e o número de assoalhadas correlacionam-se de forma positiva ( $r=0,36$ ;  $p=0,0001$ ).

Verifica-se, portanto, uma associação inversa entre a escolaridade e as variáveis tempo de residência e agregado doméstico privado e uma associação directa com o tempo de viagem casa-trabalho e o número de assoalhadas.

Merece ainda destaque o facto de a escolaridade se mostrar independente do número de assoalhadas, assim como o facto de também não ter sido encontrada qualquer correlação estatisticamente significativa entre o número de pessoas no mesmo espaço e outras variáveis sócio-demográficas, tais como a idade ou a escolaridade.

Uma análise relativamente à escolaridade demonstra que os indivíduos com mais habilitações são mais novos, residem há menos tempo no seu actual concelho, demoram mais tempo no seu percurso entre casa e trabalho e, apesar das suas habitações possuírem mais assoalhadas, partilham-nas com um menor número de pessoas. Não obstante, para a generalidade da amostra, um maior agregado doméstico privado, corresponde a um maior número de assoalhadas.

Seguidamente, efectuar-se-á uma exposição dos resultados obtidos em cada uma das escalas, designadamente em relação à correlação com variáveis sócio-demográficas, diferenças entre sexo, diferenças entre o tipo de preenchimento e correlação entre as suas dimensões. Todas as escalas estão cotadas no sentido de maior Abertura à Experiência, maior Stresse em Meio Urbano, maior Percepção de Stresse e maior Qualidade de Vida

### Resultados Relativos às Dimensões da Qualidade de Vida

#### *Análise Descritiva do WHOQoL-Bref*

O WHOQoL-Bref produz, como foi já referido, um resultado para cada subescala e para duas questões gerais, adiante designadas por “avaliação da qualidade de vida” e “satisfação com a saúde”. Verificou-se que o domínio Saúde Física foi o que apresentou uma média e uma mediana mais elevadas, com 6,20 e 7,00, respectivamente, sendo o seu desvio-padrão de 4,09 (ver Quadro 27). Os valores mais baixos foram, por seu turno, encontrados no domínio Meio Ambiente, cuja média e mediana foram, respectivamente, de 0,77 e 1,00, e o desvio-padrão de 3,97. Relativamente às questões gerais, estas apresentaram valores semelhantes, não só relativamente à média e mediana, como também nos valores máximo e mínimo obtidos na presente amostra (-2,00 e 2,00, respectivamente).

## Quadro 27

Comparação entre os domínios e as questões gerais do WHOQoL-Bref para diversas medidas de tendência central e de dispersão

Medidas	WHOQoL-Bref					
	Saúde Física	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Avaliação da QDV (QG)	Satisfação c/ a Saúde (QG)
Média	6,20	4,54	2,60	0,77	0,45	0,50
Mediana	7,00	5,00	3,00	1,00	1,00	1,00
Desvio-padrão	4,09	3,50	2,14	3,97	0,67	0,90
Variância	16,70	12,28	4,56	15,73	0,45	0,82
Amplitude	24,00	24,00	12,00	25,00	4,00	4,00
Mínimo	-10,00	-12,00	-6,00	-12,00	-2,00	-2,00
Máximo	14,00	12,00	6,00	13,00	2,00	2,00

Nota: QDV= Qualidade de Vida; QG=Questão geral

Da análise das diferenças entre gêneros para o WHOQoL-Bref, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o domínio Psicológico,  $t(630)=2,13$ ,  $p=0,03$ , sendo a média superior para o sexo masculino (ver Quadro 28).

## Quadro 28

Diferenças entre sexos em relação aos domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref

WHOQoL-Bref	Sexo M (N=239)		Sexo F (N=421)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Saúde Física	6,54	3,85	6,03	4,20	1,52	638	n.s.
Psicológico	4,91	3,39	4,30	3,56	2,13	630	*
Relações Sociais	2,59	2,04	2,59	2,19	-0,03	647	n.s.
Meio Ambiente	0,86	4,08	0,76	3,89	0,29	640	n.s.
Avaliação da Qualidade de Vida (QG)	0,40	0,71	0,48	0,65	-1,44	651	n.s.
Satisfação com a Saúde (QG)	0,53	0,87	0,49	0,92	0,53	651	n.s.

Nota: QG=Questão geral; \*  $p \leq 0,05$ ; n.s.  $p > 0,1$

A análise das correlações entre os domínios do WHOQoL-Bref e das variáveis demográficas idade, escolaridade, tempo de residência, tempo de viagem casa-trabalho, número de assoalhadas e agregado doméstico privado, evidenciou correlações estatisticamente significativas entre todas essas variáveis e, pelo menos, um domínio. Conforme consta no Quadro 29, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a idade e todos os domínios do WHOQoL-Bref, à exceção do Psicológico, superiores para a Saúde Física ( $r=-0,19$ ;  $p=0,0001$ ) e inferiores para a Avaliação da Qualidade de Vida ( $r=-0,12$ ;  $p=0,006$ ).

Quadro 29

Correlações entre os domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref e as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	Qualidade de Vida					
	Saúde Física	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Avaliação da QDV (QG)	Satisfação c/ a Saúde (QG)
Idade	-0,19***	-0,08	-0,17***	-0,14***	-0,11**	-0,17***
Escolaridade	0,17***	0,09*	0,12**	0,25**	0,25***	0,14***
Tempo de residência	-0,08	-0,01	-0,08*	-0,09*	-0,10**	-0,08*
Tempo viagem casa-trabalho	-0,12**	-0,11**	-0,10**	-0,02	-0,05	-0,01
Nº assoalhadas	0,06	0,02	-0,00	0,11**	0,15**	0,06
Agregado doméstico privado	-0,06	-0,03	-0,05	-0,13**	-0,04	-0,02
Nº pessoas no mesmo espaço trabalho	-0,14**	-0,06	-0,05	-0,01	-0,02	-0,03

Nota: QG=Questão geral; QDV= Qualidade de Vida; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

A escolaridade correlaciona-se de forma positiva com todos os domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref, com maior expressão no domínio Meio Ambiente ( $r=0,25$ ;  $p=0,0001$ ).

O tempo de residência no concelho correlaciona-se de forma positiva com todos os domínios e questões gerais, mais forte para a questão geral Avaliação da Qualidade de Vida ( $r=-0,10$ ;  $p=0,008$ ). Constituem excepção os domínios Saúde Física e Psicológico.

O tempo de viagem entre casa e trabalho correlaciona-se, de forma negativa e estatisticamente significativa, com os domínios Saúde Física, Psicológico e Relações Sociais, sendo superior para o primeiro ( $r=-0,12$ ;  $p=0,003$ ).

O número de assoalhadas apresenta uma correlação positiva com o Meio Ambiente ( $r=0,11$ ;  $p=0,004$ ) e a Avaliação da Qualidade de Vida ( $r=0,15$ ;  $p=0,0001$ ).

Por fim, o agregado doméstico privado apresenta apenas uma correlação positiva, com o domínio Meio Ambiente ( $r=-0,13$ ;  $p=0,001$ ), assim como o número de pessoas no mesmo espaço de trabalho, que apenas se correlaciona, de forma negativa, como o domínio Saúde Física.

De modo geral, podemos afirmar que, para a amostra em estudo, uma maior qualidade de vida está associada a uma menor idade, a uma maior escolaridade, a um menor tempo de residência no actual concelho e a uma menor duração da viagem entre casa e trabalho. Está ainda associada com a existência de menos pessoas no mesmo espaço de trabalho, com a residência em casas com mais assoalhadas e com a existência de menos pessoas a residir nas mesmas.

A Satisfação com a Saúde, mais especificamente, está sobretudo associada com a idade, escolaridade e tempo de residência no concelho actual.

Relativamente à forma de preenchimento, apenas foram encontradas diferenças significativas na dimensão Meio Ambiente,  $t(657)=2,23$ ,  $p=0,023$  e na questão geral Satisfação com a Saúde,  $t(657)=2,23$ ,  $p=0,026$ , revelando que estas dimensões são mais elevadas nos participantes que responderam ao questionário através da Internet.

### *Correlações entre Domínios e Questões Gerais do WHOQoL-Bref*

A correlação entre os diversos domínios do WHOQoL, avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson, evidencia associações positivas e estatisticamente significativas entre todos os domínios da escala, assim como entre as duas questões gerais e esses mesmos domínios.

Através do Quadro 30 pode-se observar que a correlação mais forte é a que se estabelece entre os domínios Psicológico e Relações Sociais ( $r=0,62$ ;  $p=0,0001$ ) e a mais fraca entre este último domínio a Avaliação da Qualidade de Vida ( $r=0,28$ ;  $p=0,0001$ ).

#### Quadro 30

##### Correlações entre os domínios e questões gerais do WHOQoL-Bref

WHOQoL-Bref	1	2	3	4	5
1- Saúde Física	-				
2- Psicológico	0,61***				
3- Relações Sociais	0,45***	0,62***			
4- Meio Ambiente	0,49***	0,46***	0,35***		
5- Avaliação da Qualidade de Vida (QG)	0,39***	0,41***	0,28***	0,51***	
6- Satisfação com a Saúde (QG)	0,54***	0,39***	0,28***	0,39***	0,39***

Nota: QG=Questão geral; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Importa ainda salientar que existe uma associação positiva entre Avaliação da Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde ( $r=0,39$ ;  $p=0,0001$ ), ou seja, quando maior a avaliação da Qualidade de Vida, maior a Satisfação com a Saúde.

A análise da fidelidade da versão que resulta da adaptação da escala para língua portuguesa (de Portugal) aplicada no presente estudo foi já apresentada na secção referente aos Instrumentos.

## Resultados Relativos às Dimensões do Stresse em Meio Urbano

Conforme foi já mencionado, a elaboração do QSU foi feita com base no conteúdo dos itens. As frequências de respostas foram elevadas para todos os itens da escala, onde a percentagem máxima de valores omissos foi de 2,10% ( $N=14$ ), para o item 85 - “Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade”.

Dos 668 participantes, 92,37% ( $N=617$ ) respondeu a todos os itens do questionário. O seu tempo médio de preenchimento, através do entrevistador, foi de 30 minutos e, em auto-preenchimento, de 12 minutos. Através do teste Kolmogorov-Smirnov constata-se que a variável sob estudo segue um padrão estatístico normal ( $p=0,20$ ).

### *Análise Descritiva do QSU*

A comparação das diversas subescalas do QSU, revelou que os valores mais elevados relativamente à média e à mediana foram os encontrados na subescala Cuidados de Saúde e Sociais ( $M=0,24$ ;  $DP=0,73$ ;  $Mdn=0,20$ ) e que os valores mais baixos foram os encontrados na subescala Espaços Interpessoais ( $M=-0,93$ ;  $DP=0,56$ ;  $Mdn=-1,00$ ). Os resultados obtidos para a escala total variaram entre -1,70 e 1,28. A subescala que apresentou uma discrepância mais elevada entre os valores mínimo e máximo foi a dos Cuidados de Saúde e Sociais, com quatro pontos de diferença (ver Quadro 31).

### Quadro 31

Comparação entre as subescalas do QSU para diversas medidas de tendência central e de dispersão

Medidas	QSU				Total da escala
	Ambiente Físico	Ambiente Laboral	Espaços Interpessoais	Cuidados de Saúde e Sociais	
Média	0,13	-0,28	-0,93	0,24	-0,22
Mediana	0,14	-0,40	-1,00	0,20	-0,20
Desvio-padrão	0,66	0,71	0,56	0,73	0,44
Variância	0,43	0,51	0,32	0,54	0,19
Amplitude	3,83	3,80	3,33	4,00	2,98
Mínimo	-1,83	-1,80	-2,00	-2,00	-1,70
Máximo	2,00	2,00	1,33	2,00	1,28

O resultado médio do QSU na presente amostra foi de  $-0,22$  ( $DP=0,44$ ), variando o mesmo entre  $-1,70$  e  $1,28$ . Os indivíduos do sexo masculino obtiveram valores médios ligeiramente superiores aos dos indivíduos do sexo feminino para o total da escala, com  $-0,19$  ( $DP=0,46$ ) e  $-0,24$  ( $DP=0,43$ ) respectivamente, porém essa diferença não foi

estatisticamente significativa para o total da escala. Apenas se verificou uma diferença estatisticamente significativa para a subescala Espaços Interpessoais, onde o valor médio é também superior nos homens ( $M=-0,19$ ;  $DP=0,46$ ) comparativamente ao das mulheres ( $M=-0,24$ ;  $DP=0,43$ ), o que significa que o stresse urbano relativo aos espaços interpessoais é superior para os homens da presente amostra (ver Quadro 32).

### Quadro 32

Diferenças entre sexos em relação às subescalas e ao total do QSU

QSU	Sexo M (N=239)		Sexo F (N= 421)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Ambiente Físico	0,14	0,66	0,12	0,66	0,43	656	n.s.
Ambiente Laboral	-0,27	0,71	-0,29	0,71	0,40	653	n.s.
Espaços Interpessoais	-0,85	0,60	-0,97	0,53	2,78	655	**
Cuidados de Saúde e Sociais	0,24	0,77	0,23	0,71	0,20	656	n.s.
Total da escala	-0,19	0,46	-0,24	0,43	1,43	656	n.s.

Nota: \*\*  $p \leq 0,01$ ; n.s.  $p > 0,1$

Não se observam correlações estatisticamente significativas entre as variáveis tempo de residência e número de pessoas no mesmo espaço de trabalho e as diversas subescalas do QSU. Existem, porém, correlações negativas, fracas mas estatisticamente significativas, entre a subescala Espaços Interpessoais e a escolaridade ( $r=-0,14$ ;  $p=0,0001$ ) e o número de assoalhadas ( $r=-0,19$ ;  $p=0,0001$ ) e entre esta última e o total de Stresse em Meio Urbano ( $r=-0,08$ ;  $p=0,04$ ), para a amostra em estudo (ver Quadro 33).

Encontram-se ainda correlações positivas, estatisticamente significativas entre o agregado doméstico privado e as subescalas Ambiente Físico e Espaços Interpessoais ( $r=0,10$ ;  $p=0,01$  para ambas) e ainda com o total da escala ( $r=0,13$ ;  $p=0,0001$ ). A idade apresenta também uma correlação positiva e estatisticamente significativa com os Espaços Interpessoais ( $r=0,09$ ;  $p=0,02$ ).

### Quadro 33

Correlações entre o QSU e as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	QSU				
	Ambiente Físico	Ambiente Laboral	Espaços Interpessoais	Cuidados de Saúde e Sociais	Total da escala
Idade	-0,01	-0,05	0,09*	-0,00	0,03
Escolaridade	0,07	0,04	-0,14***	-0,00	-0,05
Tempo de residência	-0,00	0,03	0,07	0,02	0,04
Tempo viagem casa-trabalho	0,01	0,10*	-0,07	0,00	0,04
Nº assoalhadas	0,00	-0,05	-0,19***	-0,02	-0,08*
Agregado doméstico privado	0,10**	0,06	0,10**	0,07	0,13***

Quadro 33 (continuação)

Variáveis demográficas	QSU				Total da escala
	Ambiente Físico	Ambiente Laboral	Espaços Interpessoais	Cuidados de Saúde e Sociais	
Nº pessoas no mesmo espaço de trabalho	0,01	0,01	0,03	-0,03	0,02

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à forma de preenchimento do questionário para nenhuma das subescalas do QSU.

#### *Correlações Entre as Subescalas do QSU*

O coeficiente de correlação de Pearson revelou associações directas, estatisticamente significativas, entre todas as subescalas, superiores para a correlação entre Ambiente Físico e Cuidados de Saúde e Sociais ( $r=0,47$ ;  $p=0,0001$ ) e inferiores para a correlação entre a última subescala e os Espaços Interpessoais ( $r=0,18$ ;  $p=0,0001$ ).

Através do Quadro 34 é possível observar que as três subescalas apresentaram correlações positivas, estatisticamente significativas, moderadas e fortes, com o total da escala, superior para a subescala Ambiente Físico ( $r=0,79$ ;  $p=0,0001$ ) e inferior para a subescala Espaços Interpessoais ( $r=0,53$ ;  $p=0,0001$ ).

Quadro 34

#### Correlações entre as subescalas e o total do QSU

QSU	1	2	3	4
1- Ambiente Físico	-			
2- Ambiente Laboral	0,22***			
3- Espaços Interpessoais	0,23***	0,15***		
4- Cuidados de Saúde e Sociais	0,47***	0,22***	0,18***	
5- Total da escala	0,79***	0,56***	0,53***	0,71***

Nota: \*\*\*  $p \leq 0,001$

O estudo da dimensionalidade e as propriedades psicométricas do QSU foram já descritos na secção referente aos Instrumentos.

## Resultados Relativos à Percepção de Stresse

*Análise Descritiva da EPS*

Verificou-se que, dos 668 participantes, 97,16% ( $N=649$ ) preencheram a totalidade da EPS.

Foi observada, para a totalidade da amostra, uma média e uma mediana de  $-0,43$  e  $-0,46$  e um desvio-padrão de  $0,51$  (ver Quadro 35).

## Quadro 35

Caracterização da EPS relativamente a diversas medidas de tendência central e de dispersão

Medidas	Percepção de Stresse
Média	-0,43
Mediana	-0,46
Desvio-padrão	0,51
Variância	0,26
Amplitude	3,38
Mínimo	-1,92
Máximo	1,46

Foram encontradas, na presente amostra, diferenças estatisticamente significativas entre sexos,  $t(655)=-2,26$ ,  $p=0,024$ , sendo a percepção de stresse mais elevada no sexo feminino (ver Quadro 36). Um resultado análogo foi encontrado também na versão original do EPS, porém as diferenças entre sexos não foram, na amostra que lhe serviu de base, estatisticamente significativas.

## Quadro 36

Diferenças entre sexos em relação à EPS

	Sexo M ( $N=239$ )		Sexo F ( $N= 421$ )		$t$	$gl$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
EPS	-0,49	0,48	-0,39	0,53	-2,26	655	*

Nota: \*  $p \leq 0,05$

A observação das correlações entre esta escala e diversas variáveis demográficas demonstra que, na presente amostra, a percepção de stresse é independente da idade, do tempo de residência, do número de assoalhadas, do agregado doméstico privado e do número de pessoas no mesmo espaço de trabalho.

Verifica-se, contudo, uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a escolaridade e esta variável ( $r=0,09$ ;  $p=0,02$ ) e uma correlação positiva, também estatisticamente significativa, em relação ao tempo de viagem entre casa e trabalho ( $r=0,12$ ;  $p=0,003$ ), conforme indicado no Quadro 37. Estes resultados indicam que, na amostra em estudo, uma maior percepção de stresse está associada a uma menor escolaridade e a um tempo de viagem casa-trabalho mais elevado.

### Quadro 37

#### Correlações entre a EPS e as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	EPS
Idade	0,05
Escolaridade	-0,09*
Tempo de residência	0,03
Tempo viagem casa-trabalho	0,12**
Nº assoalhadas	-0,05
Agregado doméstico privado	-0,07
Nº pessoas no mesmo espaço de trabalho	0,07

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Por fim, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à EPS relativamente à forma de preenchimento do questionário,  $t(663)=1,13$ ,  $p=0,11$ .

As propriedades psicométricas da EPS foram já descritas na secção referente aos Instrumentos.

### Resultados Relativos às Dimensões da Abertura à Experiência

A subescala Abertura à Experiência do NEO PI-R produz resultados relativos ao total dos itens que a compõem, bem como em relação às suas facetas.

#### *Análise Descritiva da Subescala Abertura à Experiência*

O valor médio obtido para a Abertura à Experiência foi, na presente amostra, de 0,48 ( $DP=0,48$ ) e a mediana de 0,49, sendo que os valores obtidos pelos participante, variaram entre  $-0,52$  e  $1,52$  (-ver Quadro 38). A comparação dos valores médios obtidos nas facetas da Abertura à Experiência revela valores superiores para a faceta Sentimentos ( $M=0,76$ ;  $DP=0,42$ ) e inferiores para a facetas Acções ( $M=0,23$ ;  $DP=0,46$ ).

## Quadro 38

Comparação entre as facetas da Abertura à Experiência para diversas medidas de tendência central e de dispersão

	Abertura à Experiência						Total da escala
	Fantasia	Estética	Sentimentos	Acções	Ideias	Valores	
Média	0,36	0,55	0,76	0,23	0,47	0,52	0,48
Mediana	0,38	0,63	0,75	0,25	0,50	0,50	0,49
Desvio-padrão	0,58	0,54	0,42	0,46	0,55	0,40	0,36
Variância	0,34	0,30	0,18	0,22	0,30	0,16	0,13
Amplitude	3,38	3,00	2,63	2,63	3,50	2,50	2,04
Mínimo	-1,38	-1,00	-0,75	-1,13	-1,50	-0,88	-0,52
Máximo	2,00	2,00	1,88	1,50	2,00	1,63	1,52

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos relativamente a todas as dimensões da Abertura à Experiência, com excepção da faceta Fantasia. As diferenças observadas evidenciam valores superiores de Abertura à Experiência para os indivíduos do sexo feminino, quer na escala total,  $t(658)=-4,36$ ,  $p=0,0001$ , quer nas diversas facetas, com diferenças superiores na faceta Estética,  $t(658)=-4,952$ ,  $p=0,0001$  (ver Quadro 39). Estes resultados contrastam com os que foram obtidos na versão original e na versão portuguesa, que não regista diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e as facetas da Abertura à Experiência.

## Quadro 39

Diferenças entre sexos em relação às facetas da Abertura à Experiência

Abertura à Experiência	Sexo M (N=239)		Sexo F (N= 421)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Fantasia	0,31	0,56	0,39	0,59	-1,68	658	n.s.
Estética	0,42	0,56	0,63	0,52	-4,95	658	***
Sentimentos	0,71	0,41	0,80	0,43	-2,74	658	**
Acções	0,13	0,44	0,30	0,46	-4,56	658	***
Ideias	0,40	0,56	0,51	0,54	-2,48	658	*
Valores	0,47	0,40	0,55	0,40	-2,28	658	*
Total da subescala	0,41	0,34	0,53	0,35	-4,36	658	***

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

Através da análise da correlação entre as facetas da Abertura à experiência e diversas variáveis demográficas, patente no Quadro 40, observa-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre idade e todas as dimensões da subescala, com valores superiores para a Fantasia ( $r=-0,30$ ;  $p=0,0001$ ) e inferiores para a Estética ( $r=-0,09$ ;  $p=0,02$ ).

O tempo de residência apresenta também uma correlação negativa, estatisticamente significativa, com todas as dimensões da Abertura à Experiência, igualmente superior para a Fantasia ( $r=-0,18$ ;  $p=0,0001$ ) e inferior para a Estética ( $r=-0,08$ ;  $p=0,0001$ ).

A escolaridade apresenta correlações estatisticamente significativas e negativas com todas as dimensões da Abertura à Experiência, superior em relação à faceta Sentimentos ( $r=0,35$ ;  $p=0,0001$ ); e inferior em relação à faceta Estética ( $r=0,21$ ;  $p=0,0001$ ). Estes resultados apontam para uma associação directa entre Abertura à Experiência e escolaridade e para uma associação inversa entre Abertura à Experiência e idade e tempo de residência.

#### Quadro 40

##### Correlações entre as facetas da Abertura à Experiência e as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	Abertura à Experiência						Total da subescala
	Fantasia	Estética	Sentimentos	Ações	Ideias	Valores	
Idade	-0,30***	-0,09*	-0,26***	-0,23***	-0,12**	-0,24***	-0,28***
Escolaridade	0,34***	0,21***	0,35***	0,29***	0,28***	0,33***	0,41***
Tempo de residência	-0,18***	-0,08*	-0,11**	-0,16***	-0,12**	-0,20***	-0,19***
Tempo viagem casa-trabalho	0,05	0,04	-0,01	0,08	0,02	0,02	0,05
Nº assoalhadas	0,02	0,03	-0,02	0,00	0,00	0,00	0,01
Agregado doméstico privado	-0,01	0,03	-0,04	-0,03	0,01	-0,09	-0,03
Nº pessoas no mesmo espaço trabalho	0,02	0,03	0,01	0,03	0,02	-0,05	0,02

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para algumas facetas da Abertura à Experiência em relação à forma de preenchimento do questionário. As diferenças encontradas apontam no sentido de que os participantes que responderam ao questionário através da Internet possuem uma maior Abertura à Experiência total,  $t(666)=2,42$ ,  $p=0,02$ , bem como nas facetas Fantasia,  $t(666)=3,33$ ,  $p=0,001$  e Sentimentos,  $t(666)=2,11$ ,  $p=0,04$  (ver Quadro 41).

Quadro 41

Diferenças entre os participantes que preencheram o questionário através de papel e através da Internet, relativamente às facetas da Abertura à Experiência

Abertura à Experiência	Papel (N=580)		Internet (N=88)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Fantasia	0,33	0,59	0,55	0,53	3,33	666	***
Estética	0,54	0,54	0,61	0,57	1,18	666	n.s.
Sentimentos	0,75	0,42	0,85	0,43	2,11	666	*
Acções	0,23	0,47	0,27	0,44	0,74	666	n.s.
Ideias	0,46	0,55	0,52	0,53	1,04	0,30	n.s.
Valores	0,51	0,40	0,59	0,42	1,90	666	n.s.
Total da subescala	0,47	0,36	0,57	0,34	2,42	666	*

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; n.s.  $p > 0,1$

### Correlações Entre as Facetas da Abertura à Experiência

As correlações entre as várias dimensões da Abertura à Experiência, apresentadas no Quadro 42, são na sua totalidade positivas e estatisticamente significativas, assim como as correlações entra cada faceta e o total da escala. A correlação mais elevada é a que se estabelece entre o total de Abertura à Experiência e a Fantasia ( $r=0,78$ ;  $p=0,0001$ ) e a mais reduzida a que se estabelece as facetas Sentimentos e Acções ( $r=0,30$ ;  $p=0,0001$ ).

Quadro 42

### Correlações entre as facetas da Abertura à Experiência

Abertura à Experiência	1	2	3	4	5	6
1- Fantasia	-					
2- Estética	0,47***					
3- Sentimentos	0,52***	0,48***				
4- Acções	0,42***	0,37***	0,30***			
5- Ideias	0,47***	0,54***	0,46***	0,41***		
6- Valores	0,37***	0,31***	0,35***	0,35***	0,31***	
7- Total da subescala	0,78***	0,76***	0,71***	0,66***	0,76***	0,59***

Nota: \*\*\*  $p \leq 0,001$

A análise da fidelidade da subescala Abertura à Experiência foi já apresentada na secção referente aos Instrumentos.

## Correlações entre o Stresse em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida

Através da primeira questão de investigação pretendia-se determinar se existia uma associação entre o Stresse em Meio Urbano, medido através do QSU, e a Saúde e a Qualidade de Vida, ambas avaliadas através das duas questões gerais do WHOQoL.

Conforme foi já referido, relativamente ao estudo da validade concorrente do QSU, todas as subescalas do QSU apresentaram correlações negativas e estatisticamente significativas com as questões gerais do WHOQoL-Bref relativas à avaliação da Qualidade de Vida e à Satisfação com a Saúde (ver Quadro 43).

Quadro 43

### Correlações entre o QSU e o WHOQoL-Bref

QSU	WHOQoL-Bref					
	Saúde Física	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Avaliação QDV	Satisfação c/ a Saúde
Ambiente Físico	-0,19***	-0,16***	-0,14***	-0,49***	-0,25***	-0,20***
Ambiente Laboral	-0,26***	-0,34***	-0,27***	-0,32***	-0,26***	-0,18***
Espaços Interpessoais	-0,26***	-0,29***	-0,26***	-0,45***	-0,35***	-0,20***
Cuidados de Saúde e Sociais	-0,21***	-0,14***	-0,13***	-0,54***	-0,20***	-0,27***
Total da escala	-0,34***	-0,34***	-0,29***	-0,68***	-0,41***	-0,31***

Nota: QDV= Qualidade de Vida; \*\*\*  $p \leq 0,001$

As correlações encontradas são na sua maioria fracas, apesar de estatisticamente significativas. Foram, no entanto, encontradas correlações moderadas ( $r > 0,30$ ) entre o total do QSU e ambas as questões gerais do WHOQoL-Bref e ainda entre a subescala Espaços Interpessoais do QSU e a avaliação da Qualidade de Vida.

Conclui-se que existe uma associação inversa entre Stresse em Meio Urbano e as dimensões Saúde e Qualidade de Vida, ou seja, quanto mais elevado é o Stresse em meio Urbano, pior é a avaliação da Qualidade de Vida e menor a Satisfação com a Saúde. Esta associação é mais forte quando se tem em conta o total de Stresse Urbano ao invés de cada escala individualmente.

Da observação da correlação entre as duas dimensões da Qualidade de Vida e cada dimensão do Stresse Urbano, conclui-se que a avaliação da Qualidade de Vida está sobretudo associada com os Espaços Interpessoais e a Satisfação com a Saúde com os Cuidados de Saúde e Sociais.

Efeitos de Moderação da Abertura à Experiência relativamente à relação do Stresse em Meio Urbano com a Avaliação da Qualidade de Vida e com a Satisfação com a Saúde

A segunda questão de investigação deste estudo pressupõe determinar se a Abertura à Experiência modera a relação entre Stresse em Meio Urbano e Avaliação da Qualidade de Vida e entre o primeiro e a Satisfação com a Saúde.

Para tal, foram tidas em conta as pontuações totais do QSU, das suas subescalas e da subescala Abertura à Experiência. A Avaliação da Qualidade de Vida e a Satisfação com a Saúde foram avaliadas através das questões gerais (que, no questionário preenchido pelos participantes, estão identificadas com os n<sup>os</sup> 96 e 97) do WHOQoL-Bref.

Para tal, e dado que as variáveis independente e moderadora são variáveis contínuas, o método de análise utilizado foi a regressão linear múltipla, conforme preconizado por Cohen e Cohen (1975 cit. por Cox & Ferguson, 1991).

Numa primeira fase, foi utilizada a análise de regressão para a variável Avaliação da Qualidade de Vida, como variável dependentes, e cinco grupos de variáveis independentes (ver Quadro 44).

Quadro 44

Análise de regressão linear múltipla, através do método stepwise, tomando a Avaliação da Qualidade de Vida como variável dependente e cinco grupos de variáveis independentes

Grupos	Variável independentes	Coeficientes não Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		R <sup>2</sup> Ajustado	Anova	
		B	Erro padrão	$\beta$	p		F	p
1	Stresse Urbano (total)	-0,63	0,06	-0,41	***	0,18	70,77	***
	Abertura à Experiência		E		n.s.			
	<b>Stresse Urbano (total) X Abertura à Experiência</b>	-0,42	0,14	-0,18	**			
2	Stresse Urbano_AF	-0,26	0,04	-0,26	***			
	Abertura à Experiência	0,24	0,07	0,13	***			
	<b>Stresse Urbano_AF X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			
3	Stresse Urbano_AL					0,08	57,08	***
	Abertura à Experiência		E		E			
	<b>Stresse Urbano_AL X Abertura à Experiência</b>	-0,41	0,06	-0,28	***			

Quadro 44 (continuação)

Grupos	Variável independentes	Coeficientes não Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		R <sup>2</sup> Ajustado	Anova	
		B	Erro padrão	$\beta$	p		F	p
4	Stresse Urbano_EI	-0,42	0,04	-0,35	***			
	Abertura à Experiência		E		n.s.			
	<b>Stresse Urbano_EI X</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			
5	Stresse Urbano_CSS	-0,19	0,04	-0,21	***			
	Abertura à Experiência	0,23	0,07	0,12	**			
	<b>Stresse Urbano_CSS</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			

Nota: AF=Subescala Ambiente Físico; AL=Subescala Ambiente Laboral; EI=Subescala Espaços Interpessoais; CSS=Subescala Cuidados de Saúde e Sociais; E=Variável excluída do modelo de regressão; A negrito encontram-se as interações entre as variáveis independentes; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; n.s.  $p > 0,1$

A análise dos coeficientes de regressão associados ao Stresse em Meio Urbano e à Qualidade de Vida mostra que existe uma interação entre ambas as variáveis, quando considerados o total do Stresse em Meio Urbano ( $\beta=-0,18$ ;  $p=0,003$ ) e a subescala Ambiente Laboral do Stresse em Meio Urbano ( $\beta=-0,28$ ;  $p=0,0001$ ).

Constata-se que, em ambas as situações, a variável Abertura à Experiência não exerce, por si só, qualquer efeito sobre a variável dependente Qualidade de Vida, sendo excluída do modelo de regressão. A sua interação com o Stresse em Meio Urbano (total) e o Stresse em Meio Urbano no Ambiente Laboral resulta, porém, numa ampliação dos efeitos destas duas dimensões de Stresse Urbano sobre a Qualidade de Vida, isto é, gera uma redução na Qualidade de Vida superior à observável quando a interação entre as variáveis independentes não é tomada em conta.

Verifica-se ainda que o modelo correspondente ao primeiro grupo de variáveis analisadas é o que apresenta maior poder preditivo, explicando 18% da variância observada.

Um procedimento análogo foi adoptado no sentido de determinar a existência de um efeito semelhante relativamente à variável Satisfação com a Saúde.

Os resultados indicam que a variável Abertura à Experiência modera os efeitos do Stresse em Meio Urbano no Ambiente Laboral sobre a Satisfação com a Saúde (ver Quadro 45), ampliando a magnitude desta relação ( $\beta=-0,18$ ;  $p=0,0001$ ). Porém, este modelo apenas explica 3% da variância observada.

## Quadro 45

Análise de regressão linear múltipla, através do método stepwise, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e cinco grupos de variáveis independentes

Grupos	Variável independentes	Coeficientes não Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		R <sup>2</sup> Ajustado	Anova	
		B	Erro padrão	$\beta$	p		F	p
1	Stresse Urbano (total)	-0,64	0,08	-0,31	***	0,03	20,94	***
	Abertura à Experiência		E		n.s.			
2	<b>Stresse Urbano (total)</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			
3	Stresse Urbano_AF	-0,28	0,05	-0,20	***			
	Abertura à Experiência		E		n.s.			
4	<b>Stresse Urbano_AF X</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			
5	Stresse Urbano_AL							
	Abertura à Experiência			E				
6	<b>Stresse Urbano_AL X</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>	-0,34	0,08	-0,18	***			
7	Stresse Urbano_EI	-0,32	0,06	-0,20	***			
	Abertura à Experiência		E					
8	<b>Stresse Urbano_EI X</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E					
9	Stresse Urbano_CSS	-0,33	0,05	-0,27	***			
	Abertura à Experiência	0,21	0,10	0,08	**			
10	<b>Stresse Urbano_CSS</b>							
	<b>X Abertura à Experiência</b>		E		n.s.			

Nota: AF=Subescala Ambiente Físico; AL=Subescala Ambiente Laboral; EI=Subescala Espaços Interpessoais; CSS=Subescala Cuidados de Saúde e Sociais; E=Variável excluída do modelo de regressão; A negrito encontram-se as interações entre as variáveis independentes; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; n.s.  $p > 0,1$

Dado que os valores atrás mencionados são modestos, a interpretação destes resultados deve merecer toda a precaução. Não obstante, para a presente amostra conclui-se que a personalidade (mais especificamente, a abertura à experiência) modera, sob determinadas condições, os efeitos do stresse urbano sobre a avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde, ampliando o impacto exercido sobre as mesmas.

## Análise do Conteúdo dos Comentários dos Participantes

O último item do questionário destinava-se ao registo de comentários dos participantes relativamente às questões colocadas, sendo por isso uma questão de resposta livre. Do total de questionários respondidos, 14,37% (N=96) continham comentários finais, os quais foram submetidos a um procedimento baseado na análise estrutural (Vala, 1986).

Dos 96 comentários registados, 9 não foram incluídos na análise, por se tratarem de comentários sem relação directa com as dimensões avaliadas ou, como na maioria dos casos, apelos no sentido dos resultados serem devidamente divulgados.

Cada comentário foi analisado quanto à sua estrutura geral e quanto ao seu conteúdo (ver Anexo G). Por estrutura geral, entendemos aspectos tais como a organização geral das questões, a compreensão geral do questionário, a disposição das opções de resposta, entre outras, enquanto que os conteúdos se referem aos grandes temas patentes em cada resposta. Para ambos os parâmetros foram analisados os seguintes aspectos (ver Quadro 46):

Quadro 46

Classificação das respostas à questão 136

Classificação das respostas		Descrição	
Quanto à estrutura geral	Tipo	Favorável	Resposta que reflecte uma opinião positiva face à estrutura do questionário.
		Neutro	Resposta que não reflecte qualquer valorização da estrutura do questionário.
		Desfavorável	Resposta que reflecte uma opinião negativa ou crítica face à estrutura do questionário.
	Categorias estabelecidas	Dimensão	Extensão do questionário
		Relação/Semelhança entre os itens	Repetição, semelhança ou dissemelhança entre os vários itens
		Tipo/N.º de hipóteses de resposta	Adequação das escalas de resposta escolhidas
Categorias estabelecidas	Subjectividade das questões	Dificuldades na identificação do tema principal de uma ou mais questões.	
	Abrangência do questionário	Grau em que o questionário é entendido como específico a determinado tema ou muito generalista	
	Período temporal de referência	Período temporal para o qual cada escala remete (e.g. nas últimas duas semanas)	
	Compreensão	Diz respeito à compreensão dos objectivos do questionário e de cada item	

Quadro 46 (continuação)

Classificação das respostas		Descrição	
Quanto ao conteúdo	Tipo	Favorável	Resposta que reflecte uma opinião positiva face aos conteúdos do questionário.
		Neutro	Resposta que não reflecte qualquer valoração dos conteúdos do questionário.
		Desfavorável	Resposta que reflecte uma opinião negativa ou crítica face aos conteúdos do questionário.
	Categorias estabelecidas	Ambiente físico	O respondente reporta-se aos espaços verdes, redes viárias, transportes, etc.
		Ambiente laboral	O respondente reporta-se ao clima de trabalho, motivação profissional, etc.
		Espaços interpessoais	O respondente reporta-se aos contextos relacionais familiares, sociais, etc.
		Meio urbano	O respondente aborda reporta-se a diversos aspectos que dizem respeito ao meio urbano.
		Condição económica	O respondente reporta-se aos aspectos financeiros e económicos pessoais ou sociais.
		Qualidade de vida	O respondente reporta-se a aspectos relativos à sua saúde, bem-estar geral, etc.
		Stresse	O respondente reporta-se a situações de vivência de stresse na sua vida pessoal.
Apreciação geral	É expressa uma apreciação geral face ao questionário como um todo, sem referência a um tema particular		

Dos 87 comentários analisados, 60 constituíram referências à estrutura geral do questionário e 34 ao conteúdo, sendo que 7 respostas abrangem ambas as vertentes. A moda de respostas para o tipo de estrutura geral é “desfavorável”, com 85,0% de respostas ( $N=51$ ) e a moda da categoria é “dimensão”, com 25,0% de respostas ( $N=15$ ). Relativamente aos conteúdos, as modas para o tipo e categoria são, respectivamente, “favorável”, com 44,1% de respostas ( $N=15$ ) e “geral”, com 38,2% de respostas ( $N=13$ ). Tal significa que os respondentes centraram mais os seus comentários na estrutura do questionário em detrimento do seu conteúdo e que as observações que dizem respeito à primeira situação são, na sua maioria, observações desfavoráveis relativas à dimensão do questionário (referido como muito extenso), enquanto que as observações que se centram no conteúdo são, na sua maioria, favoráveis e generalistas quantos aos temas comentados (ver Quadro 47). Por outro lado, é interessante observar que as categorias estabelecidas relativamente ao conteúdo das respostas dizem respeito a dimensões avaliadas através do questionário muitas vezes apenas de forma não explícita. Este aspecto denota a presença um reconhecimento implícito dos conteúdos presentes no questionário, facto que reforça em certa medida a validade do mesmo.

Quadro 47

Frequência de respostas em função do tipo e categoria das mesmas

Classificação das respostas		N	%	
Quanto à estrutura geral	Tipo	Favorável	0	0
		Neutro	9	15,0%
		Desfavorável	51	58,0%
	Categorias estabelecidas	Dimensão	15	25,0%
		Relação/Semelhança entre os itens	12	20,0%
		Tipo/N.º de hipóteses de resposta	12	20,0%
		Subjectividade das questões	7	11,7%
		Abrangência do questionário	2	3,3%
		Período temporal de referência	2	3,3%
		Compreensão	10	16,7%
Quanto ao conteúdo	Tipo	Favorável	15	44,1%
		Neutro	7	20,6%
		Desfavorável	12	35,3%
	Categorias estabelecidas	Ambiente físico	1	2,9%
		Ambiente laboral	3	8,8%
		Espaços interpessoais	2	5,9%
		Meio urbano	7	20,6%
		Condição económica	2	5,9%
		Qualidade de vida	2	5,9%
		Stresse	4	11,8%
Apreciação geral	13	38,2%		

Em seguida, foram comparados os tipos de comentário, quanto à estrutura geral e ao conteúdo, com as variáveis sexo e forma de preenchimento do questionário.

Conforme foi já referido, os participantes comentam mais a estrutura do teste do que o seu conteúdo, porém essa diferença é muito superior no sexo feminino. Relativamente ao tipo de comentário, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, no que concerne à estrutura geral e ao conteúdo (ver Quadro 48).

Quadro 48

Diferenças entre sexos relativamente ao tipo de comentário, quanto à estrutura geral e ao conteúdo

Classificação das respostas	Sexo M (N=24)		Sexo F (N=35)		$\chi^2$	g <sup>l</sup>	p
	N	%	N	%			
Tipo de comentário quanto à estrutura geral					0,83 <sup>a</sup>	1	n.s.
Favorável	0	0	0	0			
Neutro	4	16,7%	5	14,3%			
Desfavorável	20	83,3%	30	85,7%			
	Sexo M (N=18)		Sexo F (N=16)				
	N	%	N	%			
Tipo de comentário quanto ao conteúdo					2,58 <sup>b</sup>	2	n.s.
Favorável	8	44,40%	7	43,8%			
Neutro	2	11,1%	5	31,3%			

Quadro 48 (continuação)

Classificação das respostas	Sexo M (N=24)		Sexo F (N=35)		$\chi^2$	gl	p
	N	%	N	%			
Desfavorável	8	44,4%	4	25,0%			

Nota: As percentagens apresentadas têm por referência o tipo de comentário; <sup>a</sup> 1 célula (25,0%) possui frequências esperadas inferiores a 5; b 2 células (33,3%) possuem frequências esperadas inferiores a 5; n.s.  $p > 0,1$

Ao compararmos as diferenças entres sexos relativamente às categorias dos comentários verifica-se, no que respeita à estrutura geral, que apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas,  $\chi^2(6)=5,11$ ,  $p=0,53$ , os comentários dos homens se centram mais na dimensão do questionário, enquanto que as mulheres se referem sobretudo à escala de resposta e ao número de hipóteses de resposta. Cruzando estes resultados com os do Quadro 47 e tendo em conta que a grande maioria dos comentários são do tipo desfavorável, concluímos que o aspecto mais saliente nos indivíduos do sexo masculino é a grande extensão do questionário e, nos indivíduos do sexo feminino, a desadequação da escala de resposta (na sua maioria, tipo Lickert de 5 pontos) face aos sentimentos ou opiniões que pretendem exprimir.

No que respeita ao conteúdo, verifica-se que os homens são mais generalistas no seu comentário ao questionário, com 50% de respostas ( $N=9$ ) na categoria “apreciação geral”, enquanto que as mulheres comentam em igual proporção conteúdos gerais e aspectos do meio urbano (ambos com 25%;  $N=4$ ). Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas,  $\chi^2(7)=6,30$ ,  $p=0,51$ , é também interessante notar, por exemplo, que a temática do stresse foi mais valorizada, em termos de comentário geral, pela mulheres (18,8% do total de mulheres) do que pelos homens (5,6% do total de homens).

Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas,  $\chi^2(1)=0,43$ ,  $p=0,51$ , na forma de preenchimento do questionário relativamente ao tipo de comentário, muito embora seja interessante notar que, em termos proporcionais, os comentários efectuados pelos participantes que responderam via Internet são menos desfavoráveis, quando nos reportamos à estrutura geral, e mais favoráveis, quando nos reportamos ao conteúdo, do que os dos participantes que responderam pelo papel.

Comparando a forma de preenchimento com as categorias da estrutura geral, constata-se que a elevada extensão do questionário foi o aspecto mais mencionado quer pelos participantes que responderam ao questionário pela Internet, quer pelos que o fizeram através do papel. A maior discrepância registada encontra-se na categoria “compreensão”, que

aparece em 19,6% dos comentários dos respondentes pelo papel ( $N=10$ ) e em nenhum dos comentários registrados em papel.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que respeita à categoria do conteúdo, prevalecendo em ambas as formas de resposta ao questionário, apreciações gerais ao mesmo ou referências ao meio urbano.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem a existência de uma associação entre stresse urbano e as variáveis saúde e qualidade de vida e que a abertura à experiência modera esta relação, ampliando a magnitude da mesma. Contudo, este último efeito é apenas observável quando se considera a subescala ambiente laboral do stresse urbano (para ambas as variáveis dependentes) e o total da escala de stresse urbano (para a variável dependente qualidade de vida).

Analisemos agora estes e outros resultados à luz das abordagens teóricas de referência e de estudos análogos.

### Diferenças Relativas ao Sexo, Idade, Escolaridade e Forma de Preenchimento do Questionário

Na amostra estudada, os indivíduos do sexo masculino diferenciaram-se significativamente dos do sexo feminino em relação a diversas variáveis demográficas. Na generalidade, estes são mais velhos, possuem menor escolaridade e profissões menos diferenciadas, trabalham mais em espaços exteriores variáveis ou em grandes espaços colectivos fixos, vivem em casas com menos uma assoalhada, demoram menos tempo na deslocação até ao emprego e, quando efectuam este percurso, utilizam mais o veículo motorizado, em detrimento dos transportes públicos e da deslocação a pé.

Apesar de estatisticamente significativa, a diferença no tempo despendido na deslocação entre casa e trabalho é relativamente pequena, na nossa amostra (cerca de três minutos). Este aspecto contrasta nomeadamente com o estudo de Churchman (1992), desenvolvido com população israelita onde, nos homens, esta diferença representava o dobro da das mulheres.

Na nossa amostra, o tipo de espaço de trabalho mais utilizado por cada sexo é congruente com as diferenças sócio-culturais da população portuguesa, onde grande parte dos trabalhos desempenhados no exterior (e.g. construção civil, recolha do lixo) estão sobretudo reservados ao sexo masculino. Este aspecto está também relacionado com o facto de, nesta amostra, as mulheres apresentarem uma escolaridade mais elevada e

desempenharem sobretudo profissões intelectuais e científicas e funções administrativas, comparativamente aos homens.

Foram ainda encontradas diferenças entre sexos no domínio psicológico da qualidade de vida e na dimensão espaços interpessoais do stresse urbano, ambas com valores superiores para o sexo masculino, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos para nenhuma das restantes dimensões nem para o total de cada escala. Foram também observadas diferenças entre sexos relativamente à percepção de stresse, desta feita, com valores médios superiores para o sexo feminino. Estes resultados, aparentemente contraditórios, reflectem provavelmente a multidimensionalidade do conceito de stresse, dado que a subescala espaços interpessoais do QSU avalia o stresse num contexto específico (segurança, apinhamento, multiculturalidade, etc.) e a EPS fornece um resultado genérico relativamente à percepção de stresse.

Estes resultados vão, de certa forma, ao encontro das conclusões de Jenkins (1991), que defende que a análise das diferenças entre sexos, no que se refere ao stresse, deve ter sempre em conta as suas diversas componentes (e.g. acontecimentos de vida, suporte social). O mesmo autor refere que não existem diferenças significativas na maior parte das componentes, mas que as respostas fisiológicas são mais intensas no sexo masculino.

Verificou-se também uma associação directa entre escolaridade e satisfação com a saúde, aspecto que corrobora os dados obtidos por Bowling (1999), que afirma que os grupos menos desenvolvidos em termos sócio-culturais definem a sua saúde de forma mais negativa do que os de nível médio ou alto. Este aspecto prende-se, segundo o referido autor, com o facto de os indivíduos sócio-culturalmente mais desfavorecidos percepcionarem as causas da saúde como estando fora do seu controlo. Estas e outras conclusões inserem-se no estudo dos determinantes da saúde (WHO, 1998), na medida em que espelham o impacto dos factores sociais sobre a saúde.

À excepção da faceta fantasia, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos para todas as facetas da abertura à experiência. Apesar deste resultado não ter sido encontrado no estudo de validação para a população portuguesa do NEO PI-R (Lima, 1997), ele é corroborado pela maioria dos estudos realizados nesta área (Costa et al., 1986; Lima & Simões, 2003).

Relativamente ainda às variáveis demográficas, verifica-se que uma maior escolaridade está associada a uma menor idade e que esta relação se mantém constante, apresentando correlações significativas com todas as dimensões da qualidade de vida, com a dimensão espaços interpessoais do stresse urbano e com todas as facetas da abertura à experiência. Na

percepção de stresse, apenas a escolaridade mostrou uma associação inversa com esta variável. Os resultados mais consistentes foram os encontrados para a qualidade de vida e para abertura à experiência.

Relativamente à forma de preenchimento do questionário, foi possível identificar um perfil específico relativamente aos participantes que o fizeram pela Internet, em comparação com os que responderam através do papel. Assim, constata-se que os primeiros são, em média, mais novos, possuem habilitações escolares mais elevadas e desempenham profissões, em geral, mais diferenciadas. Estes apresentam também valores de qualidade de vida mais elevados na dimensão meio ambiente e no total da subescala abertura à experiência. Estes últimos resultados têm provavelmente a ver com o facto de a dimensão meio ambiente da qualidade de vida estar associada às oportunidades para adquirir novas informações e competências (WHOQol Group, 1996b) e de a própria subescala abertura à experiência estar relacionada com o interesse e a procura de situações e experiências novas (Costa & MacCrae, 1992; Lima, 1997).

A análise da última questão (comentário geral ao questionário) revela que, nos questionários respondidos pela Internet, os respondentes apresentaram menos críticas à (elevada) extensão dos mesmos e teceram comentários mais favoráveis quanto ao seu conteúdo. Este aspecto pode dever-se à relativa novidade desta metodologia, dissimulando a percepção da extensão do mesmo. Os participantes que responderam através do papel referiram mais vezes dificuldades relativas à compreensão do questionário, aspecto que nunca foi mencionado pelos respondentes via Internet. Este resultado pode significar que a compreensão dos questionários se torna mais fácil pela Internet, ou então que a suposta facilidade na compreensão tem mais a ver com o facto de estes estarem mais familiarizados com a estrutura destes questionários, dado que possuem habilitações mais elevadas e profissões mais diferenciadas. Estes resultados reforçam a utilidade de potenciar as novas tecnologias na investigação em saúde, porém estas devem ser utilizadas com precaução, dado que nem todos os estratos sociais ou níveis etários estão devidamente familiarizados com as mesmas. Os estudantes do ensino secundário e os estudantes universitários podem ser dois grupos particularmente receptivos a este tipo de abordagem.

## Análise dos Resultados Relativos ao Stresse Urbano

O questionário elaborado para o estudo do stresse urbano revelou, através da análise factorial, uma estrutura composta por 10 factores sem relação conceptual com o construto teórico de base. O agrupamento dos itens em quatro factores revelou-se consistente com o modelo da saúde urbana (Vlahov & Galea, 2002), verificando-se, no entanto, que os itens inicialmente previstos para uma subescala relativa ao ambiente social se distribuíram por dois factores diferentes, que designámos por ambiente laboral e espaços interpessoais. Constata-se que esta diferenciação se revela bastante útil, na medida em que permite estudar isoladamente os aspectos relativos ao meio laboral (e.g. em comparação com o tipo de espaço de trabalho) e os aspectos que dizem respeito, sobretudo, às noções de espaço pessoal, privacidade, proxémia e apinhamento (patentes na subescala espaços interpessoais), já discutidas neste trabalho.

A estrutura a quatro factores foi integralmente confirmada pela correlação item-escalas e item-total. Foram estabelecidos os seus valores normativos e analisadas as suas características psicométricas, constatando-se que as mesmas preenchem os critérios em termos de consistência interna, método split-half e validade convergente-discriminante. A análise da correlação entre esta escala e o WHOQoL sugere que a primeira constitui um bom preditor da qualidade de vida e da satisfação com a saúde.

A correlação entre as subescalas do QSU e as variáveis demográficas demonstra, tal como seria de prever, uma associação directa entre o stresse no ambiente físico e o tempo de viagem entre casa e trabalho. O número de assoalhadas associa-se, de forma inversa, ao stresse nos espaços interpessoais e ao total do QSU, enquanto que o agregado doméstico privado (número de pessoas em casa) apresenta uma associação inversa com o stresse urbano total e as subescalas ambiente físico e espaços interpessoais. Estes dados vão de encontro aos resultados dos estudos na área do apinhamento residencial, desenvolvidos por Edwards, Fuller, Vorakitphokatorn e Sermsri (1994), que associam este fenómeno à ocorrência de stresse e, conseqüentemente, a problemas de saúde. No nosso estudo, o número de assoalhadas e o agregado doméstico privado mostraram-se independentes da satisfação com a saúde, porém mostram-se associados com a dimensão meio ambiente do questionário de qualidade de vida.

Menos evidente é talvez o facto de a variável número de pessoas no mesmo espaço de trabalho se ter mostrado independente de todas as dimensões, não só relativamente ao stresse

urbano, mas também em relação à qualidade de vida. Apesar de aparentemente contraditório com a literatura (e.g. Vlahov & Galea, 2002), constata-se porém que a maioria dos participantes (63%) trabalha, durante a maior parte do tempo, em pequenos espaços colectivos fixos, tais como pequenas salas comuns, com ou sem divisões, partilhando esse espaço, em média, com seis pessoas (valor este que desce para dois quando é considerado o valor modal). Por outro lado, nesta amostra o número de pessoas em cada área de trabalho parece ser congruente com o tipo de espaço que lhes é proporcionado (i.e. os indivíduos que trabalham, por exemplo, em grandes espaços colectivos fixos partilham-nos com um maior número de pessoas do que aqueles que trabalham em pequenos espaços colectivos fixos). Estes aspectos parecem indicar que o fenómeno de apinhamento e de invasão da privacidade não se faz sentir na maior parte dos espaços de trabalho no presente estudo, facto que pode ser devido a uma boa organização dos mesmos. Contudo, este resultado pode eventualmente ser também justificado pela cultura de referência dos participantes e pela tolerância à proximidade característica dessa mesma cultura. Efectivamente, tal como refere Soczka (1996), a cultura envolvente condiciona a noção de proxémia e um exemplo disto é o facto de os povos latinos utilizarem uma menor distância quando estabelecem um diálogo do que, por exemplo, os povos anglo-saxónicos, em cujos nos temos vindo a centrar.

O construto avaliado pelo QSU refere-se sobretudo à avaliação primária do stresse em contexto urbano. Como tal, não é seu propósito identificar as estratégias de coping decorrentes do processo de avaliação secundária, postulado por Lazarus e Folkman (1984). Será, no entanto, útil que investigações futuras contemplem medidas complementares, no sentido de determinar as estratégias de coping utilizadas para fazer face ao stresse urbano nas quatro dimensões estabelecidas.

#### Análise da Relação entre Stresse em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida

A primeira questão de investigação foi analisada em função dos resultados da correlação do QSU com o WHOQol-Bref, tendo-se verificado, conforme já foi referido, correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões de ambas as variáveis, o total do QSU e as questões gerais do WHOQol-Bref. Assim, no presente estudo, um maior stresse urbano está associado a uma pior qualidade de vida e a uma pior satisfação com a saúde.

Os resultados são sustentados por diversas investigações que têm vindo a avaliar, de forma relativamente isolada, o impacto do meio urbano sobre a qualidade de vida e a saúde (e.g. McMichael, 2000; Williams & Bird, 2003).

Importa salientar que as correlações mais elevadas observadas entre o QSU e o WHOQoL-Bref foram as encontradas entre a subescala meio ambiente da qualidade de vida e o QSU, quer se considere o total da escala ou cada subescala, individualmente. De facto, o QSU aborda transversalmente e de forma mais exaustiva diversos aspectos incorporados no domínio meio ambiente do WHOQoL-Bref, tais como: A acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, o ambiente doméstico, as oportunidades para a aquisição de novas informações e competências, participação e as oportunidades de recreação, o ambiente físico (poluição e ruído) e os transportes (WHOQol Group, 1996b). A abordagem do QSU a estes (e outros) temas é feita, porém, na perspectiva do stresse, pelo que podemos falar numa certa simetria entre os construtos subjacentes a ambas as escalas.

Em suma, os resultados parecem indicar que uma intervenção concertada no sentido de reduzir os stressores do ambiente urbano, nas múltiplas dimensões aqui referidas, pode ter um elevado retorno em termos de saúde e qualidade de vida das populações. Este aspecto implica, como já aqui referimos, encontrar um equilíbrio adequado entre as pressões sociais, ambientais e económicas e a aplicação de importantes princípios como a equidade, a cooperação intersectorial, a participação comunitária e a sustentabilidade, implícitos na noção de planeamento urbano saudável (Barton & Tsourou, 2000).

#### Análise dos Efeitos de Moderação da Abertura à Experiência sobre a Relação do Stresse Urbano com a Saúde e a Qualidade de Vida

Através da segunda questão de investigação, pretendia-se determinar se abertura à experiência exercia um efeito moderador sobre a relação entre stresse urbano e as variáveis saúde e qualidade de vida. Esta moderação é observada para ambas as variáveis dependentes, mas apenas em relação à subescala ambiente laboral do stresse em meio urbano e para o total do stresse urbano (e esta última apenas em relação à qualidade de vida). Não obstante e dado que a interacção entre stresse urbano e abertura à experiência é, nestas condições, relativamente modesta, os resultados devem ser interpretados com precaução.

Careça embora uma investigação sistemática e consistente nesta área, algumas hipóteses explicativas deste resultado devem ser apontadas. O estudo da personalidade em

geral, enquanto variável moderadora, tem salientado o seu papel no amortecimento dos potenciais efeitos negativos de outras variáveis sobre a saúde. Contudo e tal como referido nos estudos desenvolvidos por Trull e Sher (1994) e Wofenstein e Trull (1997), a personalidade e, mais concretamente, a abertura à experiência, pode representar uma vulnerabilidade acrescida para o indivíduo. Este aspecto é suportado pela descrição dos indivíduos com elevada abertura à experiência como dispostos a experimentar um leque mais variado de emoções, tanto positivas, como negativas (Lima, 1997). A abertura à experiência é, neste e noutros contextos, um ampliador das experiências, pelo que, se o meio urbano é gerador de stresse, o seu campo de acção/experimental fica mais reduzido, facto que poderá exacerbar a insatisfação relativamente à saúde e a avaliação negativa da qualidade de vida associada à vivência desse stresse. Uma personalidade com baixa abertura à experiência e, como tal, mais conformista e com necessidades mais diminutas de exploração do exterior, não sentirá certamente um impacto tão negativo do stresse urbano sobre a sua saúde e qualidade de vida.

É também interessante verificar que, neste modelo de moderação, a subescala ambiente laboral do stresse urbano contribui para explicar a variância observada em termos de satisfação com a saúde e de qualidade de vida. Este modelo salienta não só a relação assinalada por Wilkinson e Marmot (2003) entre stresse laboral e condições de saúde, mas sugere também que a primeira dimensão pode ter um impacto particularmente negativo sobre a saúde e a qualidade de vida nos indivíduos com maior abertura à experiência. Pensamos que uma maior abertura à experiência pode estar relacionada com uma necessidade acrescida de autonomia e de utilização plena das capacidades individuais no contexto laboral e que a interacção entre estas variáveis resulta num decréscimo em termos de qualidade de vida e de satisfação com a saúde. Este último aspecto vai ao encontro do que os mesmos autores referem a respeito da relação entre falta de autonomia e de oportunidades de utilizar as capacidades e decréscimo do estado de saúde, porém é contrária a observação de que estes aspectos são independentes das características psicológicas dos indivíduos.

Estes resultados colocam questões pertinentes no que respeita à importância da personalidade no estudo do stresse urbano, contudo outros estudos devem ser desenvolvidos, no sentido de dar consistência a estas suposições aqui assinaladas.

## Conclusão

Os resultados encontrados realçam a importância do estudo do stresse em meio urbano e do seu impacto na saúde e na qualidade de vida de uma comunidade.

A conceptualização do stresse em meio urbano e a sua operacionalização através de quatro categorias – Ambiente Físico, Ambiente Laboral, Espaços Interpessoais e Cuidados de Saúde e Sociais – resulta da integração de diversos contributos científicos, tais como estudos na área da saúde urbana, psicologia da saúde, psicologia social, psicologia ambiental, entre outros. Especialmente importantes foram a abordagem de stresse, proposta por Lazarus e Folkman (1984) e o agrupamento dos conceitos associados à saúde urbana em três grandes dimensões, apresentado por Vlahov e Galea (2002). O presente estudo realçou, no entanto, duas vertentes importantes que estes autores haviam agrupado na dimensão ambiente social e cujas vantagens, do ponto de vista conceptual e empírico, foram já aqui discutidas.

De modo consentâneo com a definição geral de stresse, que enfatiza a interacção entre os factores ambientais e as características do indivíduo, o estudo da personalidade (através da abertura à experiência) procurou salientar, precisamente, essa última vertente. Apesar de pouco expressivos do ponto de vista estatístico, os resultados sustentam a hipótese de que a abertura à experiência pode, sob determinadas condições, constituir um factor de vulnerabilidade pessoal, incrementando os efeitos adversos do stresse urbano sobre a satisfação com a saúde e a qualidade de vida.

Porém, os resultados obtidos não podem ser generalizáveis, dado que a presente amostra não é representativa da população do concelho do Seixal nem da área metropolitana de Lisboa. Destaca-se, a este nível, o facto de os participantes do sexo feminino representarem quase o dobro da amostra.

Por não constituir o objecto do presente estudo, optou-se pela não exploração de acontecimentos de vida significativos (através de escalas adequadas ou de questões abertas) na vida da pessoa, no entanto este aspecto poderia ter provido a investigação de elementos úteis na compreensão do stresse percebido, quer em termos gerais, quer no contexto do meio urbano.

Consideramos ainda que a inclusão de outras escalas poderia ter permitido o estudo de validação do QSU, do qual é apresentado apenas um esboço. A realização de um estudo longitudinal com este instrumento permitiria também extrair algumas conclusões relativamente à sua estabilidade, através da fidelidade teste-reteste. A sua aplicação a

diferentes grupos com patologias seria também útil no sentido de aferir as suas propriedades clinimétricas, muito particularmente a indivíduos com perturbações da ansiedade (e.g. fobia social, perturbação de stresse pós-traumático).

O estudo do stresse urbano em diferentes grupos populacionais poderá revelar conclusões interessantes, nomeadamente explorando o domínio ambiente laboral. Por último, torna-se imprescindível a realização de estudos comparativos entre comunidades urbanas e rurais, que permitam a identificação de valores normativos para ambas as populações.

Além das conclusões teóricas aqui apontadas, a leitura aprofundada dos resultados obtidos neste estudo poderá trazer também implicações práticas na vida de uma cidade, cuja explicitação não cabe, no entanto, no âmbito deste trabalho. Entendemos que tais implicações podem traduzir-se em termos de estratégia de intervenção autárquica e de promoção da saúde pública, as quais, quando alicerçadas num projecto local de cidades saudáveis, podem-se reverter em ganhos para a saúde e para a qualidade de vida das populações dos meios urbanos.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, S; Ribeiro, J. L. P.; Gonçalves, C.; & Ferreira, M. (2004). Cidades promotoras de saúde: Contributos da psicologia da saúde. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.). *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança – Actas* (pp.13-19). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ames, S. C.; Jones, G. N.; Howe, J. T. & Brantley, P. J. (2001). A prospective study of the impact of stress on quality of life: An investigation of low-income individuals with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(2), 112-119.
- Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning: A Guide to Planning for People*. London: E&FN Spon.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em inglês *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press, 1997)
- Birley, M. H. & Lock, K. (1999). *The Health Impacts of Peri-Urban Natural Resource Development*. Trowbridge: Cromwell Press.
- Bonomi, A. E.; Shikiar, R. & Legro, M. W. (2000). Quality-of-life assessment in acute, chronic, and cancer pain: A pharmacist's guide. *Journal of the American Pharmacological Association*, 40(3), 402-416.
- Boot-Kewley, S. & Vickers Jr., R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281-298.
- Bowling, A. (1999). *Health-Related Quality of life: A Discussion of the Concept, Its Use and Measurement Background*. Retrieved October 10, form <http://www.reprohealth.org/reprohealthDB/doc/m2s5bowling.pdf>
- Bramston, P.; Rogers-Clark, C.; Hegney, D. & Bishop J. (2000). Gender roles and geographic location as predictors of emotional distress in Australian women. *Australian Journal of Rural Health*, 8(3), 154-160.
- Bronstein, J. M. & Adams, E. K. (2002). Rural-urban differences in health risks, resource use and expenditures within three state Medicaid programs: Implications for Medicaid managed care. *Journal of Rural Health*, 18(1), 38-48.
- Câmara Municipal do Seixal (1998). *Plano de Desenvolvimento de Saúde do Município do Seixal*. Seixal: Autor.

- Câmara Municipal do Seixal (1999). *Projecto Seixal Saudável: Juntos pela Saúde*. Seixal: Autor.
- Câmara Municipal do Seixal (2003a). *Seixal em Números*. Seixal: Autor.
- Câmara Municipal do Seixal (2003b). *Seixal Saudável: Avaliação de um Percurso*. Seixal: Autor.
- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 3-9.
- Churchman, A. (2002). Environmental psychology and urban planning: Where can the twain meet? In R. Bechtel & A. Churchman (Eds.). *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 191-200). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R.; Zonderman, A. B.; Barbano, H. E.; Lebowitz, B. & Larson, D. M. (1986). Cross-sectional studies of personality in a national sample: II. Stability in neuroticism, extraversion, and openness. *Psychology & Ageing*, 1(2), 144-149.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, T. & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.). *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process* (pp. 7-30). Chichester: John Wiley and Sons.
- Dahlberg, L. L.; Toal, S. B. & Behrens, C. B. (1998). *Measuring Violence-Related Attitudes, Beliefs, and Behaviors Among Youths: A Compendium of Assessment Tools*. Georgia: National Center for Injury Prevention and Control.
- Doron, R. & Parot, F (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em francês *Dictionnaire de Psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991)
- Duhl, L. J. & Sanchez, A. K. (1999). *Healthy Cities and the City Planning Process: A Background Document on Links Between Health and Urban Planning*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Duffy, K. G. & Wong, F. Y. (1996) *Community Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Edwards, J. N.; Fuller, T. D.; Vorakitphokatorn, S. & Sermsri, S. (1994). *Household Crowding and its Consequences*. Boulder: Westview Press.

- Elgar, F. J.; Arlett, C. & Groves, R. (2003). Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(5), 574-785.
- Evans, D. R.; Pellizari, J. R.; Culbert, B. J. & Metzen, M. E. (1993). Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 477-485.
- Ferriss, A. L. (2000). The quality of life among U.S. states. *Social Indicators Research*, 49(1), 1-23.
- Fleck, M. P. A.; Leal, O. F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de validação da qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fleck, M. P. A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Fleming, R.; Baum, A. & Singer, J. E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 939-949.
- Flynn, B. C. & Ivanov, L. (1996). Health promotion through healthy cities. In J. Lancaster & M. Stanhope (Eds.). *Community health nursing: Process and practice for promoting health* (pp. 333-342). St. Louis: Mosby Year-Book.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Friedman, H. S. (2000). Long term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, and tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1090-1107.
- Garcia, P. & McCarthy, M. (1996). Measuring Health: A Step in the Development of City Health Profiles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Goldstein, G. & Kickbusch, I. (1996). WHO Healthy Cities programme. *Urban Health News*, 28, 7-13.
- Holroyd, K. A. & Koyne, J. (1987). Personality and health in the 1980s: Psychosomatic medicine revisited? *Journal of Personality*, 55(2), 360-375.
- Howel, D.; Moffat, S.; Bush, J.; Dunn, C. E. & Prince, H. (2003). Public views on the links between air pollution and health in Northeast England. *Environment Research*, 91(3), 163-171.
- INE (2002a). *Atlas das Cidades de Portugal*. Lisboa: Autor.

- INE (2002b). *Censos 200: Resultados Definitivos*. Lisboa: Autor.
- INE/DGOTDU (1999). *Indicadores Urbanos do Continente*. Lisboa: Autor.
- Jenkins, R. (1991). Demographic aspects of stress: Individual differences, stress and coping. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.). *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process* (pp. 108-180). Chichester: John Wiley and Sons.
- Kaminoff, R. D. & Prochansky, H. M. (1982). Stress as a consequence of the urban physical environment. In L. Goldberger & S. Breznit (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 380-409). London: Collier McMillan Publishers.
- Kaplan, R. M. (1985). Quality-of-life measurement. In P. Karoly (Ed.). *Measurement Strategies in Health Psychology* (pp. 115-146). New York: John Wiley & Sons.
- Krantz, D. S. & Hedges, S. M. (1987). Some cautions for research on personality and health. *Journal of Personality*, 55(2), 352-357.
- Krupat, E. (1985). *People in Cities: The Urban Environment and its Effects*. New York: Cambridge University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lima, M. P. (1997). *NEO PI-R – Contextos teóricos e psicométricos: “Ocean” ou “iceberg”?* Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lima, M. P. & Simões, A. (1995). Inventário de personalidade NEO PI-R. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves. *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2003). Inventário de personalidade NEO Revisto (NEO PI-R). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa (Vol. I)* (pp.17-32). Coimbra: Quarteto.
- Magnusson, D. (1982). Situational determinants of stress: An interactional perspective. In L. Goldberger & S. Breznit (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp.231-253). London: Collier McMillan Publishers.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- McGee, Z. T.; Davis, B. L.; Brisbane, T.; Collins, N.; Nuridin, T.; Irving, S.; Mutakkabir, Y. & Martin, K. (2001). Urban stress and mental health among African-american youth: assessing the link between exposure to violence, problem behavior, and coping strategies. *Journal of Cultural Diversity*, 8(3): 94-104.

- McMichael, A. J. (2000). The urban environment and health in a world of increasing globalization: Issues for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(9), 1117-1126.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Orientações Estratégicas* (Volume II). Lisboa: Autor.
- Montoya, I. D.; Bell, D. C.; Richard, A. J.; Goodpastor, W. A. & Carlson, J. (1998). Barriers to social services for HIV-infected urban migrants. *Aids Education and Prevention*, 10(4), 366-379.
- Moore, M.; Gould, P. & Keary, B. S. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206(4), 269-278.
- Moser, G. (1994). Environment stress and urban behavior. *European Review of Applied Psychology*, 44(2), 149-154.
- Murphy, B.; Herrman, H.; Hawthorne, G.; Pinzone, T. & Evert, H. (2000). *Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide*. Melbourne: Australian WHOQoL Field Study Centre.
- Nelson, C. B. & Lotfy, M. (1999). *The World Health Organization's WHOQoL-Bref Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial*. Geneva: WHO.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology: A Textbook* (2<sup>nd</sup> edition). Buckingham: Open University Press.
- Pearlman, R. A. & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*, 43, 25-30.
- Percy-Smith, J. & Sanderson, I. (1992). *Understanding Local Needs*. London: Institute for Public Policy Research.
- Ranchor, A. V. & Sanderman, R. (1991). The role of personality and socio-economic status in the stress-illness relation: A longitudinal study. *European Journal of Personality*, 5, 93-108.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rogerson, R. J., Findlay, A. M., Morris, A. S. & Coombes, M. G. (1989) Indicators of quality of life: Some methodological issues. *Environment and Planning*, 21, 1665-1666.

- Rohde, C. E. & Kendle, A. D. (1994). *Human Well-Being, Natural Landscapes and Wildlife in Urban Areas: A Review*. London: English Nature Science.
- Schipper, H.; Clinch, J. & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials* (pp. 11-24). New York: Raven Press.
- Schaubroeck, J & Ganster, D. C. (1991). Associations among stress-related individual differences. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.). *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process* (pp. 7-30). Chichester: John Wiley and Sons.
- Schnall, P.; Belkic, K.; Landsbergis, P. & Baker, D. (2000). Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine*, 15(1):1-6.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Skevington, S. M.; Carse, A. & Williams, C. (2001). Validation of the WHOQoL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17(3), 264-275.
- Skevington, S. M. & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving anti-depressant medication in primary care: Validation of the WHOQoL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261-267.
- Smith, T. W. & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 396-423.
- Soczka, L. (1996). Para uma perspectiva ecológica em psicologia social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords.). *Psicologia Social* (2ª edição) (pp. 385-415). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Trull, T. J. & Sher, K. J. (1994). Relationship between five-factor model of personality and axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Personality*, 103, 350-360.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Santos Silva & J. Madureira Pinto (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-107). Porto: Edições Afrontamento.
- Velarde-Jurado, E. & Avila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica de Mexico*, 44, 448-463.
- Vlahov, D. & Galea, S. (2002). Urbanization, urbanicity, and health. *Journal of Urban Health*, 79(4), 1-12.
- Ware, J. E. (1987) Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2<sup>nd</sup> edition). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Williams, I. D. & Bird, A. (2003). Public perceptions of air quality and quality of life in urban and sub-urban areas of London. *Journal of Environment Monitoring*, 5(2), 253-259.
- WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: Author.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Author.
- WHO (1997a). *Sustainable Development and Health: Concepts, Principles and Framework for Action for European Cities and Towns*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1997b). *Healthy Cities: Guidelines for the Development of Healthy Cities Projects and Activities*. Alexandria: Author.
- WHO (1997c). *Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project* (3<sup>rd</sup> edition). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1997d). *City Planning for Health and Sustainable Development: European Sustainable Development and Health Services*. Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: Author.
- WHOQoL Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQoL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 41-60). Heidelberg: Springer Verlag.
- WHOQoL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL): Position paper from The World Health Organization. *Social Sciences and Medicine*, 10, 1403-1409.
- WHOQoL Group (1996a). What Quality of life? World Health Organization quality of life assessment. *World Health Forum*, 17(4), 354-6.
- WHOQoL Group (1996b). *WHOQoL: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQoL Group (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. *Social Sciences and Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- WHOQoL Group (1998b). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2nd edition). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Wolfenstein, M. & Trull, T. J. (1997). Depression and openness to experience. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 612-632.
- Wright, S. J. (1994). Health-related quality of life: A critical review of the concept and its measurement. In J.-P. Dauwalder (ed.). *Psychology and Promotion of Health* (pp. 163-169). Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wrosch, C. & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.
- Zero Population Growth (1998). *Urban Stress Test*. Washington, DC: Zero Population Growth.

## ANEXO A

### Questionário de Stresse Urbano

Através do presente questionário pretende-se estudar o stresse associado ao meio urbano.

As próximas afirmações dizem respeito aos sentimentos e pensamentos que tem tido ao longo das duas últimas semanas. Para cada uma delas, assinale com um , a resposta que lhe parecer mais adequada.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. A minha actual condição económica permite-me viver uma vida sem preocupações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os meus amigos e colegas de trabalho olham para mim com a admiração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me satisfeito com o ambiente de trabalho do meu actual emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O meu trabalho motiva-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O meu actual emprego dá-me grandes oportunidades para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O crime e a violência que existem na minha cidade têm afectado o meu bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me seguro no bairro onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que trabalham no mesmo espaço que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
10. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem no mesmo bairro que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O facto de existirem pessoas de culturas e meios sociais tão diferentes na minha cidade causa-me algum incómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto que a minha cidade proporciona as mesmas oportunidades de bem-estar a todas as pessoas, independentemente das suas características pessoais e da sua condição económica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A minha cidade proporciona-me oportunidades para participar nas decisões que dizem respeito ao futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda da minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus vizinhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio das instituições que existem na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto-me satisfeito com a casa onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
20. Sinto falta de privacidade no local onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sinto que a minha cidade é uma cidade bonita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto-me satisfeito com os espaços verdes que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me satisfeito com os transportes públicos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos acessos e das redes viárias (estradas) da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sinto-me incomodado pelos obstáculos (barreiras arquitectónicas) que encontro nos passeios da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sinto-me incomodado com o ruído da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sinto-me satisfeito com a limpeza das ruas da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sinto-me satisfeito com o sistema de tratamento de esgotos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ensino na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tenho facilidade de acesso aos serviços de saúde na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
32. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tenho facilidade de acesso aos serviços de apoio social na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio social da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sinto-me satisfeito com as ofertas culturais e de lazer que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sinto-me satisfeito com as oportunidades para praticar desporto que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO B

### Questionário de Stresse Urbano

Através do presente questionário pretende-se estudar o stresse associado ao meio urbano.

As próximas afirmações dizem respeito aos sentimentos e pensamentos que tem tido ao longo das duas últimas semanas. Para cada uma delas, assinale com um , a resposta que lhe parecer mais adequada.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Os meus amigos e colegas de trabalho olham para mim com a admiração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me satisfeito com o ambiente de trabalho do meu actual emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O meu trabalho motiva-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O meu actual emprego dá-me grandes oportunidades para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me seguro no bairro onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem no mesmo bairro que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O facto de existirem pessoas de culturas e meios sociais tão diferentes na minha cidade causa-me algum incómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
9. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto-me satisfeito com a casa onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto falta de privacidade no local onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto que a minha cidade é uma cidade bonita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto-me satisfeito com os espaços verdes que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sinto-me satisfeito com os transportes públicos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos acessos e das redes viárias (estradas) da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto-me satisfeito com a limpeza das ruas da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto-me satisfeito com o sistema de tratamento de esgotos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tenho facilidade de acesso aos serviços de saúde na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
21. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tenho facilidade de acesso aos serviços de apoio social na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio social da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto-me satisfeito com as ofertas culturais e de lazer que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sinto-me satisfeito com as oportunidades para praticar desporto que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO C



Exm.º(a) Senhor(a),

Através da presente investigação, pretendemos estudar a associação entre stress em meio urbano, saúde e qualidade de vida, bem como a influência da personalidade sobre as mesmas.

Em seguida, encontrará um conjunto de questões que dizem respeito ao modo como habitualmente pensa ou sente, o que significa que não existem respostas certas ou erradas.

A finalidade deste questionário é meramente científica e todos os dados são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a tratamento estatístico colectivo. Contudo, se desejar a qualquer momento desistir, é livre de o fazer.

Se preferir, poderá preencher o questionário na internet, através do *site* <http://saude.phenominet.com>

Solicitamos que opte apenas por uma das formas de preenchimento (papel ou internet), por forma a não duplicar as suas respostas.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração!

Entidade responsável pela investigação:  
**ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

Em parceria com:  
**Projecto Seixal Saudável**

Contactos:

Gabinete do Projecto Seixal Saudável  
Av. Dr. Arlindo Vicente, nº 68 B, Torre da Marinha; 2840 – 403 Seixal  
Tel.: 21 227 62 01; Fax 21 227 62 04  
E-mail: [seixal.saudavel@cm-seixal.pt](mailto:seixal.saudavel@cm-seixal.pt)

**Para cada uma das seguintes questões indique ou assinale, no local adequado, a resposta que melhor corresponder à sua situação actual.**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo (assinale com um  Masculino  
 Feminino

3. Qual foi o último ano escolar que frequentou (ex. 4º ano; 2º ano da universidade)? \_\_\_\_\_

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Local de residência (concelho): \_\_\_\_\_

5.1 Há quanto tempo reside nesse concelho? \_\_\_\_\_

6. Local de trabalho (concelho): \_\_\_\_\_

7. Em média, quanto tempo demora no percurso de casa ao seu emprego?

\_\_\_\_ hora(s) \_\_\_\_ minutos

8. De que forma habitualmente se desloca até ao seu emprego (assinale com um  uma ou mais opções, consoante os meios de transporte que utiliza)?

- Veículo privado
- Transporte(s) público(s)
- A pé
- Outro(s) – Qual(is)? \_\_\_\_\_

9. Quantas assoalhadas (número de divisões da casa, excluindo casa-de-banho, cozinha e despensa) tem a sua casa? \_\_\_\_\_

10. Quantas pessoas vivem na sua casa (além de si)? \_\_\_\_\_

11. Em que tipo de espaço trabalha durante a maior parte do seu tempo (assinale com um )?

- Gabinete individual
- Sala comum sem divisões
- Sala comum com divisões
- Oficina
- Veículo(s)
- Espaço exterior (ex. jardim, rua)
- Outro – Qual? \_\_\_\_\_

11.1. Com quantas pessoas (além de si) partilha habitualmente esse espaço de trabalho?

\_\_\_\_\_

**Agradecemos que responda com a máxima sinceridade a todas as questões que se seguem, assinalando com um  a resposta que melhor corresponder ao modo como habitualmente pensa ou sente.**

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
12. Tenho uma imaginação muito activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou bastante agarrado às minhas próprias maneiras de proceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Muitas vezes dá-me bastante prazer brincar com certas teorias e ideias abstractas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Às vezes deixo-me absorver totalmente pela música que ouço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Raramente sinto emoções fortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies/passatempos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Acho as discussões filosóficas aborrecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
24. Tenho uma grande capacidade de fantasiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Aborrece-me ver bailado ou dança moderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gosto de resolver problemas e puzzles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Fico admirado com os modelos que encontro na arte e na natureza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Raramente presto atenção àquilo que sinto no momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Às vezes, perco o interesse quando as pessoas começam a falar de assuntos demasiado teóricos e abstractos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas das outras sociedades, devem ter valor para elas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
36. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas potencialidades, deixando-a crescer e desenvolver-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. A poesia pouco ou nada me diz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. As minhas emoções e sentimentos são muito variados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Prefiro passar o tempo em ambientes que me são familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Gosto de resolver puzzles difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios, do que ter abertura de espírito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Quando vejo que estou a ser levado pela imaginação, procuro concentrar-me, ocupando-me com qualquer actividade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo ou da condição humana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
47. Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Em criança, raramente achava piada aos jogos de faz-de-conta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Acho fácil sentir empatia – quer dizer, sentir o que os outros sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Tenho muita curiosidade intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Algo corre mal se, aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Agrada-me mais ler poesia que dá ênfase aos sentimentos e imagens, do que uma história com princípio, meio e fim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sigo sempre o mesmo caminho quando vou a qualquer sítio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
58. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As próximas afirmações e questões dizem respeito aos sentimentos e pensamentos que tem tido ao longo das duas últimas semanas. Para cada uma delas, assinale com um , a resposta que lhe parecer mais adequada.**

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
60. A minha actual condição económica permite-me viver uma vida sem preocupações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Os meus amigos e colegas de trabalho olham para mim com a admiração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Sinto-me satisfeito com o ambiente de trabalho do meu actual emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. O meu trabalho motiva-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. O meu actual emprego dá-me grandes oportunidades para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. O crime e a violência que existem na minha cidade têm afectado o meu bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Sinto-me seguro no bairro onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
67. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que trabalham no mesmo espaço que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem na mesma casa que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Sinto-me incomodado com a quantidade de pessoas que vivem no mesmo bairro que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. O facto de existirem pessoas de culturas e meios sociais tão diferentes na minha cidade causa-me algum incómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sinto que a minha cidade proporciona as mesmas oportunidades de bem-estar a todas as pessoas, independentemente das suas características pessoais e da sua condição económica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. A minha cidade proporciona-me oportunidades para participar nas decisões que dizem respeito ao futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda da minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus vizinhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Se tiver algum problema, sei que posso contar com a ajuda dos meus colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio das instituições que existem na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
77. Se tiver algum problema, sei que posso contar com o apoio dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Sinto-me satisfeito com a casa onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Sinto falta de privacidade no local onde vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Sinto que a minha cidade é uma cidade bonita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Sinto-me satisfeito com os espaços verdes que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Sinto-me satisfeito com os transportes públicos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos acessos e das redes viárias (estradas) da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Sinto-me incomodado pelos obstáculos (barreiras arquitectónicas) que encontro nos passeios da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ar que se respira na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Sinto-me incomodado com o ruído da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Sinto-me satisfeito com a limpeza das ruas da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Sinto-me satisfeito com o sistema de tratamento de esgotos da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
89. Sinto-me satisfeito com a qualidade do ensino na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Tenho facilidade de acesso aos serviços de saúde na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de saúde da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Tenho facilidade de acesso aos serviços de apoio social na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Sinto-me satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio social da minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Sinto-me satisfeito com as ofertas culturais e de lazer que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Sinto-me satisfeito com as oportunidades para praticar desporto que encontro na minha cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
96. Como avaliaria a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
97. Em que medida está satisfeito com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para as questões que se seguem, pense no quanto tem tido determinadas sensações:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Muito	Extrema-mente
98. Em que medida é que a sua dor física o impede de fazer o que precisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Em que medida precisa de algum tratamento médico para viver a sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Quanto aproveita a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Em que medida consegue concentrar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Em que medida se sente seguro na sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Em que medida o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atractivos) é saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para as questões que se seguem pense em quão completamente tem sentido ou é capaz de fazer certas:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Muito	Completa-mente
105. Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. É capaz de aceitar a sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Em que medida estão disponíveis as informações que necessita no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Em que medida tem oportunidades para realizar actividades de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para as questões que se seguem pense em quão bem ou quão satisfeito se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida:

	Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem
110. Em que medida é capaz de se movimentar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
111. Em que medida está satisfeito com o seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Em que medida está satisfeito com a capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Em que medida está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Em que medida está satisfeito consigo mesmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Em que medida está satisfeito com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Em que medida está satisfeito com a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Em que medida está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Em que medida está satisfeito com as condições do local onde mora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Em que medida está satisfeito com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Em que medida está satisfeito com os meios de transporte que utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para a questão que se segue pense na frequência com que sentiu ou experimentou certos sentimentos.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
121. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As questões que se seguem dizem respeito aos sentimentos e pensamentos que tem tido ao longo do último mês. Para cada questão, escolha a resposta que lhe parecer mais adequada, assinalando a mesma com um :**

No último mês...

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
122. ... com que frequência se sentiu aborrecido ao acontecer-lhe algo imprevisto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. ...com que frequência se sentiu incapaz de controlar assuntos importantes da sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. ...com que frequência se sentiu nervoso ou "stressado"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. ... com que frequência encarou com optimismo as dificuldades da vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. ... com que frequência conseguiu lidar realmente com alterações importantes que tenham ocorrido na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. ...com que frequência se sentiu confiante relativamente à sua capacidade de lidar com os seus problemas pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
128. ... com que frequência sentiu que a sua vida corria como você queria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. ... com que frequência pensou que não conseguia lidar com as tarefas que tinha para realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. ...com que frequência foi capaz de lidar com as dificuldades da sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. ... com que frequência sentiu que conseguia controlar a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. ... com que frequência se sentiu zangado ao acontecer-lhe algo que você não podia controlar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. ... com que frequência pensou nos objectivos que tem para atingir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. ... com que frequência pensa ter sido capaz de controlar o seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. ...com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

136. Deseja fazer algum comentário relativamente às questões que lhe foram colocadas?

---



---



---



---



---

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

## ANEXO D



MUNICÍPIO DO SEIXAL  
CÂMARA MUNICIPAL  
Rua Fernando de Sousa, 2 2840-515 SEIXAL  
Tel. 21 227 67 00 / 21 227 65 00 - Fax 21 222 22 96  
NIPC 680 013 679

Sua Referência

OFIC. N.º

P.º N.º

Assunto:

Sua Data

Nossa Referência

OFIC. N.º 630327

P.º N.º circular

Data de Expedição

**Investigação sobre Stress em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida**

O Projecto Seixal Saudável, em parceria com o ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, está a desenvolver uma investigação sobre stress em meio urbano, saúde e qualidade de vida no Município do Seixal.

Para a implementação deste estudo, venho solicitar a colaboração de V. Ex.a, assim como dos funcionários dessa instituição, através do preenchimento do questionário que se encontra em anexo, o qual submetemos à V. apreciação.

Mais informamos que, muito em breve, entraremos em contacto com V. Ex.a no sentido de acordar os pormenores relativos à sua aplicação.

Certos de que a presente investigação merecerá a V. melhor atenção, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA CÂMARA

Alfredo Monteiro

SA

Gabinete do Projecto Seixal Saudável  
Av. Dr. Afilindo Vicente, n.º 68 B  
Torre da Marinha  
2840-403 Seixal  
Telef. 21 227 62 01 Fax 21 227 62 04  
E-mail: seixal.saudavel@cm-seixal.pt  
Modelo CMS\_Oficio\_Div Inf V.1 Set.2000

## ANEXO E



De: Presidente da Câmara Municipal do Seixal

Informação

Proposta

Parecer

SRCC N.º

Ano 2003

Tipo I

Para : Funcionários da Câmara Municipal do Seixal

C/c:

Assunto: Estudo sobre Stress em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida no Município do Seixal

Data: 2004-02-05

SRCC Tipo E ou S N.º

Em

N.º Processo

## DESPACHO

No âmbito da monitorização do Plano de Desenvolvimento de Saúde do Município do Seixal, o Projecto Seixal Saudável, em parceria com o ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, está a realizar um estudo sobre Stress em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida no Município do Seixal.

Para o desenvolvimento deste estudo, pede-se a colaboração dos funcionários desta Câmara Municipal, através do preenchimento do questionário que se encontra em anexo.

Agradecendo a vossa colaboração, apresento os meus melhores cumprimentos,

O Presidente da Câmara

Alfredo Monteiro

## ANEXO F

## **Seixal Saudável**

---

**From:** "Seixal Saudável - C.M. Seixal" <[seixal.saudavel@cm-seixal.pt](mailto:seixal.saudavel@cm-seixal.pt)>  
**To:** <Undisclosed-Recipient:;>  
**Sent:** Thursday, April 29, 2004 9:42 AM  
**Subject:** Questionário sobre "Stress em Meio Urbano, Saúde e Qualidade de Vida"

Caro(a) colega,

Na sequência de uma informação previamente enviada a todos os funcionários da Câmara Municipal do Seixal a respeito do assunto supra-mencionado, gostaríamos de lembrar que o referido questionário poderá, em alternativa, ser preenchido através da Internet. Se ainda não respondeu ao questionário, por favor visite a página da Internet <http://saude.phenominet.com> e siga as instruções nela indicadas.

Dado que este questionário é dirigido a todas as pessoas (com 18 ou mais anos) que residam ou trabalhem no concelho do Seixal, agradecemos que divulgue o referido endereço de Internet junto de outras pessoas que se encontrem na mesma situação.

Agradecemos, mais uma vez, a sua colaboração no desenvolvimento deste estudo.

O Gabinete do Projecto Seixal Saudável

## ANEXO G

## Quadro 49

## Respostas dos participantes à questão nº 136

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
6	P	M	Sim, é interessante começar a relembrar, como o fiz ao preencher este questionário, a visão que tenho dos outros e de mim próprio com a envolvimento urbana onde eu e esses outros nos posicionamos.	99	99	1	Geral
8	P	M	Senti alguma dificuldade em algumas respostas por não as enquadrar completamente no que é pedido. No entanto, espero ter sido claro no meu raciocínio e na minha disponibilidade e espero contribuir para o sucesso da vossa iniciativa.	-1	Compreensão	99	99
9	I	F	Parabéns aos dois que realizaram este questionário, que me fez pensar naquilo que tenho ao meu dispor e aquilo que se tem passado no concelho do Seixal.	99	99	1	Geral
14	I	F	O questionário pareceu-me bastante minucioso mas também com algumas perguntas a repetirem-se; ou pelo menos fica-se com essa sensação.	0	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
17	I	F	Correm o risco de ter respostas pouco verdadeiras, no sentido em que não dão outra opção de resposta, mas por é compreensível. Mas isso pode demonstrar uma franca falta de interesse em conhecer o vosso universo de estudo. Boa sorte!!	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
21	I	F	Existem algumas questões dúbias que poderão ter uma interpretação dupla. Gostei do conceito do questionário e espero que possamos todos ter acesso ao resultado deste estudo em particular, isto é, que seja realizada a devida divulgação do mesmo.	-1	Subjectividade das questões	1	Geral
22	I	M	Num questionário como este, qualquer questão é plausível, para quem note a sua pertinência, relativamente ao objecto em questão. Se se estabelecer relação entre o (muito) que é generalista e o que tem, de facto, a ver com a vida na cidade, é porque o questionário foi bem formulado.	0	Abrangência	0	Meio urbano
40	I	M	Pareceu-me bastante interessante, mas demasiado extenso.	-1	Dimensão	1	Geral
45	I	F	Penso que este questionário é demasiado extenso, o que pode provocar algum desinteresse a partir de um certo momento e como consequência as respostas podem não ser as mais verdadeiras.	-1	Dimensão	99	99
50	I	M	Parecem quase todas iguais.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
55	I	F	Creio que este último bloco de questões está maioritariamente desajustado aos sentimentos e pensamentos que podem ocorrer apenas durante "o último mês". Sugestão: nos últimos 3 a 6 meses (de acordo com as questões colocadas).	-1	Período temporal de referência	99	99
56	I	M	Fiquei-me a sentir ainda mais negativo após concluir o questionário, espero que o esforço seja compensado por melhorias relativamente práticas e eficazes na vida dos habitantes após conclusão do estudo. Espero que a conclusão seja utilizada de forma científica e moral, se for esse o caso tiro o meu chapéu e desde já os meus agradecimentos.	99	99	-1	Geral

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)		
67	P	F	Sim. A questão 3 e 4. Penso que uma sugestão intermédia até se adaptava, visto que hoje em dia as áreas profissionais adquiridas nem sempre são as exercidas.	0	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	0	Ambiente laboral
72	P	M	É uma treta.	99	99	-1	Geral
73	P	M	Inquérito demasiado extenso.	-1	Dimensão	99	99
85	P	M	Acho que foi uma ideia útil e muito boa, por isso o meu obrigado.	99	99	1	Geral
112	P	M	Dizer que devem fazer mais vezes questionários destes, tipo para podermos falar da qualidade de vida do nosso concelho, das condições de cuidados de saúde, melhores e mais centros de saúde e um hospital para o concelho, melhores transportes, mais e melhor segurança, etc.	99	99	1	Meio urbano
134	P	F	Em relação aos espaços verdes, são muito bons e muito bonitos, mas a sua manutenção é péssima; As estradas estão péssimas em relação ao alcatrão; A saúde está péssima porque há pessoas a mais para a quantidade de médicos existentes; A quantidade de pessoas de outras etnias existentes no nosso concelho é demasiada, o que gera vandalismo e insegurança.	99	99	-1	Meio urbano
154	P	F	Desmotivação; Depressão.	99	99	99	99
157	P	F	Algumas questões não são muito claras.	-1	Compreensão	99	99
159	P	M	Ganhamos muito pouco para levar uma vida mais ou menos.	99	99	-1	Condição económica
164	P	F	Existem algumas perguntas que têm um sentido dúbio, talvez especificar melhor as perguntas.	-1	Subjectividade das questões	99	99
172	P	M	Correcto, pois deve-se dar o valor às necessidades sociais, culturais, no nosso meio laboral, como no nosso concelho.	99	99	1	Meio urbano

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
173	P	F	Algumas questões colocadas não se podem responder dentro dos parâmetros criados. Nós, às vezes, também nos surpreendemos a nós próprios.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
176	P	F	Este tipo de perguntas (aparentemente semelhantes) confundem e cansam um pouco.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
184	P	F	Sim, que realmente estes questionários fossem aproveitados para o melhoramento de algumas coisas, tais como o trabalho da limpeza de ruas, contentores, papelarias, etc., assim como nos locais de trabalho a nível das chefias directas.	99	99	1	Meio urbano
186	P	F	É difícil responder conforme queria visto que as hipóteses de resposta não eram bem como eu me podia expressar.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
194	P	M	Sim. O meu espaço de trabalho é muito curto para o número de pessoas que nele trabalha. A Câmara tem de uma vez por todas de olhar mais para os seus trabalhadores. Eu trabalho na DASU/SLOP, é triste quando a Câmara quer para os municípios uma boa qualidade de vida, mas não dá aos seus trabalhadores. É incrível, só visto.	99	99	-1	Espaços interpersonais
206	P	F	Algumas são redundantes. Ex. 28 e 40.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
210	P	F	Gabinete de trabalho colectivo.	99	99	99	99
224	P	M	Repetição constante de algumas perguntas como saúde e etc.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
228	P	M	Deveria haver mais vezes inquéritos parecidos com este.	99	99	1	Geral
231	P	M	Eu penso que o formulário é muito extenso.	-1	Dimensão	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
240	P	F	<p>Os meios de transporte do Seixal cada vez estão piores. Há carreiras que foram retiradas, a sua passagem do Seixal, temos de ir ao Bairro Novo se queremos as mesmas. Gostava de ver mais espaços verdes e limpos, assim como o nosso rio e esgotos, que muitas vezes não se pode estar na nossa casa com o mau cheiro que abunda. Na parte da saúde: É uma tristeza o que se está a passar com a "Psiquiatria da Santa Casa", pois as pessoas pois as pessoas que estavam apoiadas com estes serviços ficaram sem apoio. Eu tenho os meus pais que se encontram com 80 anos e necessitam de medicação, que só pode ser receitada pela especialidade, não é justo pessoas que estão com reformas de 40 cts. e pouco mais terem de pagar 15, 17 e 18 cts., para obter uma simples receita; Estou contra o funcionamento da obtenção de uma consulta nos serviços da caixa de providência, temos que nos deslocar às cinco e seis da manhã se queremos, ou seja, se necessitamos de consulta médica.</p>	99	99	-1	Meio urbano
243	P	F	Existem intervalos (campos) que não são preenchidos.	-1		99	99
247	P	M	É muito extenso.	-1		99	99
259	P	F	Não compreendo muito bem a maneira como algumas questões foram formuladas... Mas espero que se consiga fazer um bom trabalho.	-1		99	99
291	P	M	Buracos nas estradas; Placas sinalização com nome das localidades, há muitos anos que não têm; Urbanizações iniciadas e não concluídas, faltando conclusão de espaços verdes e outros.	99		99	99
298	P	M	Penso que as perguntas estão um pouco repetidas, mas acredito que seja mesmo assim.	-1		99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
303	P	M	Relativamente a todas as questões a que dei respostas, muitas delas são a pensar nos últimos dias que têm passado e que não têm corrido da melhor maneira a nível de chefias de trabalho, em que consiste a minha desvalorização e a valorização de novos que cá chegam. Mas melhores dias virão e desculpem o meu desabafo.	0	Período temporal de referência	99	99
304	P	F	Gostaria que este questionário não fosse mais um entre tantos cujos resultados ficam na gaveta e não são divulgados.	99		99	99
330	P	F	É a primeira vez que faço um inquérito, qual será o estudo que pretendem fazer? Falta perguntar sobre o ordenado que os portugueses ganham, que é uma miséria à vista da CEE.	0	Compreensão	-1	Condição económica
333	P	99	O questionário é muito complicado.	-1	Compreensão	99	99
335	P	F	O inquérito é muito extenso.	-1	Dimensão	99	99
341	P	F	Acho este tema do stress de extrema importância. A forma como interagimos na sociedade está a criar problemas de adaptação a certos níveis, solidão, depressão, falta de tempo, falta de solidariedade.	99		1	Stresse
345	P	M	Seria óptimo que todo este questionário pudesse assim mudar de certa forma a vida que tenho actualmente, caso contrário terci que dentro em breve "emigrar" definitivamente, pois sinto-me "cansado" da vida que levo diariamente e cansado deste país.	99		-1	Stresse
352	P	F	É difícil avaliar por quantidades ou percentagens as emoções, valores morais ou sentimentos. A vida e tudo o que ela nos oferece nunca é garantido e tudo pode mudar. Hoje é assim, amanhã pode ser diferente, por isso penso que este questionário deveria dar a oportunidade para a pessoa se descrever melhor a si própria em todos os níveis das questões colocadas.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
354	P	M	Não compreendo qual o objectivo a atingir com este inquérito, quanto me parece ser uma consulta para alguma tese de licenciatura e nada em prol dos funcionários.	-1	Compreensão	99	99
362	P	M	Existência de falta de motivação no local de trabalho.	99	99	-1	Ambiente laboral
369	P	F	Podiam ter imprimido o inquérito em papel reciclado e dispensar o envelope. A natureza e as finanças municipais agradeciam.	99	99	99	99
371	P	M	Acho que este questionário é muito longo.	-1	Dimensão	99	99
373	P	F	Existem questões que foram colocadas de forma generalista, o que impede por vezes uma respostas mais ou menos justa, porque cada caso é um caso.	-1	Subjectividade das questões	99	99
378	P	F	Gostei de responder às questões e achei-as interessantes.	99	99	1	Geral
388	P	M	Penso que algumas questões colocadas não são suficientemente claras a ponto de se poder dar uma resposta concreta e caem um pouco no subjectivo, pois não se sabe a que contexto se referem, falta-lhes objectividade.	-1	Subjectividade das questões	99	99
389	P	M	O questionário é muito longo.	-1	Dimensão	99	99
392	P	F	Penso que algumas questões são repetidas.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
410	P	M	Questionário muito bem conseguido, mas convém lembrar que tendo em conta o teor das questões, nem sempre é possível responder (correctamente) atreves de "cruzinhas". Os melhores cumprimentos.	0	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	1	Geral
418	P	M	Espero que isto sirva para alguma coisa.	99	99	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
420	P	F	Apenas dizer que estou com uma depressão atípica e que preciso de ajuda. Já ando na Psiquiatria, mas por enquanto não consigo sentir-me melhor.	99	99	-1	Stresse
425	P	F	Um questionário extenso pode comprometer o índice de participação.	0	Dimensão	99	99
426	P	M	Será que algum dia saberei os resultados deste teste?	99	99	99	99
430	P	M	Penso que o questionário não satisfaz. Não concordo com as perguntas às respostas.	-1	Compreensão	99	99
432	P	M	Acho que as perguntas feitas são um pouco complicadas para algumas pessoas. Deviam ser mais elucidativas.	-1	Compreensão	99	99
454	P	F	O questionário é muito longo e as perguntas repetitivas, o que se torna monótono.	-1	Dimensão	99	99
459	P	F	Julgo ser um questionário bastante complexo, pelo que sem estar a minimizar a capacidade intelectual de cada interveniente, penso ser difícil responder correctamente a todas as questões. Muitas necessitariam de ajuda de quem elaborou esta investigação.	-1	Compreensão	99	99
467	P	M	Preferia que as entidades envolvidas neste estudo, nomeadamente a Câmara Municipal do Seixal, traduzissem na prática os ensinamentos entretanto já adquiridos sobre esta matéria e que se deixassem destas operações de cosmética que só servem para esbanjar os recursos envolvidos.	99	99	-1	Geral
472	P	M	Parceram-me pouco circunstanciais e, em alguns casos, dúbias.	-1	Subjectividade das questões	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
476	P	F	Estes questionários deveriam ser efectuados para ajudar todos os trabalhadores. Todos somos humanos e todos temos falta de apoio em casa e no exterior. Não respondi a algumas questões por nada ter a dizer. Foram questões que nunca se me depararam na vida. Espero que estes e outros trabalhos que sejam possíveis serem feitos (não discriminem ninguém, se assim fizerem bem hajam). Não há ninguém totalmente feliz ou infeliz, há momentos felizes. O meu grande desgosto é não poder fazer mais por todos (especialmente pela minha família). Todos merecemos uma vida saudável e equilibrada.	99	99	0	Espaços interpessoais
477	P	F	Muito repetitivo.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
489	P	M	Sinto dificuldade em compreender algumas questões.	-1	Compreensão	99	99
490	P	F	O questionário tem muitas perguntas.	-1	Dimensão Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
492	P	F	Não me parece muito eficaz este tipo de valoração das respostas.	-1		99	99
498	P	F	Gostaria de deixar aqui um elogio à equipa que elaborou este questionário, bem como a que pensou na realização desta investigação que me parece muito oportuna nos dias que correm, podendo constituir um instrumento para conhecer mais de perto os "problemas" com que os cidadãos em meios urbanos se deparam, encontrando talvez também caminhos para a sua resolução. Os meus parabéns!	99	99	1	Meio urbano
499	P	F	Deixa pouca alternativa de resposta.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
511	P	F	Muito repetitivas.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
520	P	F	As perguntas com carácter muito abrangente perdem a objectividade. Muitas das respostas variam em função dos contextos, situações concretas.	0	Abrangência	99	99
526	P	M	As questões deviam ter mais hipóteses de respostas. Ao quantificar as possíveis respostas em 4 ou 5 patamares fica difícil de expressar o verdadeiro valor que damos à questão.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
532	P	M	Algumas questões são colocadas de forma caprichosa e os "alcapões" para detectar contradições demasiado visíveis. Noutros casos, o objectivo político é óbvio.	-1	Subjectividade das questões	99	99
533	P	F	Nem sempre a graduação entre as diversas alternativas é suficiente.	-1	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
550	P	F	Nas questões referentes ao último grupo devo salientar que sofri um acidente de viação e, por esse motivo, senti alguma dificuldade em superar os acontecimentos.	99	99	0	Stresse
551	P	F	O questionário é muito extenso.	-1	Dimensão	99	99
558	P	F	Perguntas repetidas.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
560	P	F	A definição de neutro é muito subjectiva e é provável que esteja a ser usada por mim com um sentido diferente que não seja o dado pelo(s) criador(es) do questionário.	0	Tipo/Nº de hipóteses de resposta	99	99
563	P	F	Todas as respostas foram dadas de acordo com a minha actual situação (tempo e espaço).	99	99	99	99
566	P	F	Só queria referir que sou trabalhadora-estudante e devido ao número de actividades diárias que faço influencia muito as respostas deste questionário.	99	99	0	Qualidade de vida
581	P	F	Por favor, não vá para o lixo!	99	99	99	99
582	P	F	São muito repetidas.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99

Participante nº	Forma de preenchimento do questionário (P=papel; I=Internet)	Sexo (M=Masculino; F=Feminino)	Comentário (descrição textual)	Estrutura geral		Conteúdo	
				Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)	Tipo (-1=Desfavorável; 0=Neutro; 1=Favorável; 99=n/se aplica)	Categoria (99=n/se aplica)
592	P	M	O questionário é demasiado grande.	-1	Dimensão	99	99
612	P	M	Neste momento, trabalho cerca de 14 horas diárias durante a semana como designer e professor.	99	99	0	Ambiente laboral
614	P	F	Algumas perguntas são muito subjectivas. São questões que não devem ser respondidas assim, porque depende da situação.	-1	Subjectividade das questões	99	99
623	P	F	Se for um questionário que contribua para o bem-estar das pessoas que me rodeias e para o Município do Seixal, tive todo o gosto em responder a este inquérito. Espero que sirva realmente para alguma coisa. Obrigada.	99	99	1	Geral
637	P	F	São muito repetidas, no fundo faz-se a mesma pergunta de diversas formas, mas quer dizer o mesmo. Por vezes, levam a própria pessoa a contradizer-se pela forma como estão elaboradas. Provavelmente até é esse o objectivo.	-1	Relação/Semelhança entre os itens	99	99
638	P	F	O questionário é um pouco extenso.	-1	Dimensão	99	99
642	I	F	Penso que na questão 98, poderia colocar-se o assunto, também, em relação à vertente psicológica do indivíduo.	99	99	0	Qualidade de vida
654	I	M	Interessante, mas muito maçador.	-1	Dimensão	1	Geral
664	I	M	Gostaria de saber o resultado.	99	99	99	99

## ANEXO H

## Correlations

		QSU: Ambiente Físico	QSU: Cuidados de Saúde e Sociais	QSU: Ambiente Laboral	QSU: Espaços Interpessoais
QSU: Ambiente Físico	Pearson Correlation	1	,471**	,217**	,226**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000
	N	664	664	661	663
QSU: Cuidados de Saúde e Sociais	Pearson Correlation	,471**	1	,220**	,180**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000
	N	664	664	661	663
QSU: Ambiente Laboral	Pearson Correlation	,217**	,220**	1	,147**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000
	N	661	661	662	662
QSU: Espaços Interpessoais	Pearson Correlation	,226**	,180**	,147**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	663	663	662	664
QSU: Total	Pearson Correlation	,787**	,711**	,559**	,529**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	664	664	662	664
WHOQoL: Saúde Física	Pearson Correlation	-,188**	-,214**	-,258**	-,259**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	645	645	644	646
WHOQoL: Psicológico	Pearson Correlation	-,161**	-,144**	-,336**	-,288**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	636	636	634	636
WHOQoL: Relações Sociais	Pearson Correlation	-,137**	-,126**	-,265**	-,259**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000
	N	654	654	652	654
WHOQoL: Meio Ambiente	Pearson Correlation	-,482**	-,542**	-,322**	-,453**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	647	647	645	647
WHOQoL: QG QDV	Pearson Correlation	-,248**	-,204**	-,260**	-,348**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	658	658	655	657
WHOQoL: QG Satisfação Saúde	Pearson Correlation	-,196**	-,267**	-,176**	-,198**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	658	658	655	657

**Correlations**

		QSU: Total	WHOQoL: Saúde Física	WHOQoL: Psicológico	WHOQoL: Relações Sociais
QSU: Ambiente Físico	Pearson Correlation	,787**	-,188**	-,161**	-,137**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	664	645	636	654
QSU: Cuidados de Saúde e Sociais	Pearson Correlation	,711**	-,214**	-,144**	-,126**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001
	N	664	645	636	654
QSU: Ambiente Laboral	Pearson Correlation	,559**	-,258**	-,336**	-,265**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	662	644	634	652
QSU: Espaços Interpessoais	Pearson Correlation	,529**	-,259**	-,288**	-,259**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	664	646	636	654
QSU: Total	Pearson Correlation	1	-,343**	-,337**	-,289**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000
	N	665	646	636	655
WHOQoL: Saúde Física	Pearson Correlation	-,343**	1	,611**	,447**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000
	N	646	647	625	641
WHOQoL: Psicológico	Pearson Correlation	-,337**	,611**	1	,620**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000
	N	636	625	637	632
WHOQoL: Relações Sociais	Pearson Correlation	-,289**	,447**	,620**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	655	641	632	657
WHOQoL: Meio Ambiente	Pearson Correlation	-,681**	,478**	,455**	,346**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	648	635	629	645
WHOQoL: QG QDV	Pearson Correlation	-,408**	,386**	,406**	,277**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	658	643	633	650
WHOQoL: QG Satisfação Saúde	Pearson Correlation	-,309**	,541**	,388**	,280**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	658	642	633	650

Correlations

		WHOQoL: Meio Ambiente	WHOQoL: QG QDV	WHOQoL: QG Satisfação Saúde
QSU: Ambiente Físico	Pearson Correlation	-,482**	-,248**	-,196**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	647	658	658
QSU: Cuidados de Saúde e Sociais	Pearson Correlation	-,542**	-,204**	-,267**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	647	658	658
QSU: Ambiente Laboral	Pearson Correlation	-,322**	-,260**	-,176**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	645	655	655
QSU: Espaços Interpessoais	Pearson Correlation	-,453**	-,348**	-,198**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	647	657	657
QSU: Total	Pearson Correlation	-,681**	-,408**	-,309**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	648	658	658
WHOQoL: Saúde Física	Pearson Correlation	,478**	,386**	,541**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	635	643	642
WHOQoL: Psicológico	Pearson Correlation	,455**	,406**	,388**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	629	633	633
WHOQoL: Relações Sociais	Pearson Correlation	,346**	,277**	,280**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	645	650	650
WHOQoL: Meio Ambiente	Pearson Correlation	1	,508**	,388**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000
	N	649	643	643
WHOQoL: QG QDV	Pearson Correlation	,508**	1	,387**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000
	N	643	659	658
WHOQoL: QG Satisfação Saúde	Pearson Correlation	,388**	,387**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,
	N	643	658	659

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

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Total		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).
2	QSU: Total X Abertura Experiência		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,408 <sup>a</sup>	,166	,165	,614
2	,422 <sup>b</sup>	,178	,175	,611

a. Predictors: (Constant), QSU: Total

b. Predictors: (Constant), QSU: Total, QSUTot X AbExp

ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	49,406	1	49,406	130,930	,000 <sup>a</sup>
	Residual	247,538	656	,377		
	Total	296,944	657			
2	Regression	52,765	2	26,383	70,770	,000 <sup>b</sup>
	Residual	244,179	655	,373		
	Total	296,944	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Total

b. Predictors: (Constant), QSU: Total, QSUTot X AbExp

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,316	,027		11,814	,000
	QSU: Total	-,626	,055	-,408	-11,442	,000
2	(Constant)	,317	,027		11,917	,000
	QSU: Total	-,410	,090	-,267	-4,553	,000
	QSUTot X AbExp	-,418	,139	-,176	-3,002	,003

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Excluded Variables<sup>c</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,097 <sup>a</sup>	2,728	,007	,106	,999
	QSUTot X AbExp	-,176 <sup>a</sup>	-3,002	,003	-,116	,364
2	Abertura Experiência	,060 <sup>b</sup>	1,509	,132	,059	,783

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Total

b. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Total, QSUTot X AbExp

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Análise de regressão linear, tomando a Avaliação da QDV como variável dependente e o QSU (subescala Ambiente Físico) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Ambiente Físico		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en ter <= ,050, Probability -of-F-to-re move >= ,100).
2	Abertura Experiência		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en ter <= ,050, Probability -of-F-to-re move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,248 <sup>a</sup>	,062	,060	,652
2	,279 <sup>b</sup>	,078	,075	,647

a. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

### ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	18,304	1	18,304	43,094	,000 <sup>a</sup>
	Residual	278,640	656	,425		
	Total	296,944	657			
2	Regression	23,047	2	11,524	27,558	,000 <sup>b</sup>
	Residual	273,896	655	,418		
	Total	296,944	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,484	,026		18,703	,000
	QSU: Ambiente Físico	-,255	,039	-,248	-6,565	,000
2	(Constant)	,368	,043		8,538	,000
	QSU: Ambiente Físico	-,264	,039	-,257	-6,838	,000
	Abertura Experiência	,242	,072	,127	3,368	,001

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

### Excluded Variables<sup>c</sup>

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,127 <sup>a</sup>	3,368	,001	,130	,995
	QSUAFis X AbExp	-,081 <sup>a</sup>	-1,206	,228	-,047	,314
2	QSUAFis X AbExp	-,114 <sup>b</sup>	-1,685	,093	-,066	,309

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Análise de regressão linear, tomando a Avaliação da QDV como variável dependente e o QSU (subescala Espaços Interpessoais) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Espaços Interpessoais		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en- ter <= ,050, Probability -of-F-to-re- move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,348 <sup>a</sup>	,121	,120	,631

a. Predictors: (Constant), URB\_EI URB: Espaços interpessoais

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	35,866	1	35,866	90,053	,000 <sup>a</sup>
	Residual	260,874	655	,398		
	Total	296,740	656			

a. Predictors: (Constant), QSU: Espaços Interpessoais

b. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	6,435E-02	,048		1,349	,178
	QSU: Espaços Interpessoais	-,416	,044	-,348	-9,490	,000

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,063 <sup>a</sup>	1,720	,086	,067	,983
	QSUEInt X AbExp	-,086 <sup>a</sup>	-1,784	,075	-,070	,577

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Espaços Interpessoais

b. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Análise de regressão linear, tomando a Avaliação da QDV como variável dependente e o QSU (subescala Ambiente Laboral) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Ambiente Laboral		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en- ter <= ,050, Probability -of-F-to-re- move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,284 <sup>a</sup>	,080	,079	,646

a. Predictors: (Constant), QSUALab X AbExp

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,812	1	23,812	57,077	,000 <sup>a</sup>
	Residual	272,423	653	,417		
	Total	296,235	654			

a. Predictors: (Constant), QSUALab X AbExp

b. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,391	,026		14,771	,000
	QSUALab X AbExp	-,412	,055	-,284	-7,555	,000

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	QSU: Ambiente Laboral	-,096 <sup>a</sup>	-1,568	,117	-,061	,375
	Abertura Experiência	,043 <sup>a</sup>	1,110	,267	,043	,942

a. Predictors in the Model: (Constant), QSUALab X AbExp

b. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Análise de regressão linear, tomando a Avaliação da QDV como variável dependente e o QSU (subescala Cuidados de Saúde e Sociais) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Cuidados Saúde Sociais		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en ter <= ,050, Probability -of-F-to-re move >= ,100).
2	Abertura Experiência		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en ter <= ,050, Probability -of-F-to-re move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,204 <sup>a</sup>	,042	,040	,659
2	,236 <sup>b</sup>	,056	,053	,654

a. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12,389	1	12,389	28,561	,000 <sup>a</sup>
	Residual	284,555	656	,434		
	Total	296,944	657			
2	Regression	16,584	2	8,292	19,372	,000 <sup>b</sup>
	Residual	280,360	655	,428		
	Total	296,944	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,497	,027		18,367	,000
	QSU: Cuidados Saúde Sociais	-,188	,035	-,204	-5,344	,000
2	(Constant)	,388	,044		8,809	,000
	QSU: Cuidados Saúde Sociais	-,193	,035	-,210	-5,529	,000
	Abertura Experiência	,227	,073	,119	3,130	,002

a. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Excluded Variables<sup>c</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,119 <sup>a</sup>	3,130	,002	,121	,998
	QSUCss X AbExp	-,023 <sup>a</sup>	-,370	,712	-,014	,367
2	QSUCss X AbExp	-,102 <sup>b</sup>	-1,531	,126	-,060	,325

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: QDV

**Análise de regressão linear, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e o QSU (total) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Total		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,309 <sup>a</sup>	,095	,094	,859

a. Predictors: (Constant), QSU: Total

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	50,981	1	50,981	69,168	,000 <sup>a</sup>
	Residual	483,513	656	,737		
	Total	534,494	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Total

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,364	,037		9,747	,000
	QSU: Total	-,635	,076	-,309	-8,317	,000

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

Excluded Variables<sup>b</sup>

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,059 <sup>a</sup>	1,589	,113	,062	,999
	QSUTot X AbExp	-,085 <sup>a</sup>	-1,397	,163	-,055	,368

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Total

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Análise de regressão linear, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e o QSU (subescala Ambiente Físico) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1			Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).
2	Abertura Experiência		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,196 <sup>a</sup>	,038	,037	,885
2	,212 <sup>b</sup>	,045	,042	,883

a. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

### ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20,461	1	20,461	26,111	,000 <sup>a</sup>
	Residual	514,033	656	,784		
	Total	534,494	657			
2	Regression	24,014	2	12,007	15,406	,000 <sup>b</sup>
	Residual	510,480	655	,779		
	Total	534,494	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,538	,035		15,287	,000
	QSU: Ambiente Físico	-,269	,053	-,196	-5,110	,000
2	(Constant)	,437	,059		7,445	,000
	QSU: Ambiente Físico	-,277	,053	-,202	-5,266	,000
	Abertura Experiência	,209	,098	,082	2,135	,033

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

### Excluded Variables<sup>c</sup>

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,082 <sup>a</sup>	2,135	,033	,083	,995
	QSUAfis X AbExp	,013 <sup>a</sup>	,186	,853	,007	,316
2	QSUAfis X AbExp	-,006 <sup>b</sup>	-,093	,926	-,004	,310

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Ambiente Físico

b. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Ambiente Físico, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Análise de regressão linear, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e o QSU (subescala Ambiente Laboral) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSUALab X AbExp		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en- ter <= ,050, Probability -of-F-to-re- move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,176 <sup>a</sup>	,031	,030	,888

a. Predictors: (Constant), QSUALab X AbExp

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,518	1	16,518	20,937	,000 <sup>a</sup>
	Residual	515,201	653	,789		
	Total	531,719	654			

a. Predictors: (Constant), QSUALab X AbExp

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,456	,036		12,519	,000
	QSUALab X AbExp	-,343	,075	-,176	-4,576	,000

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	QSU: Ambiente Laboral	-,097 <sup>a</sup>	-1,549	,122	-,061	,378
	Abertura Experiência	,021 <sup>a</sup>	,521	,602	,020	,941

a. Predictors in the Model: (Constant), QSUALab X AbExp

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Análise de regressão linear, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e o QSU (subescala Espaços Interpessoais) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes n**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Espaços Interpessoais		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-enter <= ,050, Probability -of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,198 <sup>a</sup>	,039	,038	,885

a. Predictors: (Constant), URB\_EI URB: Espaços interpessoais

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21,017	1	21,017	26,823	,000 <sup>a</sup>
	Residual	513,223	655	,784		
	Total	534,240	656			

a. Predictors: (Constant), QSU: Espaços Interpessoais

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,207	,067		3,095	,002
	QSU: Espaços Interpessoais	-,318	,061	-,198	-5,179	,000

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
1	Abertura Experiência	,041 <sup>a</sup>	1,068	,286	,042	,984
	QSUEInt X AbExp	-,091 <sup>a</sup>	-1,812	,070	-,071	,578

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Espaços Interpessoais

b. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Análise de regressão linear, tomando a Satisfação com a Saúde como variável dependente e o QSU (subescala Cuidados de Saúde e Sociais) e a Abertura à Experiência como variáveis independentes**

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	QSU: Cuidados Saúde Sociais		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en- ter <= ,050, Probability -of-F-to-re- move >= ,100).
2	Abertura Experiência		Stepwise (Criteria: Probability -of-F-to-en- ter <= ,050, Probability -of-F-to-re- move >= ,100).

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,267 <sup>a</sup>	,071	,070	,870
2	,279 <sup>b</sup>	,078	,075	,867

a. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	38,104	1	38,104	50,357	,000 <sup>a</sup>
	Residual	496,389	656	,757		
	Total	534,494	657			
2	Regression	41,609	2	20,805	27,647	,000 <sup>b</sup>
	Residual	492,885	655	,752		
	Total	534,494	657			

a. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,583	,036		16,312	,000
	QSU: Cuidados Saúde Sociais	-,329	,046	-,267	-7,096	,000
2	(Constant)	,483	,058		8,294	,000
	QSU: Cuidados Saúde Sociais	-,334	,046	-,271	-7,218	,000
	Abertura Experiência	,208	,096	,081	2,158	,031

a. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde

**Excluded Variables<sup>c</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Abertura Experiência	,081 <sup>a</sup>	2,158	,031	,084	,997
	QSUCss X AbExp	-,020 <sup>a</sup>	-,318	,750	-,012	,369
2	QSUCss X AbExp	-,073 <sup>b</sup>	-1,111	,267	-,043	,327

a. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais

b. Predictors in the Model: (Constant), QSU: Cuidados Saúde Sociais, Abertura Experiência

c. Dependent Variable: WHOQoL: Saúde