

1120

5

DM
PIME/F.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Quando o Nevociro se Dissipa...: Crenças de Saúde e Estádios de Mudança numa
Amostra de Fumadores e Ex-fumadores**

Filipa Pimenta



2006

4 17136
6 07

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal,
e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA,
para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Saúde,
conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro
para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5
do Decreto-Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Leal, por toda a orientação e motivação durante a caminhada, e por me ter desafiado a ser mais arrojada na investigação e a voar um pouco mais alto.

Ao Professor João Maroco, pela imensa disponibilidade perante todas as dúvidas de estatística.

Ao Professor Pais Ribeiro e à Professora Maria João Figueiras, pela disponibilidade para avaliarem este trabalho.

À Inês Santos, pela ajuda e amizade perante os intermináveis questionários.

RESUMO

O presente estudo pretende averiguar se, numa amostra de 380 estudantes universitários, fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais apresentam diferenças significativas no que concerne ao valor que atribuem à sua saúde (avaliado pela *Health Value Scale*), à percepção de competência para lidar com a saúde (avermiguada pela *Perceived Health Competence Scale*) e à auto-eficácia para a capacidade de abstenção de fumar (auto-eficácia situacional), avaliada pelo *Smoking Self-efficacy Questionnaire*. Avaliou-se ainda, de acordo com o Modelo Transteórico, em que estágio de mudança (em relação à intenção de cessar o consumo de tabaco) os participantes se encontravam e se existiam diferenças significativas entre os cinco estádios no que concerne à distribuição das três variáveis psicológicas em estudo.

Conclui-se que, nesta amostra, as pessoas não valorizam a sua saúde de forma significativamente diferente, independentemente da situação de consumo de tabaco ($F=1,594$; $p=0,205$) ou do estágio de mudança em que se encontram ($\chi^2=6,100$; $p=0,192$).

Observaram-se diferenças significativas entre os estádios no que respeita à percepção de competência para a saúde ($\chi^2=17,122$; $p=0,002$), isto é, pessoas em estádios de mudança mais avançados percebem-se como mais competentes para lidar com a sua saúde. No que concerne à auto-eficácia verificaram-se igualmente diferenças significativas, tanto face a estímulos internos ($\chi^2=119,359$; $p<0,001$), como perante estímulos externos ($\chi^2=112,418$; $p<0,001$): participantes em estádios mais avançados percebiam-se como mais capazes de se abster de fumar em diversas situações.

Este estudo constata diferenças significativas entre os três grupos de consumo, quer para a percepção de competência para a saúde ($F=9,193$; $p=0,000$), quer para a auto-eficácia perante estímulos internos ($F=129,309$; $p=0,000$) e externos ($F=116,121$; $p=0,000$), verificando-se que os ex-fumadores apresentam níveis de auto-eficácia (para a abstenção de consumir tabaco) e de percepção de competência para a saúde significativamente superiores aos manifestados pelos fumadores.

ABSTRACT

The aim of this study is to explore if there are significant differences, in a sample of 380 college students, between regular smokers, occasional smokers and ex-smokers regarding to health value (assessed by the Health Value Scale), perceived health competence (measured with the Perceived Health Competence Scale) and self-efficacy (for restraining from smoking), assessed by the Smoking Self-efficacy Questionnaire. It was also assessed the stage of change (concerning to the intention of stop smoking), in which the participants were, according with the Transtheoretical Model; subsequently, it was studied if there were any differences between the five stages, regarding to the three psychological variables.

This research concludes that there are no significant differences between participants with different smoking status ($F=1,594$; $p=0,205$) and in different stages of change ($\chi^2=6,100$; $p=0,192$), regarding to health value.

It was identified significant differences between the five stages of change regarding to perceived health competence ($\chi^2=17,122$; $p=0,002$), that is, people who were in the later stages of the model tend to perceived themselves as more competent to deal with their health than people who were in the earlier stages. Concerning to self-efficacy it was also observed significant differences between stages, regarding both to internal ($\chi^2=119,359$; $p=0,000$) and external stimulus self-efficacy ($\chi^2=112,418$; $p=0,000$). Therefore, students in more advanced stages saw themselves as more capable of restraining from smoking in a variety of situations.

There were also significant differences between the three different smoking status concerning either to perceived health competence ($F=9,191$; $p=0,000$) and self-efficacy, both in relation to internal ($F=129,309$; $p=0,000$) and external stimulus ($F=116,121$; $p=0,000$). Thus, ex-smokers had higher scores of self-efficacy (for restraining from smoking) and of perceived health competence than smokers.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Modelo Transteórico	9
Auto-eficácia Situacional	13
Percepção de Competência para a Saúde	15
Valor da Saúde	17
MÉTODO	19
Objectivos	19
Participantes	21
Desenho da Investigação	30
Material	31
Procedimento	37
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO	56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXO 1	83
ANEXO 2	87
ANEXO 3	89
ANEXO 4	91
ANEXO 5	94
ANEXO 6	96

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos três grupos (fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais)	21
Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação ao estágio de mudança	22
Tabela 3 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos cinco estádios de mudança	22
Tabela 4 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo (fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais)	23
Tabela 5 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo pelos cinco estádios de mudança	23
Tabela 6 – Caracterização da amostra em relação às habilitações literárias	23
Tabela 7 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável habilitações literárias (fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais)	24
Tabela 8 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais)	25
Tabela 9 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (pré-contemplação <i>vs.</i> contemplação <i>vs.</i> preparação <i>vs.</i> acção <i>vs.</i> manutenção)	25

Tabela 10 – Caracterização da amostra em relação ao número de cigarros consumidos por mês (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)	25
Tabela 11 – Caracterização da amostra total relativamente ao estado civil	26
Tabela 12 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável estado civil (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)	26
Tabela 13 – Caracterização da amostra por grupos relativamente ao estado civil	27
Tabela 14 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável situação de consumo da namorada/companheira/cônjuge (pré-contemplação vs. contemplação vs. preparação vs. acção vs. manutenção)	28
Tabela 15 – Caracterização da amostra por grupos relativamente à situação profissional	28
Tabela 16 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável situação profissional: estudante/trabalhador-estudante (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)	28
Tabela 17 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável existência de diagnóstico de doença (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)	29
Tabela 18 – ANOVA one-way para o Valor da Saúde: fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais	41

Tabela 19 – Teste de Tukey (comparação múltipla de médias) para a Percepção de Competência para a Saúde: fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais	42
Tabela 20 – ANOVA one-way para a Auto-eficácia Situacional: fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais	42
Tabela 21 – Teste de Tukey (comparação múltipla de médias) para a Auto-eficácia Situacional: fumadores regulares <i>vs.</i> ex-fumadores <i>vs.</i> fumadores ocasionais	43
Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis para o Valor da Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança	44
Tabela 23 – Teste de Kruskal-Wallis para a Percepção de Competência para a Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança	45
Tabela 24 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Percepção de Competência para a Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança	46
Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis para a Auto-eficácia Situacional: comparação entre os cinco estádios de mudança	47
Tabela 26 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Auto-eficácia Situacional: comparação entre os cinco estádios de mudança	49
Tabela 27 – Teste de Mann-Whitney para a Percepção de Competência para a Saúde: participantes com uma doença diagnosticada <i>vs.</i> participantes sem doença diagnosticada	50

Tabela 28: Total da Variância Explicada (Escala de Auto-eficácia Situacional)	52
Tabela 29: <i>Loadings</i> dos dois factores (solução após a rotação dos factores) da Escala de Auto-eficácia Situacional	53
Tabela 30: Total da Variância Explicada (Escala de Valor da Saúde)	53
Tabela 31: <i>Loadings</i> dos dois factores, definidos a priori na extracção de factores feita pela AF (solução após a rotação dos factores) da Escala de Valor da Saúde	54
Tabela 32: Total da Variância Explicada (Escala de Percepção de Competência para a Saúde)	54
Tabela 33: <i>Loadings</i> dos dois factores (solução após a rotação dos factores) da Escala de Percepção de Competência para a Saúde	55

INTRODUÇÃO

O tabagismo é evidenciado pela Organização Mundial de Saúde (Ezzati & Lopez, 2001) como a causa da maior percentagem de mortalidade evitável e precoce, nos países desenvolvidos. A associação entre fumar e o risco significativo de desenvolvimento de múltiplas doenças e perturbações (nomeadamente, doença cardiovascular, cancro do pulmão, doença crónica obstrutiva das vias respiratórias, bem como tumores na boca, laringe, esófago e bexiga) tem vindo a ser enfatizada (WHO, 2001). Esta evidência tem contribuído para a proliferação de campanhas anti-tabaco com o intuito de reformular o acto de fumar como um comportamento pernicioso para a saúde (Chassin, Presson, Sherman, & Kim, 2003).

Contudo, fumadores informados sobre o risco que este consumo comporta para a saúde continuam a fumar (Anatchkova, Velicer, & Prochaska, 2006; Harmsen, Bischof, Brooks, Hohagen, & Rumpf, 2006).

Segundo a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1997, 1999), que se destaca como uma teoria importante no campo da modificação dos comportamentos de saúde, uma pessoa esforçar-se-á para implementar determinado comportamento (numa situação particular) se se percepcionar como capaz de o desempenhar e se esse comportamento conduzir a um resultado que seja valorizado. Assim, se a pessoa não se sentir competente para concretizar determinado comportamento, nem valorizar a possível consequência do mesmo, provavelmente não investirá na mudança comportamental.

Thompson, Thompson, Thompson, Fredrickson e Bishop (2003) sublinham que é crucial importância descobrir que características podem influenciar os fumadores a deixar de fumar. Goldberg e Fischhoff (2000) destacam por sua vez que é necessário encontrar factores que se relacionem com a adesão a comportamentos que comportam um risco

significativo para a saúde, no sentido de descobrir a melhor forma de promover a sua extinção.

A prevalência de consumo de tabaco parece estar a aumentar entre estudantes universitários. Contudo, e tal como Steptoe et al. (2002) enfatizam, este aumento, nesta população em particular, não tem recebido a devida atenção a nível mundial.

A literatura evidencia igualmente que pouco é ainda conhecido sobre as crenças de saúde na área do consumo de tabaco (Halpern & Warner, 1994).

Desta forma, a presente investigação, que é exploratória e transversal, avalia se, numa amostra de estudantes do ensino superior, existem diferenças significativas entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais em relação a determinadas crenças ligadas à saúde, nomeadamente, o valor atribuído à saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional (para a capacidade de abstenção de fumar).

A literatura destaca ainda que a investigação da população fumadora e ex-fumadora tem integrado de forma sistemática a análise da mudança intencional do comportamento de fumar através da exploração dos estádios de mudança, segundo o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (por ex., Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Assim, é ainda objectivo deste estudo averiguar se existem diferenças (para as três variáveis psicológicas referidas, isto é, valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia) entre as pessoas que se situam nos vários estádios de mudança, de acordo com o modelo referido.

No que concerne aos instrumentos aplicados, refere-se que se utilizou a *Health Value Scale* para averiguar o valor atribuído pelos participantes à saúde, a *Perceived Health Competence Scale* para avaliar a percepção de competência para a saúde e o *Smoking Self-efficacy Questionnaire* para medir a auto-eficácia situacional. Aplicou-se ainda um questionário para averiguar os estádios de mudança (no que concerne à intenção de deixar de fumar), de acordo com o modelo transteórico, e um outro questionário para recolha de informação sócio-demográfica, de hábitos tabágicos e averiguação de existência de doença, construído para o efeito.

É esperado que os estudantes que já tenham deixado de fumar apresentem valores mais elevados (em comparação com os participantes fumadores) de valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional e que os participantes que se encontrem nos últimos estádios de mudança do modelo transteórico manifestem igualmente valores mais elevados (em comparação com os participantes nos primeiros estádios do modelo) para as três variáveis psicológicas (valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É estimado que o consumo de tabaco seja responsável por 3 milhões de mortes anuais a nível mundial e que seja a causa directa ou indirecta de cerca de 25 doenças. Calcula-se que cerca de 1,1 mil milhões de pessoas da população global com mais de 15 anos sejam fumadoras (isto é, 47% de todos os homens e 12% do total de mulheres), localizando-se a larga maioria dos fumadores (mais concretamente, 70%) nos países desenvolvidos (WHO, 2001).

De acordo com o modelo da Organização Mundial de Saúde para a progressão epidémica do consumo de tabaco a nível mundial (Lopez, Collishaw, & Piha, 1994; Steptoe et al., 2002), podem identificar-se 4 estádios, que podem perdurar entre 20 a 30 anos cada um.

O primeiro estágio define-se por uma prevalência de consumo de tabaco inferior a 20% da população masculina, uma percentagem muito baixa em mulheres e baixa prevalência de cancro do pulmão. Encontram-se neste estágio países como a Tailândia e a África do Sul.

O estágio seguinte é caracterizado por um aumento da prevalência que nos homens pode ir até aos 50% e uma tendência de aumento nas mulheres, juntamente com um aumento das taxas de mortalidade associada ao cancro do pulmão (este cenário epidémico é verificado em países como a Colômbia, o Japão, a Coreia e a Venezuela).

Nos países que se encontram no terceiro estágio de progressão epidémica verifica-se o pico e o início da diminuição da prevalência de fumadores masculinos (nas mulheres este valor máximo verificar-se-á apenas alguns anos mais tarde), observando-se ainda um aumento da mortalidade associada ao consumo tabágico. Este cenário é encontrado em países da Europa do sul, nomeadamente, Portugal, Itália, Grécia e Espanha, mas também

países da Europa Central e de Leste, tais como, Bulgária, Hungria, Polónia, Roménia e Eslováquia.

No último estágio (estádio quatro) observa-se uma diminuição significativa da prevalência de fumadores masculinos e femininos e o início do declínio da taxa de mortalidade relacionada com o tabaco nos homens (nas mulheres irá verificar-se ainda neste estágio um aumento desta taxa). Neste último estágio encontram-se países com forte legislação anti-tabaco e investimento significativo em intervenções de cessação tabágica, tais como, E.U.A., Canadá, Austrália, Bélgica, Inglaterra, França, Irlanda, Alemanha, Islândia e Holanda (Steptoe et al., 2002).

Em Portugal, entre 1990 e 2000 denotou-se um crescimento de mortes atribuídas ao consumo de tabaco, tendo passado de 6800 para 8200 mortes, respectivamente (WHO, 2005).

No que concerne à prevalência, observa-se um crescimento do período de 1994-98 (32,7% nos homens e 7,6% nas mulheres) para o período de 1999-2001 (32,8% para os homens e 9,5% para as mulheres) (WHO, 2006).

À luz da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977, 2001) compreende-se que o comportamento de fumar resulte da interação de variáveis individuais (personalidade, crenças, comportamentos) e ambientais (família, pares) (Lloyd-Richardson, Papandonatos, Kazura, Stanton, & Niaura, 2002).

Este modelo preconiza que o indivíduo irá desempenhar um determinado comportamento (numa determinada situação) em função da expectativa de que aquele comportamento conduzirá a um resultado desejado e do valor que a pessoa atribui a esse mesmo resultado. Esta teoria é evidenciada como um modelo importante no âmbito da modificação do comportamento, considerando uma dinâmica psico-social que subjaz a todos os comportamentos relacionados com a saúde e com doença (Ribeiro, 1998).

A literatura evidencia que a aprovação do consumo de tabaco por parte dos pais desempenha um papel importante na aquisição deste comportamento por parte do adolescente, mas o facto dos pais fumarem constitui uma variável com um peso ainda

maior, em comparação com a anterior, na iniciação deste comportamento de risco (Kelley, Thomas, & Friedman, 2003; Rigotti, Lee, & Wechsler, 2000).

Além das variáveis que podem influenciar a iniciação do consumo de tabaco, torna-se pertinente evidenciar que a aquisição do comportamento de fumar é definida como um processo que se desenvolve através de uma série de estádios (preparação, o primeiro contacto, experimentação, uso regular e uso por dependência de nicotina) (Lloyd-Richardson et al., 2002) e esta progressão, na adolescência, é influenciada por vários factores biopsicossociais protectores e de risco (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992).

A literatura destaca que uma percentagem significativa (20-60%) de que fumadores informados dos riscos que o consumo de tabaco comporta, não têm intenção de deixar de fumar, mesmo sabendo que com a cessação erradicam grande parte dos riscos e revertem uma parte significativa dos efeitos nocivos que o consumo teve sobre a saúde (Anatchkova et al., 2006; Harmsen et al., 2006).

Desta forma, torna-se evidente que, ainda que muitas campanhas tenham conseguido aumentar a consciência dos riscos que determinados comportamentos comportam para a saúde, ainda não é claro que estas intervenções educativas aumentem a vontade de cessar o comportamento pejorativo (Goldberg & Fischhoff, 2000).

Com índices de mortalidade significativos, a cessação do consumo de tabaco tem sido focada como a acção mais importante que um fumador pode tomar, tendo em vista a conservação ou melhoria da sua saúde (Boudreaux, Carmack, Scarinci, & Brantley, 1998; Segan, Borland, & Greenwood, 2002).

Desta forma, Thompson et al. (2003) sublinham que é de crucial importância descobrir que características podem influenciar os fumadores a deixar de fumar e Goldberg e Fischhoff (2000) enfatizam que é necessário encontrar factores que se relacionem com a adesão a comportamentos que comportam um risco significativo para a saúde, no sentido de descobrir a melhor forma de promover a sua extinção.

A literatura tem focado de forma sistemática o estudo das percepções de riscos na área do tabagismo (Chapman, Wong, & Smith, 1993; Chassin, Presson, Rose, & Sherman, 2001; Moran, Glazier, & Armstrong, 2003; Oakes, Chapman, Borland,

Balmford, & Trotter, 2004; Willaing, Jørgensen, & Iversen, 2003) concluindo, de forma consistente, que os fumadores (em comparação com pessoas que não consumam tabaco) subestimam o risco que fumar pode comportar para a sua saúde. Todavia, pouco é ainda conhecido sobre as crenças de saúde na área do consumo de tabaco (Halpern & Warner, 1994).

A tentativa de compreensão de como e porquê determinadas populações manifestam comportamentos prejudiciais para a sua saúde tem vindo a ser há muito uma das questões centrais de investigação na área da Psicologia da Saúde (Rodin & Salovey, 1989).

No caso do consumo de tabaco têm sido estudadas, nas últimas décadas, as mais diversas populações: pessoas com doença cardiovascular (Clarke & Aish, 2002; Wilson, Wallston, King, Smith, & Heim, 1993), doentes psiquiátricos (Carosella, Ossip-Klein, & Owens, 1999), grávidas (Haslam & Draper, 2000), jovens militares (Orive et al., 2004) e estudantes universitários (Budd & Preston, 2001; Grube, McGree, & Morgan, 1986; Kelley et al., 2003; Martinelli, 1999; Prokhorov et al., 2003; Saules et al., 2004; Sejr & Osler, 2002; Steptoe et al., 2002).

Prokhorov et al. (2003) documentam uma tendência para o aumento da prevalência do consumo de cigarros na população americana de estudantes universitários. Apesar desta evidência, Steptoe et al. (2002) sublinham que o aumento do consumo de tabaco nos jovens universitários não tem recebido a devida atenção a nível mundial.

Além do aumento na prevalência, a investigação recente verifica-se uma crescente tendência de iniciação do consumo tabágico durante os anos da faculdade (Rigotti et al., 2000).

Na medida em que as crenças e os hábitos dos jovens integrados no ensino superior poderão vir a ter um impacto importante na formação de opinião e desenvolvimento de políticas no futuro (Steptoe et al., 2002), torna-se pertinente serem constituídos como alvo de uma análise mais pormenorizada.

Kelley et al. (2003) são da opinião de que existe ainda pouca literatura que compare as características dos jovens universitários fumadores com colegas não-fumadores.

No que concerne à prevalência do consumo de tabaco em jovens universitários portugueses (de cursos não ligados à área da saúde) é evidenciado num estudo de Steptoe et al. (2002) 47% em relação aos homens e 42% no que concerne às mulheres (contudo, sublinha-se que o estudo contava com uma amostra de pequena dimensão).

Portugal destaca-se como o país – de entre os 23 países estudados – que obteve maior prevalência para os homens (a Grécia e a Coreia obtêm 44%), mas não o valor de prevalência mais elevado para as mulheres (Espanha e Bulgária manifestam uma prevalência na ordem dos 46%).

A literatura evidencia que a investigação da população fumadora e ex-fumadora tem integrado de forma sistemática a análise da mudança intencional do comportamento de fumar, nomeadamente através da exploração dos estádios de mudança, segundo o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (Anatchkova et al., 2006; Boudreaux, Francis, Taylor, Scarinci, & Brantley, 2003; Carosella et al., 1999; Clarke & Aish, 2002; Fava, Velicer, & Prochaska, 1995; Haslam & Draper, 2000; Kristeller, Rossi, Ockene, Goldberg, & Prochaska, 1992; Norman, Velicer, Fava, & Prochaska, 2000; Oakes, Chapman, Borland, Balmford, & Trotter, 2004; Prochaska et al., 1992; Prochaska, 1996; Prokhorov et al., 2003; Segan, Borland, & Greenwood, 2002, 2005; Snow, Prochaska, & Rossi, 1992).

Neste seguimento tem vindo a ser reforçada a evidência de que as pessoas podem modificar comportamentos considerados como problemáticos sem recorrer a psicoterapia formal (Prochaska et al., 1992; Prochaska, Velicer, Guadagnoli, & Rossi, 1991). Assim, a auto-mudança tem vindo a ser documentada no campo das adicções, como por exemplo, na obesidade, no alcoolismo e no tabagismo (Prochaska et al., 1992).

O modelo transteórico tem-se destacado como um dos mais eminentes modelos no estudo da cessação tabágica, bem como noutras áreas de saúde, como modelo teórico de explanação dos estádios de mudança, mas também como modelo psicoterapêutico (DiClemente, 1999; Etter & Sutton, 2002; Herzog, Abrams, Emmons, Linnan, & Shadel,

1999; Prochaska et al., 2005; Segan et al., 2002, 2005; Xiao, O'Neill, Prochaska, Kerbel, Brennan, & Bristow, 2001).

Este modelo salienta-se por propor uma explicação teórica do processo de modificação intencional de comportamentos e tem sido aplicado nas mais diversas áreas de saúde: na adesão à prática de exercício físico (Boudreaux et al., 2003; Cropley, Ayers, & Nokes, 2003; Fahrenwald & Walker, 2003; Guillot, Kilpatrick, Hebert, & Hollander, 2004), na prevenção da gravidez e de doença, nomeadamente VIH (Hacker, Brown, Cabral, & Dodds, 2005), na adesão ao rastreio do cancro da mama (Spencer, Pagell, & Adams, 2005) e no alcoolismo (Prochaska et al., 2005).

Refere-se que foi a partir de um estudo com fumadores a tentar deixar de fumar que, em 1982, DiClemente e Prochaska documentam a primeira formulação deste modelo (Fava et al., 1995; Prochaska et al., 1992; Xiao et al., 2001). Sublinha-se ainda que é na área da desabituação tabágica que assenta a maior parte do trabalho de elaboração do modelo em questão.

Contudo, a aplicabilidade do modelo transteórico há muito que transcende esta área: em qualquer população, a qualquer momento, para qualquer comportamento relacionado com a saúde, pode averiguar-se que cada pessoa está num dos cinco estádios de mudança do modelo transteórico (Marks, 1998).

Modelo Transteórico

Investigações prévias têm evidenciado que os fumadores variam no que concerne à intenção de mudar o seu comportamento de consumo de tabaco (Anatchkova et al., 2006; Boudreaux et al., 1998; Fava et al., 1995; Norman, Velicer, Fava, & Prochaska, 2000).

Nas últimas décadas assistiu-se a um crescente enfoque científico no processo de auto-mudança, nomeadamente, no âmbito do estudo do tabagismo (Prochaska et al., 1992).

Em investigações desenvolvidas (de forma retrospectiva, longitudinal e transversal) sobre a questão de como as pessoas deixam de fumar por elas próprias, sobressai a evidência de que os fumadores “movimentam-se” através de uma série de estádios de mudança, no seu esforço de cessar o consumo de tabaco (Fava et al., 1995; Prochaska et al., 1994).

Neste seguimento, destaca-se o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (Prochaska et al., 1992), ao qual é central a noção de estádios de mudança. Este modelo, que deriva dos trabalhos de Prochaska e DiClemente no início dos anos 80, deve a sua denominação ao esforço de conjugar vários conceitos teóricos na explicação de como as pessoas modificam intencionalmente o seu comportamento: contempla a existência de 10 processos psicológicos de mudança, ao longo de cinco estádios de mudança, conglomerando também teoricamente conceitos como o balanço decisional (avaliação dos prós e contras da mudança), a percepção da intensidade dos estímulos situacionais para fumar e a auto-eficácia situacional, isto é, a confiança que a pessoa tem na sua capacidade de resistir a estes estímulos (Anatchkova et al., 2006; Fava et al., 1995; Norman et al., 2000; Ruggiero, Tsoh, Everett, Fava, & Guise, 2000; Sutton, 2001).

Cada um dos estádios representa igualmente um determinado período de tempo e um conjunto de intenções, atitudes e comportamentos (comuns aos indivíduos que se encontrem no mesmo estádio), necessários para a passagem ao estádio seguinte (Prochaska, et al., 1992).

Etter e Sutton (2002) sublinham que o conceito de estádio de mudança incorpora quatro variáveis: comportamento habitual de consumo tabágico, tentativas de cessação deste consumo, intenção de mudança (isto é, de deixar de fumar) e tempo decorrido desde o início da cessação efectiva.

O modelo transteórico (Prochaska et al., 1992; Prochaska et al., 2005) é assim constituído por cinco estádios de mudança, que representam a intenção e prontidão para mudar o comportamento de consumo de tabaco. O estádio da *Pré-contemplação* é caracterizado pela inexistência da intenção de deixar de fumar num futuro próximo – seis

meses – e/ou a ausência de percepção do consumo de tabaco como um problema (crença de que as consequências são insignificantes) e/ou desistência da intenção de mudar o comportamento de fumar pelo facto da pessoa se sentir desmoralizada. Poderá surgir uma atitude defensiva por parte das pessoas neste estágio caso sejam pressionadas para deixar de fumar, quando ainda não se sentem preparadas para tal.

O segundo estágio, denominado *Contemplação*, define-se pela percepção do consumo de tabaco como um problema e pela intenção de deixar de fumar (no tempo de seis meses), mas sem ainda estabelecer um compromisso pessoal com a acção de cessação (a pessoa sabe a mudança que quer fazer, mas ainda não está preparada para a fazer). Neste estágio a ponderação dos prós e contras do consumo tabágico e soluções hipotéticas para este recém-identificado problema assume particular importância. Assim, ainda que as pessoas que se encontram neste estágio tenham uma maior probabilidade de reconhecer os benefícios da cessação tabágica, as perdas associadas ao deixar de fumar são ainda sobrevalorizadas e, desta forma, é usual a ambivalência em relação à supressão do consumo de cigarros.

Nesta fase de mudança as pessoas debatem-se com as suas avaliações positivas do consumo de tabaco e com a quantidade de esforço, energia e perda necessárias para ultrapassar o problema (Prochaska et al., 1992).

No estágio seguinte – *Preparação* – assiste-se à primeira combinação entre intenção e comportamento, ou seja, verifica-se a manifestação da vontade de deixar de fumar no tempo de um mês e a existência de (pelo menos) uma tentativa de cessação (ainda que sem sucesso na manutenção deste comportamento mais do que 24 horas) durante o ano antecedente. Apesar das pessoas no estágio de preparação manifestarem pequenas mudanças comportamentais (por ex., diminuir o número de cigarros consumidos ou adiarem o consumo do primeiro cigarro do dia), elas não têm ainda um comportamento de total abstinência de consumo; todavia, manifestam a intenção de o fazer num futuro próximo (trinta dias). No passado (e, no caso de alguns autores no presente) DiClemente e Prochaska consideraram o estágio da preparação como pertencendo ao início estágio seguinte (*Acção*), não sendo assim reconhecido como um estágio em si mesmo. Contudo,

o estágio da preparação é actualmente considerado por grande parte dos autores como um estágio distinto dos demais.

O estágio da *Acção* consta na modificação observável do comportamento adictivo e/ou do ambiente onde se enquadra, visando a cessação do consumo de tabaco; para a pessoa ser enquadrada neste estágio de mudança deverá apresentar um comportamento de cessação tabágica que dure entre um dia e seis meses. A obtenção e manutenção das mudanças comportamentais deste estágio envolvem um investimento significativo de tempo e energia e costumam ser reconhecidas pelas pessoas próximas do (já) ex-fumador.

Por fim, o estágio da *Manutenção* assenta no esforço para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante o estágio anterior através da estabilização da mudança comportamental (isto é, da cessação do consumo). A pessoa é categorizada como estando neste estágio quando manifesta um comportamento de cessação tabágica durante um período de tempo superior a seis meses. Esta fase (que não é estática, mas antes de contínua consolidação da mudança adquirida) estende-se por um período indeterminado (poderá mesmo decorrer durante o resto da vida do sujeito) (Prochaska et al., 1992; Prochaska, 1996; Prochaska et al., 2005).

É também referido na literatura (Guillot et al., 2004; Prochaska, 1996) um sexto estágio, designado como *Término*, definido pela aquisição do novo comportamento de abstinência que é nesta fase automático, manifestando-se sem qualquer esforço.

A progressão de um estágio para o seguinte (ou para o anterior, dado que no tabagismo a recaída é mais regra do que excepção) é concomitante à mudança de comportamento, sendo que a mudança comportamental é vista, não como um acontecimento estático em si, mas antes como um processo (Segan et al., 2002; Xiao et al., 2001).

A progressão nos estádios não é linear, fala-se assim de um movimento em espiral, ou seja, as pessoas irão movimentar-se da pré-contemplação para a manutenção (passando por todos os estádios intermédios), sendo provável verificar-se um (ou mais) retrocesso(s)

a estádios anteriores, até que a modificação estável do comportamento em questão seja atingida (Petrocelli, 2002; Prochaska et al., 1992; Ruggiero et al., 2000; Sutton, 2001).

As teorias que guiam a investigação desenvolvida no âmbito dos comportamentos de saúde integram amiúde diversas crenças de expectativa (Smith, Wallston, & Smith, 1995). A teoria refere que uma maior percepção de controlo pessoal (seja um *locus* de controlo interno ou elevada auto-eficácia) está associada a um comportamento que se orienta no sentido de ter/manter uma boa saúde (Smith, Wallston, & Smith, 1995). O'Leary (1992) sublinha também que as expectativas de resultado (como é o exemplo da auto-eficácia) têm um papel relevante no desempenho de comportamentos de saúde.

Ainda que não tenha sido uma variável estudada por Haslam e Draper (2000) na sua investigação no âmbito do tabagismo, estes autores referem que a auto-eficácia é uma variável de expectativa pertinente de ser estudada quando se investiga a área da cessação tabágica.

Auto-eficácia Situacional

Sincrónica à investigação no âmbito dos estádios de mudança, conforme conceituados por Prochaska e DiClemente, tem-se destacado a variável de auto-eficácia (Prochaska et al., 1994).

Segundo a formulação que Bandura faz da Teoria da Aprendizagem Social, a auto-eficácia (isto é, a crença na capacidade do próprio de ter um determinado comportamento, numa situação particular) é o mecanismo mais central do funcionamento humano: a menos que a pessoa se percepcione como capaz de levar a cabo uma acção (que conduzirá ao efeito desejado), jamais incorrerá nesse empreendimento ou será perseverante face às dificuldades (1997, 1999).

De acordo com o modelo transteórico (Prochaska et al., 2005), a variável auto-eficácia expressa-se no grau de crença na capacidade de concretizar e manter a mudança

do comportamento de fumar e no grau de resistência à recaída, isto é, retrocesso a um estágio anterior.

Vários autores enfatizam que a auto-eficácia desempenha um papel fundamental em todo o processo de mudança do comportamento de abuso de substâncias, desde o estágio inicial, passando pela concretização da mudança do comportamento, pela recuperação da recaída e pela manutenção da abstinência a longo prazo (Bandura, 1999; Prochaska et al., 1991).

A auto-eficácia depende da experiência passada em relação ao comportamento, da influência de outros, do estado psicológico e das expectativas de resultado. Este conceito tem vindo a ser referido como um elemento fulcral no âmbito da cessação tabágica (Bandura, 1994; Etter, Bergman, Humair, & Perneger, 2000; Prochaska et al., 1994; Segan et al., 2005) e um auxiliar na explicação da progressão descrita pelos indivíduos ao longo dos cinco estádios de mudança (Boudreaux et al., 1998; Segan et al., 2002).

A literatura documenta evidências de que a auto-eficácia específica para a habituação tabágica prediz de uma forma mais precisa a cessação, do que a dependência fisiológica, o estilo de *coping*, a motivação, a confiança no tratamento e as expectativas em relação aos ganhos obtidos pela cessação (Boudreaux et al., 1998).

Destaca-se ainda que os valores desta variável, obtidos após deixar de fumar, predizem taxas de abstinência a longo prazo, bem como possíveis recaídas (Bandura, 1999; Baer, Holt & Lichtenstein, 1986; Marks, 1998).

Por ter vindo a demonstrar uma forte associação com a mudança de comportamento (Boudreaux et al., 1998; Etter et al., 2000; Marks, 1998; Norman et al., 1998) a auto-eficácia é incorporada em inúmeras investigações no âmbito do estudo dos estádios de mudança (Baer et al., 1986; Boudreaux et al., 1998; Boudreaux et al., 2003; Carosella et al., 1999; Fava et al., 1995; Guillot et al., 2004; Martinelli, 1999; Norman et al., 1998; Prochaska et al., 1991; Prochaska et al., 1994; Prochaska et al., 2005; Segan et al., 2005; Snow et al., 1992). E, apesar do modelo transteórico incorporar o conceito de auto-eficácia, na investigação efectuada na área dos estádios de mudança e auto-eficácia, esta

área da saúde, também as crenças de controlo sobre a saúde do indivíduo adquiriram um lugar de pertinência na investigação realizada na área da Psicologia da Saúde (Wallston, 1992).

Wallston (1992) defende que as percepções das pessoas sobre o controle que detêm sobre a sua saúde contribuem de forma determinante para a manutenção/extinção de comportamentos directamente relacionados com a sua saúde e, conseqüentemente, com o próprio estado de saúde (isto é, ausência ou presença de doença). Neste seguimento, Smith et al. (1995) sublinham que a percepção de competência para a saúde poderá variar entre pessoas saudáveis e pessoas doentes.

É também evidenciado que pessoas que percebem pouco controlo pessoal sobre a sua saúde têm menor probabilidade de manifestar comportamentos que visem a promoção de saúde (Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Martinelli, 1999).

E, ainda que a variável *locus* de controlo tenha ocupado durante muito tempo uma posição de destaque no estudo dos comportamentos relacionados com saúde, Wallston (1992) refere que conceitos de expectativa como a auto-eficácia ou a percepção de competência podem preencher a respectiva posição na relação dinâmica entre expectativa, acção (comportamento) e resultado (ou efeito), no âmbito da Teoria da Aprendizagem Social.

Wallston (1992) aplicou os princípios da Teoria da Aprendizagem Social à área da saúde, preconizando assim que o envolvimento de uma pessoa em comportamentos de saúde é função da interacção de duas variáveis: (a) da percepção de competência para a saúde (isto é, o grau de crença de que as acções do próprio influenciam o seu estado de saúde e o grau de confiança na sua capacidade para desempenhar, com sucesso, comportamentos necessários relacionados com a saúde) e (b) o valor da saúde (ou seja, o grau de valorização da saúde do próprio).

Smith et al. (1995) evidenciam que as variáveis de auto-eficácia ou competência deverão estar correlacionadas com outras crenças de saúde que sejam relevantes.

A variável de valor da saúde torna-se assim pertinente de averiguar e, tal como é evidenciado num estudo de Hanna, Faden e Dufour (1994) na área do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias nocivas para a saúde, não se pode assumir que diferentes pessoas valorizem a da sua saúde da mesma forma.

Valor da Saúde

Tal como decorre da Teoria da Aprendizagem Social, a percepção do resultado ao qual determinado comportamento pode conduzir, bem como o valor desse mesmo resultado, influenciam a adopção de determinados comportamentos por parte das pessoas (Chassin, Presson, Rose, & Sherman, 2001; Ribeiro, 1998).

A percepção da saúde, presente e futura, tem sido evidenciada como um importante factor relacionado com o aumento da probabilidade de uma cessação tabágica bem sucedida e fumadores motivados para a manutenção/melhoramento da sua saúde (motivação interna) têm melhores probabilidades de conseguir parar de fumar do que fumadores que manifestavam uma motivação externa (por ex., influência social) (Clarke & Aish, 2002).

Chassin et al. (2001) referem que, durante os anos do ensino secundário, os adolescentes fumadores por um lado percebem o consumo de tabaco como perigoso para a saúde, por outro lado valorizam pouco a saúde. À luz destas evidências compreende-se que os adolescentes continuem a adoptar o comportamento de fumar que, apesar das consequências nocivas percebidas, conduzirá a resultados altamente valorizados, como é o caso da identificação com os pares ou aceitação social. Os autores referem que é apenas a partir dos vinte anos que se verifica um aumento da valorização da saúde.

A literatura evidencia que uma valorização significativa da saúde, assim como um locus de controlo interno para a saúde, constituem variáveis importantes na predição de sucesso num programa de cessação tabágica (Lau, Hartman, & Ware, 1986).

Lau et al. (1986) documentam que crenças de controlo sobre a saúde, aliadas a uma valorização desta, encontram-se fortemente correlacionadas com a manifestação de comportamentos de saúde preventivos; noutra estudo é destacado que o valor da saúde por si só prediz a manifestação de comportamentos de cariz protector para a saúde (Kristiansen, 1985).

Assim, se uma pessoa acredita que controla a sua saúde e tem acções para manter uma boa saúde, então é esperado que valorize a sua saúde (Lau et al., 1986).

Oleckno e Blacconiere (1990) referem que as estudantes universitárias femininas preocupam-se mais com a sua saúde, do que os estudantes masculinos, manifestando maior responsabilidade com a saúde, melhores hábitos nutricionais e maior suporte interpessoal.

O conceito de saúde pode abranger aspectos físicos, psicológicos e sociais. A literatura evidencia que é possível ordenar estes aspectos; assim, o valor da saúde remete, em primeira instância, para a saúde física (Lau et al. 1986). É referido pelos mesmos autores que o estado de saúde não se correlaciona com o valor que a pessoa atribui à sua saúde.

Chassin et al. (2001), num estudo com fumadores, estudaram, entre outras variáveis, o valor atribuído à saúde, utilizando um único item: “o objectivo de atingir um estilo de vida saudável tem uma influência importante no meu comportamento” (pp. 379). Os autores concluem que, em comparação com não-fumadores, os fumadores valorizam menos a sua saúde.

De acordo com Grube et al. (1986), os estudantes universitários fumadores atribuem menos valor ao conceito de saúde do que os não-fumadores.

Lau et al. (1986) são da opinião de que a saúde como valor deveria ser integrada de forma sistemática na investigação desenvolvida no âmbito dos comportamentos relacionados com a saúde.

MÉTODO

Objectivos

O presente estudo pretende averiguar se fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais diferem entre si, no que concerne ao valor que atribuem à sua saúde.

Esta investigação tem também o objectivo de testar se os níveis de percepção de competência para a saúde diferem entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais.

Pretende-se ainda verificar se existem diferenças no que concerne aos níveis de auto-eficácia para a capacidade de abstenção de fumar (auto-eficácia situacional), entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais.

Este estudo tem igualmente o objectivo de averiguar se o valor atribuído à saúde varia consoante os estádios de mudança (para a cessação de consumo de tabaco) nos quais os participantes se encontram.

Pretende-se testar também se a variável percepção de competência para a saúde se distribui de forma idêntica nos cinco estádios de mudança.

É ainda objectivo deste estudo verificar se existem diferenças significativas entre os cinco estádios de mudança, no que concerne à auto-eficácia situacional.

A presente investigação tem ainda o objectivo de averiguar se existem diferenças significativas em relação à percepção de competência para a saúde, entre participantes que tenham o conhecimento de terem uma doença e participantes que não tenham o conhecimento de ter qualquer doença diagnosticada.

É intuito deste estudo verificar se existe uma associação entre o valor da saúde e a percepção de competência para a saúde.

É igualmente objectivo desta investigação verificar se existe uma associação entre o valor da saúde e a auto-eficácia situacional.

Pretende-se averiguar se as variáveis auto-eficácia situacional (auto-eficácia para a abstenção de fumar) e percepção de competência para a saúde se encontram correlacionadas.

Constitui-se também como foco de investigação verificar se a situação de consumo de tabaco dos participantes se encontra correlacionada com a situação de consumo de tabaco do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge (não fumador, fumador, ex-fumador ou fumador ocasional), no caso das pessoas que têm uma relação aquando da recolha de dados.

É igualmente objectivo deste estudo averiguar se existe uma associação entre a presença de um diagnóstico de doença e o valor atribuído à própria saúde.

Pretende-se averiguar se existem diferenças significativas entre pessoas que tenham uma doença diagnosticada e indivíduos que não tenham diagnóstico algum, no que concerne à percepção de competência para a saúde.

Por fim, é objectivo da presente investigação caracterizar uma amostra de estudantes do ensino superior ao nível sócio-demográfico (idade, sexo, habilitações literárias, exercício de profissão concomitante à frequência universitária, estado civil), quanto à situação de consumo de tabaco dos próprios participantes (fumador regular, ex-fumador ou fumador ocasional) e do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge, se aplicável (não fumador, fumador, ex-fumador ou fumador ocasional), número de cigarros consumidos pelo próprio (no presente, para fumadores regulares e fumadores ocasionais, ou no passado, no caso de ser ex-fumador), idade de início do consumo e idade de cessação (para os ex-fumadores), existência de um diagnóstico de doença e, finalmente, estágio de mudança em que se encontra no momento da recolha de dados (pré-contemplação, contemplação, acção, preparação ou manutenção).

Participantes

Os participantes da presente investigação são alunos do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), do 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos da Licenciatura de Psicologia Aplicada, do 1º e 3º ano da licenciatura de Reabilitação e Inserção Social e do 4º ano da licenciatura de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental. No total, preencheram os questionários de forma válida 380 participantes.

O critério de inclusão consistia em ter fumado pelo menos cem cigarros em toda a vida (definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde para fumadores).

No que concerne à distribuição dos participantes pelas três situações de consumo em análise, isto é, fumadores regulares (278 participantes ou 73,2%), ex-fumadores (63 alunos ou 16,6%) e fumadores ocasionais (39 sujeitos; 10,3%) verifica-se que, para um $\alpha=0,05$, não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição do número de participantes pelos grupos.

Tabela 1 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos três grupos de consumo (Fumadores regulares vs. Ex-fumadores vs. Fumadores ocasionais)

	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Fumadores regulares	192,30	1,088	0,580
Ex-fumadores	177,89		
Fumadores ocasionais	198,03		

No que respeita ao estágio de mudança, verifica-se que neste estudo a maior parte dos participantes situa-se nos dois primeiros estádios: pré-contemplação (42,6%) e contemplação (33,4%). A tabela seguinte resume a distribuição dos participantes pelos cinco estádios.

Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação ao estágio de mudança

	Frequência	Porcentagem
Pré-contemplação	162	42,6
Contemplação	127	33,4
Preparação	12	3,2
Ação	26	6,8
Manutenção	48	12,6
Não permitiu classificação (por falta de informação)	5	1,3
Total	380	100

Para averiguar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os cinco grupos, no que concerne à distribuição dos participantes, procedeu-se à aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Constatou-se que, para um $\alpha=0,05$, não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne à distribuição dos participantes pelos cinco estádios de mudança.

Tabela 3 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos cinco estádios de mudança

	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Pré-contemplação	189,83	5,626	0,229
Contemplação	195,20		
Preparação	228,42		
Ação	168,85		
Manutenção	163,06		

Em relação ao sexo, 82,1% da amostra é feminina: participaram neste estudo 68 homens e 312 mulheres.

Quando se procede à comparação dos três grupos quanto à distribuição desta variável, verifica-se que não existem diferenças significativas quanto à sua distribuição nos três grupos.

Tabela 4 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	χ^2	<i>p</i>
Fumadores regulares	0,779	0,677
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

O mesmo acontece quando se analisa a distribuição da variável sexo pelos cinco estádios de mudança: não existem diferenças estatisticamente significativas entre os cinco estádios no que concerne à distribuição da variável sexo.

Tabela 5 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo pelos cinco estádios de mudança

	χ^2	<i>p</i>
Pré-contemplação	7,226	0,124
Contemplação		
Preparação		
Acção		
Manutenção		

A tabela 6 apresenta a caracterização da amostra quanto às habilitações literárias (para tornar a análise mais discriminativa optou-se por considerar como habitações literárias o grau académico mais elevado ou – na ausência de um grau académico – o último ano lectivo frequentado):

Tabela 6 – Caracterização da amostra em relação às habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
12º ano (Ensino Secundário)	105	27,6
1º ano (Licenciatura)	105	27,6
2º ano	57	15
3º ano	93	24,5
4º ano	9	2,4
Bacharelato	3	0,8
Licenciatura	6	1,6
Mestrado	2	0,5
Total	380	100

Para averiguar se os participantes se distribuíam de forma homogénea pelos 3 categorias de consumo de tabaco (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais), no que respeita às habilitações literárias, procedeu-se à aplicação do teste de Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo¹. Tal como é evidenciado na tabela 7, não existem diferenças estatisticamente significativas para a distribuição da variável habilitações literárias nos 3 grupos.

Tabela 7 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável habilitações literárias (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	χ^2	<i>p</i>
Fumadores regulares	18,051	0,330
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

Para averiguar se a mesma variável se distribuía de forma semelhante nos cinco estádios de mudança, procedeu-se igualmente à aplicação do teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo ($\chi^2=39,363$; $p=0,208$). Desta forma, não se rejeita a hipótese de que a distribuição das habilitações literárias são independentes do estádio de mudança, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os cinco estádios de mudança para a distribuição desta variável.

No que concerne à idade dos participantes verifica-se que a média para a amostra é 23 anos ($M=22,59$; $DP=4,375$; *mínimo*=17; *máximo*=47).

Não existem diferenças significativas entre os três grupos (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais) em relação à distribuição da idade, tal como é evidenciado pela Tabela 8.

¹ Na ausência de todas as condições necessárias para a aplicação do teste de Qui-quadrado, procedeu-se à utilização deste mesmo teste, mas com simulação de Monte Carlo que procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de um conjunto elevado de simulações, baseado na geração aleatória de amostras a partir do conhecimento empírico da população sob estudo (Maroco, 2003).

Tabela 8 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Fumadores regulares	190,42	2,944	0,229
Ex-fumadores	205,29		
Fumadores ocasionais	167,22		

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($\alpha=0,05$) no que respeita à distribuição da variável idade pelos cinco estádios de mudança, tal como é evidenciado na tabela seguinte. Desta forma, existe pelo menos um estádio de mudança que difere de pelo menos um dos restantes estádios, no que concerne à distribuição da variável idade, sendo que, para esta variável, estes cinco grupos não são homogéneos.

Tabela 9 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (pré-contemplação vs. contemplação vs. preparação vs. acção vs. manutenção)

	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Pré-contemplação	182,44	11,236	0,024*
Contemplação	186,94		
Preparação	163,42		
Acção	157,69		
Manutenção	232,13		

A tabela 10 caracteriza a amostra no que respeita ao consumo de cigarros. A contabilização dos cigarros é feita por mês (no presente, para os fumadores regulares e ocasionais, e no passado, para os ex-fumadores)

Tabela 10 – Caracterização da amostra em relação ao número de cigarros consumidos por mês (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	N.º de participantes	Média de cigarros fumados (por mês)	Desvio Padrão	Máx.	Mín.
Fumadores regulares	276	349	200,97	1200	30
Ex-fumadores	46	397	252,42	1050	30
Fumadores ocasionais	39	12	7,24	25	1
Não respondeu	19	-----	-----	-----	-----
Total	380	-----	-----	-----	-----

No que concerne à idade que os participantes tinham quando começaram a fumar, verifica-se neste estudo uma média igual a 15 anos (Média=15,44; DP=2,305; Mínimo: 10; Máximo:34). Quanto à idade de cessação observa-se que os ex-fumadores deste estudo deixaram de fumar entre os 13 e os 36 anos (Média=21,13; DP=4,046).

Em relação ao estado civil, verifica-se que a maior parte dos participantes é solteiro (91,1%), sendo uma minoria casada (6,1%).

Tabela 11 – Caracterização da amostra relativamente ao estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	346	91,1
Casado	23	6,1
Divorciado	4	1,1
União de Facto	4	1,1
Não responde	3	0,8
Total	380	100

Para averiguar se existiam diferenças significativas entre os três grupos em relação ao estado civil, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo. Conclui-se que o estado civil é independente da situação de consumo, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

Tabela 12 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável estado civil (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	χ^2	<i>p</i>
Fumadores regulares	10,533	0,109
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

Para investigar se a variável estado civil se distribuía de igual forma pelos cinco estádios de mudança, procedeu-se à aplicação do Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo ($\alpha=0,05$). Assim, conclui-se que a distribuição da variável estado civil é independente do estádio de mudança ($\chi^2=19,650$; $p=0,086$); desta forma, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os cinco grupos no que toca à distribuição do estado civil dos participantes.

Os participantes foram igualmente questionados se, caso tivessem uma relação, o(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge era não fumador(a), fumador(a), ex-fumador(a) ou fumador(a) ocasional. A tabela 13 resume esta informação:

Tabela 13 – Caracterização da amostra relativamente à situação de consumo de tabaco por parte do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge

Situação de consumo do namorado/companheiro/cônjuge	Frequência	Percentagem
Fumador	139	36,6
Ex-fumador	26	6,8
Não fumador	81	21,3
Fumador ocasional	34	8,9
Não está numa relação actualmente	91	23,9
Não responde	9	2,4
Total	380	100

Para averiguar se existiam diferenças significativas entre os três grupos no que concerne à distribuição desta variável procedeu-se ao teste do Qui-Quadrado.

Verifica-se que a distribuição da variável situação de consumo do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge não é independente da situação de consumo da participante ($\chi^2=57,081$; $p=0,000$). Desta forma, existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição desta variável pelos três grupos (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais)

No que concerne à distribuição da mesma variável pelos cinco estádios de mudança, verifica-se que, após a aplicação do teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, a situação de consumo do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge não é independente do estádio de mudança no qual os participantes se encontram. Assim, existem diferenças estatisticamente significativas entre os cinco estádios, no que respeita à distribuição desta variável, tal como é evidenciado na tabela 14.

Tabela 14 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável situação de consumo do(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge (pré-contemplação vs. contemplação vs. preparação vs. acção vs. manutenção)

	χ^2	<i>P</i>
Pré-contemplação	73,669	0,000*
Contemplação		
Preparação		
Acção		
Manutenção		

Em relação à situação profissional (isto é, se os participantes eram estudantes ou trabalhadores-estudantes), refere-se que 81,8% da amostra era estudante a tempo inteiro enquanto a 17,6% acumulava uma profissão com a frequência na faculdade.

Tabela 15 – Caracterização da amostra por grupos relativamente à situação profissional

Situação Profissional	Frequência	Percentagem
Estudante	311	81,8
Trabalhador-estudante:	67	17,6
- Assistente de Call center	5	1,3
- Funcionária Administrativa	11	2,9
- Gestor comercial	4	1,1
- Técnico informático	4	1,1
- Outros	44	11,6
Não responde	2	0,5
Total	380	100

Para averiguar se existiam diferenças significativas entre os três grupos em relação à variável situação profissional, procedeu-se à aplicação do teste de Qui-quadrado. Tal como é evidenciado na tabela 16 não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à forma como esta variável se distribui nos três grupos.

Tabela 16 – Teste de Qui-quadrado relativamente à situação profissional – estudante ou trabalhador-estudante (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	χ^2	<i>P</i>
Fumadores regulares	3,658	0,161
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

A mesma análise foi efectuada para os estádios de mudança, no sentido de saber se a variável situação profissional se distribuía de forma semelhante nos cinco estádios. Após a aplicação do Qui-quadrado ($\alpha=0,05$) pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição da variável em análise pelos estádios de mudança ($\chi^2=10,752$; $p=0,029$). Assim, os cinco grupos não são homogéneos para a distribuição da variável situação profissional.

Os participantes foram também questionados sobre a posse de alguma doença diagnosticada, ao que responderam afirmativamente 8,9% da amostra total (ou seja, 34 participantes). De acordo com a tabela 17 verifica-se que a distribuição desta variável (ter uma doença diagnosticada) é independente da situação de consumo (isto é, se o participante é fumador regular, ex-fumador ou fumador ocasional).

Tabela 17 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável existência de uma doença diagnosticada (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	χ^2	p
Fumadores regulares	3,091	0,213
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

Foi averiguado igualmente se existiam diferenças significativas entre os cinco estádios de mudança para a distribuição desta variável (existência do diagnóstico de uma doença) concluindo-se, após a aplicação do Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, que não existem diferenças significativas entre os vários estádios para a distribuição desta variável ($\chi^2=3,265$; $p=0,516$).

O presente estudo utiliza um método de amostragem não-casual, nomeadamente uma amostragem por conveniência (Hill & Hill, 2002); obteve-se assim uma amostra não probabilística, ou seja, não aleatória (D'Oliveira, 2002).

Desenho da Investigação

A presente investigação é um estudo observacional (descritivo), na medida em que não se efectuou qualquer intervenção (manipulação de variáveis), pretendendo-se descrever informação relacionada com crenças específicas e comparar grupos que diferem quanto ao consumo de tabaco (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais) e quanto ao estágio de mudança em que se encontram (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção). Refere-se ainda que a investigação é transversal, dado que a recolha de informação ocorre num único momento (Ribeiro, 1999).

A situação de consumo (fumador regular, ex-fumador e fumador ocasional) e o estágio de mudança, de acordo com o modelo transteórico (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção), constituem as variáveis principais deste estudo. Constituíram-se como variáveis secundárias as variáveis psicológicas investigadas (valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional), bem como as variáveis sócio-demográficas, de caracterização do consumo de tabaco e existência (ou não) de um diagnóstico clínico.

Em investigações anteriores (por ex., Haslam & Draper, 2000) definiu-se fumador regular como todo o indivíduo que fume pelo menos um cigarro por dia. Neste estudo, definiu-se como fumador regular todos os participantes que fumassem 30 ou mais cigarros por mês, sendo caracterizado como fumador ocasional todos os participantes que fumasse 29 ou menos cigarros por mês. Para serem considerados ex-fumadores os participantes teriam de ter decidido deixar de fumar e estar abstinentes há pelo menos um dia.

Existem duas metodologias diferentes de auto-preenchimento para avaliar os estádios de mudança: 1) através de um pequeno conjunto de perguntas (de resposta mutuamente exclusiva) que conceitua os estádios de mudança como uma variável categorial discreta e 2) pela aplicação de questionários multi-dimensionais que formulam os estádios de

mudança como uma variável contínua (cada estágio é medido por uma série de itens que se agrupam em sub-escalas) (Prochaska et al., 1992; Sutton, 2001).

Optou-se por utilizar a primeira metodologia dado que a investigação desenvolvida nesta área tem recorrido a este tipo de medida para os estádios de mudança de forma sistemática (Anatchkova et al., 2006; Boudreaux et al., 2003; Carosella et al., 1999; Clarke & Aish, 2002; Cropley et al., 2003; Haslam & Draper, 2000; Fava et al., 1995; Guillot et al., 2004; Herzog et al., 1999; Norman et al., 2000; Prokhorov et al., 2003).

Material

Na presente investigação foi aplicado um questionário para averiguar os estádios de mudança (de acordo com o modelo transteórico) e três escalas para investigar as variáveis secundárias em estudo, nomeadamente a *Health Value Scale*, para avaliar o valor da saúde, a *Perceived Health Competence Scale*, para averiguar a percepção de competência para a saúde e o *Smoking Self-efficacy Questionnaire* (SEQ-12), para medir a auto-eficácia situacional. Entregou-se ainda aos participantes um questionário para recolher informação sócio-demográfica, de caracterização do consumo de tabaco e para explorar a existência de doença(s) diagnosticada(s), construído para o efeito².

Na ausência de uma adaptação prévia para a população portuguesa do Questionário para avaliação dos estádios de mudança (Etter & Perneger, 2002), da *Perceived Health Competence Scale* (Smith, Wallston, & Smith, 1995) e da *Smoking Self-efficacy Questionnaire* (SEQ-12) (Etter, Bergman, Humair, & Perneger, 2000), procedeu-se a uma tradução dos instrumentos originais (os dois primeiros em língua inglesa e o terceiro em língua francesa) e subsequente retro-tradução independente, para limitar a possibilidade de erro na tradução das questões [apesar de existir uma tradução da *Health*

² Compilação dos dois questionários e das três escalas dados aos participantes em anexo (Anexo 1)

Value Scale (Lau, Hartman, & Ware, 1986), optou-se por fazer uma nova tradução – e consequente retro-tradução independente – do instrumento original, dado haver discordância quanto à tradução de alguns itens e desconhecimento sobre a existência de retro-tradução independente].

Sublinha-se que foi solicitado um pedido de autorização aos respectivos autores, com consequente permissão, para a tradução e uso dos referidos instrumentos na presente investigação.

Avaliou-se a consistência interna de todas as escalas através do cálculo do *Alpha* (α) de Cronbach (dado pela média das inter-correlações entre todos de itens que compõem a escala). É recomendado que, para a consistência interna ser considerada boa, o α seja superior a 0,80, sendo, contudo, aceitáveis valores superiores a 0,60 (Ribeiro, 1999).

Questionário para Averiguar os Estádios de Mudança

Em 2002, Etter e Sutton propuseram um questionário de averiguação de estádios de mudança³, baseado no modelo transteórico, específico para fumadores e ex-fumadores. O instrumento apresenta melhoramentos em relação a questionários semelhantes já existentes (nomeadamente, a classificação de fumador de acordo com a definição da OMS).

O questionário é constituído por três perguntas. A primeira permite averiguar o estatuto de fumador conforme a definição da OMS (WHO, 1996), isto é, se a pessoa já fumou mais do que 100 na sua vida, sendo questão de resposta dicotómica (sim/não).

A segunda (de resposta múltipla, com cinco opções de resposta – por ex., “Fumo, mas decidi deixar de fumar nos próximos 30 dias”) e a terceira questão (de resposta dicotómica, sim/não: “nos últimos 12 meses tentou deixar de fumar e conseguiu não fumar pelo menos durante 24 horas?”) exploram a intenção de deixar de fumar consoante diversos intervalos de tempo – a curto ou a longo prazo (e de acordo com a definição

³ Questionário em anexo (Anexo 2)

proposta originalmente por DiClemente e Prochaska) e a existência de tentativa(s) de cessação (que são apenas utilizadas para definir o estágio de preparação).

Consoante as respostas obtidas e após a comparação das mesmas com a chave de correcção do instrumento (Etter & Sutton, 2002), é possível averiguar em que estágio de mudança se encontra cada indivíduo.

No seu estudo original o instrumento apresenta um coeficiente de concordância teste – re-teste de 0,83, valor superior a outros questionários semelhantes analisados pelos mesmos autores, com o re-teste a ser efectuado numa média de oito dias após a avaliação inicial.

Na medida em que a presente investigação é transversal, não foi possível averiguar a fidelidade deste questionário através de teste – re-teste. E, dado que a variável não é nem intervalar, nem de razão, não é possível calcular a consistência interna através do alpha de Cronbach.

Escala de Valor da Saúde

Lau et al., (1986) desenvolveram uma escala com quatro itens (por ex., “existem muitas coisas com que me preocupo mais do que com a minha saúde”), avaliados numa escala de Likert de 7 pontos (correspondendo 1 a “discordo completamente” e 7 a “concordo completamente”) e que averigua o valor que a pessoa dá à sua saúde⁴. Quanto mais elevado for o total obtido – dado pela soma dos scores dos quatro itens - maior será o valor atribuído pelo indivíduo à sua saúde. A escala encontrava-se já traduzida, tendo sido aplicada num estudo anterior; mas, por se discordar da tradução de alguns itens e por se desconhecer a condução de tradução e retro-tradução independentes, procedeu-se a uma nova tradução (e subsequente retro-tradução independente) do instrumento original.

Salienta-se que a escala obteve no seu estudo original um coeficiente de α de 0,67 e coeficiente de teste – re-teste com o valor de 0,78, para um período de seis semanas.

⁴ Escala em anexo (Anexo 3)

Na presente investigação a escala obteve um alpha de Cronbach de 0,62. Dado que o estudo é transversal não se efectuou teste – re-teste.

Escala de Percepção de Competência para a Saúde

Construída para preencher um vazio entre medidas específicas (e orientadas para a dimensão comportamental) de auto-eficácia e medidas gerais de percepção de competência (Smith et al., 1995) a *Perceived Health Competence Scale* (PHCS)⁵ demonstrou ter elevados níveis de consistência interna (entre 0,82 e 0,90) nas cinco amostras utilizadas no decurso do seu desenvolvimento e validação original. Ainda que os autores não refiram o valor do coeficiente teste – re-teste é sublinhado que a escala demonstrou uma elevada estabilidade após o período de uma semana (Smith et al., 1995).

Na presente investigação esta escala obteve um alpha de Cronbach de 0,86 (a ausência de teste – re-teste deve-se ao facto do estudo ser transversal, não tendo havido um segundo momento de aplicação do teste para a avaliação da consistência interna da escala por este método).

A escala é constituída por 8 itens (por ex., “eu consigo ter sucesso nos projectos que empreendo para melhorar a minha saúde”), sendo a opção de resposta variável entre 1 (discordo completamente) e 5 (concordo completamente). Quanto maior for o valor total da escala (calculado através do somatório da pontuação dos 8 itens), maior será o nível de percepção de competência para a saúde.

Escala de Auto-eficácia Situacional

Na medida em que existem evidências na literatura que sugerem que a auto-eficácia situacional, nomeadamente, específica para a abstenção de consumir tabaco, pode estar relacionada com a intensidade da tentação que alguns estímulos constituem para os

⁵ Escala em anexo (Anexo 4)

fumadores (Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990; Boudreaux et al., 1998), propõe-se aplicar aos participantes do estudo o *Smoking Self-efficacy Questionnaire* (SEQ-12)⁶, desenvolvido e validado para testar os níveis de auto-eficácia de fumadores e ex-fumadores (Etter et al., 2000). Esta escala mede a capacidade que a pessoa percebe ter para se abster de fumar, quando na presença de determinados estímulos internos e externos.

Este questionário é constituído por duas sub-escalas, cada uma com seis itens; uma sub-escala avalia a capacidade do participante de se abster de fumar perante estímulos internos (por ex., “quando me sinto nervoso(a)”) e a segunda sub-escala avalia a mesma capacidade face a estímulos externos (por ex., “quando estou a festejar qualquer coisa”).

A questão que precede a apresentação dos 12 situações (estímulos) a considerar remete para uma avaliação do grau de certeza em relação à capacidade de resistir a fumar perante os estímulos descritos. As hipóteses de resposta encontram-se operacionalizadas numa escala de Likert de cinco pontos (correspondendo 1 a “não tenho nenhuma certeza” e 5 a “tenho toda a certeza”).

É possível calcular dois índices a partir desta escala, correspondentes a cada uma das sub-escalas (uma referente a estímulos internos e a remanescente a estímulos externos) obtido através da soma da pontuação dos 6 itens de cada sub-escala. Quanto maior for o valor obtido, maior é o nível de auto-eficácia (relacionada com estímulos particulares – externos e internos) em relação à capacidade do próprio se abster de fumar.

No estudo original, tanto o coeficiente de consistência interna (estímulos internos: $\alpha = 0,95$; estímulos externos: $\alpha = 0,94$), como o coeficiente de correlação teste – re-teste (0,95 e 0,93 para a sub-escala de estímulos internos e de estímulos externos, respectivamente) apresentam valores elevados.

Na presente investigação esta escala obteve os seguintes valores de alpha de Cronbach: 0,92 para a sub-escala de estímulos internos e 0,89 para a sub-escala de

⁶ Escala em anexo (Anexo 5)

estímulos externos. Pelo motivo já enunciado não se calculou a consistência interna pelo método de teste – re-teste.

Questionário Caracterização Sócio-demográfica, de Comportamento Tabágico e Existência de Diagnóstico Clínico

Além das escalas já referidas, construiu-se um questionário para a recolha de informação sócio-demográfica, para caracterização dos hábitos tabágicos e presença de condição(ões) clínica(s)⁷.

O questionário sócio-demográfico permitiu a recolha de informação variada, tal como idade, sexo, estado civil, habilitações literárias (considerando o grau mais elevado do aluno ou, na inexistência de um grau académico, o ano frequentado no último ano lectivo) e situação profissional. Perguntava-se ainda se tinha uma relação na altura e, caso afirmativo, se o(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge era não fumador(a), fumador(a), ex-fumador(a) ou fumador(a) ocasional.

No que concerne aos comportamentos de consumo, era perguntado se o participante era fumador, ex-fumador ou fumador ocasional. No caso de ser fumador, era interrogado sobre a quantidade de cigarros fumados por dia. No caso de ser ex-fumador era remetido para duas questões: com que idade tinha deixado de fumar e quantos cigarros costumava fumar. Se o participante se tivesse classificado como fumador ocasional era então dirigido para uma questão sobre a quantidade, com duas opções de preenchimento: “Actualmente, quantos cigarros fuma por semana ____ ou por mês ____.”

Para possibilitar a comparação da quantidade de cigarros consumidos pelos três grupos, foi calculado a posteriori, por altura do tratamento de dados, e para os três grupos, o número de cigarros consumidos por mês.

Para todos os participantes, independentemente da situação de consumo, era perguntado que idade tinham quando começaram a fumar.

⁷ Questionário em Anexo (Anexo 6)

Por fim colocou-se ainda aos participantes uma questão genérica para averiguar a existência de algum diagnóstico clínico (“Neste momento tem alguma(s) doença(s) diagnosticada(s)”), com opção de resposta dicotômica: sim ou não.

Procedimento

A recolha dos dados decorreu entre 15 de Novembro de 2005 e 20 de Janeiro de 2006. Os questionários foram entregues pela investigadora aos alunos no início ou no final de aulas.

Era explicado aos alunos que se pretendiam participantes para um estudo na área do tabagismo e que, para participarem, necessitavam de ter fumado pelo menos cem cigarros em toda a vida. Após a demonstração de disponibilidade para participar os questionários eram distribuídos e preenchidos individualmente dentro da sala de aula.

Procedeu-se à aplicação dos mesmos em estudo piloto (numa amostra de 40 estudantes do ISPA, amostra esta que foi integrada depois na amostra total) para identificar possíveis problemas de compreensão das questões, hipotética sobrecarga pela extensão do questionário e averiguar a consistência interna dos instrumentos. Na medida em que os alphas de Cronbach de todas as escalas tinham valores aceitáveis e a aplicação experimental não conduziu a nenhuma alteração na formulação das questões, os dados recolhidos no estudo piloto foram assimilados pela restante amostra.

As escalas e os questionários (de caracterização e de averiguação do estádios de mudança) eram precedidas por uma breve introdução onde se explicava que o estudo integrava uma pesquisa de mestrado na área da Psicologia da Saúde e garantia a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

Foram eliminados três questionários por preenchimento incompleto, o qual inviabilizava a classificação do participante de acordo com uma situação de consumo (fumador regular, ex-fumador ou fumador ocasional).

RESULTADOS

Com o intuito de testar as hipóteses que orientam este estudo, recorreu-se a testes estatísticos que se inserem na estatística paramétrica e não-paramétrica, utilizando o programa SPSS, versão 14.0 (SPSS, 2005), tanto para a construção da base de dados, como também para a subsequente análise estatística.

Averiguou-se, utilizando o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que nem todas as variáveis têm distribuição normal. Contudo, dado que para a variável situação de consumo (fumador regular, ex-fumador ou fumador ocasional), a dimensão de cada grupo é superior a trinta participantes, e dado que se confirma o pressuposto da homogeneidade das variâncias (comprovado através da aplicação do teste de *Levene*), optou-se por recorrer à estatística paramétrica (nomeadamente, à aplicação da ANOVA *one-way*⁸) para averiguar se existiam diferenças significativas entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais para as variáveis psicológicas em estudo (valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional).

Defende-se a utilização do teste paramétrico neste caso dado que a estatística paramétrica é robusta à violação da normalidade, e tendo em conta que o pressuposto da homogeneidade das variâncias se verifica, sublinhando também que uma clara vantagem desta aplicação reside no facto dos testes paramétricos serem superiores em potência (Maroco, 2003).

Para averiguar se existiam diferenças entre os cinco estádios de mudança, no que concerne à distribuição das três variáveis psicológicas estudadas (valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional) recorreu-se à

⁸ A ANOVA é um teste que se inscreve na estatística paramétrica e utiliza-se para a comparação das médias de duas ou mais populações (Maroco, 2003).

estatística não-paramétrica. Isto porque, apesar de se verificar o pressuposto da homogeneidade das variâncias (na ausência de uma distribuição normal), em dois estádios de mudança verificou-se um número de participantes inferior a trinta (nomeadamente, no estádio de preparação – com 12 indivíduos – e no estádio de acção, com 26). Como tal, para esta análise recorreu-se um teste não-paramétrico, nomeadamente, o teste de Kruskal-Wallis⁹ (Maroco, 2003).

De seguida, é feita uma breve apresentação das análises realizadas e do objectivo que norteou cada uma delas.

Com o intuito de verificar se existiam diferenças significativas entre fumadores regulares, fumadores ocasionais e ex-fumadores, em relação às variáveis valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia, aplicou-se o teste ANOVA one-way (na medida em que se pretendiam comparar as médias de 3 amostras independentes).

Dado que a ANOVA não dá a indicação entre que pares de médias existe a diferença (donde se pode concluir apenas que existe pelo menos uma média que é estatisticamente diferente das restantes), procedeu-se a uma comparação múltipla de médias, utilizando o teste de Tukey, para identificar entre que grupos existiam as diferenças (Maroco, 2003).

Para averiguar se as variáveis valor da saúde, percepção de competência para a saúde e auto-eficácia situacional se distribuíam de forma idêntica nos cinco estádios de mudança aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis (a alternativa não-paramétrica à ANOVA one-way).

Sublinha-se que este teste, ao comparar mais do que dois grupos (neste caso, cinco amostras independentes, que concernem ao estádio de mudança – pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção), não discrimina entre que grupos se

⁹ O teste de Kruskal-Wallis é a alternativa não-paramétrica à ANOVA one-way e, como tal, aplica-se quando se pretende comparar as medianas de duas ou mais amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003).

verificam as diferenças estatisticamente significativas. Assim, caso o *p-value* seja menor que α (isto é, 0,05) pode apenas afirmar-se que pelo menos num dos estádios a distribuição dos valores da variável em análise (valor da saúde, percepção do competência para a saúde ou auto-eficácia situacional) difere significativamente da distribuição da mesma variável observada em pelo menos um dos restantes estádios de mudança.

Para identificar entre que grupos a distribuição da variável analisada é significativamente diferente, procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens. Para tal converteu-se as observações em ordens, utilizando depois uma ANOVA one-way sobre a nova variável, fazendo a comparação múltipla de médias das ordens pelo método LSD de *Fisher*.

Para investigar se existiam diferenças significativas no que concerne à percepção de competência para a saúde entre as pessoas que tinham uma doença diagnosticada e os participantes que não tinham conhecimento de terem qualquer doença, aplicou-se o teste de Mann-Whitney¹⁰ (que se inscreve na estatística não-paramétrica).

Para estabelecer se existia ou não correlação entre diversas variáveis recorreu-se às seguintes medidas de associação não-paramétricas: utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (que é uma medida de associação não-paramétrica entre duas variáveis quantitativas), o coeficiente de correlação V de Cramer para o estudo da associação entre duas variáveis qualitativas (utilizou-se o coeficiente V de Cramer e não o Phi dado que as tabelas de contingência eram superiores a 2x2) e o coeficiente *bi-serial* por pontos para averiguar a associação de uma variável qualitativa e outra quantitativa¹¹.

¹⁰ O teste de Mann-Whitney, que pertence à estatística não-paramétrica, aplica-se quando se pretende a comparação da mediana de duas amostras independentes (Maroco, 2003).

¹¹ Sublinha-se que a medida de associação mais frequentemente utilizada para a averiguação da correlação entre uma variável qualitativa e uma variável quantitativa é o teste de Eta, mas dado que este teste é direccional – ou seja, o valor da correlação varia consoante se defina uma ou outra variável como a dependente – optou-se por utilizar o coeficiente *bi-serial* por pontos, dado pelo *r* de Pearson (Maroco, 2003).

Por fim, efectuou-se Análises Factoriais das três escalas utilizadas para a avaliação das variáveis psicológicas quantitativas (Smoking Self-efficacy Questionnaire, Health Value Scale e Perceived Health Competence Scale), com o intuito de explorar a estrutura de cada instrumento.

Comparação entre Fumadores Regulares, Ex-Fumadores e Fumadores Ocasionais em relação ao Valor da Saúde, Percepção de Competência para a Saúde e Auto-eficácia situacional

No que concerne ao valor atribuído à saúde, e com uma probabilidade de erro de 5%, conclui-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais, no que concerne à distribuição desta variável.

Tabela 18 – ANOVA one-way relativamente à distribuição da variável Valor da Saúde (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

	<i>F</i>	<i>p</i>
Fumadores regulares	1,594	0,205
Ex-fumadores		
Fumadores ocasionais		

Em relação à percepção de competência para a saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre fumadores, fumadores ocasionais e ex-fumadores ($F=9,193$; $p=0,000$).

Desta forma, em pelo menos um dos grupos (que concerne ao consumo de tabaco) a distribuição dos valores da percepção de competência para a saúde difere significativamente da distribuição da percepção de competência para a saúde observada em pelo menos um dos outros grupos de situação de consumo.

A partir da comparação múltipla de médias, dada pelo teste de Tukey, pode verificar-se que é entre os fumadores regulares e os ex-fumadores que se verificam diferenças significativas no que concerne à percepção de competência para a saúde. Através da diferença de médias verifica-se que são os ex-fumadores que manifestam valores mais elevados desta variável.

Tabela 19 – Teste de Tukey (comparação múltipla de médias) para a Percepção de Competência para a Saúde (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

Situação de Consumo		Diferença entre Médias (I-J)	p
(I)	(J)		
Fumador regular	Ex-fumador	-0,35775	0,000*
	Fumador ocasional	-0,20362	0,141
Ex-fumador	Fumador regular	0,35775	0,000*
	Fumador ocasional	0,15413	0,450
Fumador ocasional	Fumador regular	0,20362	0,141
	Ex-fumador	-0,15413	0,450

Ao proceder-se à comparação entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais para a auto-eficácia para de se abster de fumar (discriminando a análise da sub-escala de estímulos internos da análise da sub-escala de estímulos externos) verifica-se, através da aplicação da ANOVA one-way, uma distribuição estatisticamente diferente desta variável entre pelo menos duas categorias de consumo de tabaco, para cada uma das sub-escalas avaliadas: estímulos internos ($F=129,309$; $p<0,001$) e estímulos externos ($F=116,121$; $p<0,001$).

Tabela 20 – ANOVA one-way relativamente à distribuição da variável Auto-eficácia situacional (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

Escala de auto-eficácia	Situação de consumo	F	p
Sub-escala de Estímulos Internos	Fumador	129,309	0,000*
	Ex-fumador		
	Fumador Ocasional		
Sub-escala de Estímulos Externos	Fumador	116,121	0,000*
	Ex-fumador		
	Fumador Ocasional		

Para averiguar entre que grupos (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais) se verificavam as diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se à comparação múltipla de médias, recorrendo do teste de Tukey.

Conclui-se que existem diferenças significativas entre todos os grupos.

Assim, no que concerne à sub-escala de estímulos internos, verifica-se que os ex-fumadores manifestam níveis de auto-eficácia perante estímulos internos significativamente mais elevados do que os fumadores ocasionais ($p=0,001$) e do que os fumadores regulares ($p<0,001$). Os fumadores ocasionais, por sua vez, obtêm valores de auto-eficácia perante estímulos internos significativamente superiores aos obtidos pelos fumadores regulares ($p<0,001$).

Em relação aos estímulos externos, mais uma vez são os ex-fumadores que obtêm os valores mais elevados de auto-eficácia, e com uma expressão estatística significativa, tanto em comparação aos fumadores ocasionais ($p=0,002$), como em comparação com os fumadores regulares ($p<0,001$). A diferença entre os valores de auto-eficácia (para estímulos externos) entre fumadores ocasionais e fumadores regulares é igualmente significativa ($p<0,001$), manifestando os primeiros valores estatisticamente mais elevados, tal como se pode observar na tabela 21.

Tabela 21 – Teste de Tukey (comparação múltipla de médias) para a Auto-eficácia Situacional (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)

Escala de Auto-eficácia	Situação de Consumo		Diferença entre Médias (I-J)	p
	(I)	(J)		
Sub-escala De Estímulos Internos	Fumador	Ex-fumador	-2,00200	0,000*
		Fumador ocasional	-1,28569	0,000*
	Ex-fumador	Fumador	2,00200	0,000*
		Fumador ocasional	,71631	0,001*
	Fumador ocasional	Fumador	1,28569	0,000*
		Ex-fumador	-,71631	0,001*
Sub-escala De Estímulos Externos	Fumador	Ex-fumador	-1,91020	0,000*
		Fumador ocasional	-1,23351	0,000*
	Ex-fumador	Fumador	1,91020	0,000*
		Fumador ocasional	,67669	0,002*
	Fumador ocasional	Fumador	1,23351	0,000*
		Ex-fumador	-,67669	0,002*

Procede-se de seguida à comparação entre os cinco estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção) em relação à distribuição das variáveis psicológicas em estudo.

Comparação entre os Cinco Estádios de Mudança no que concerne à distribuição das variáveis Valor da Saúde, Percepção de Competência para a Saúde e Auto-eficácia Situacional

No que concerne ao à distribuição da variável valor da saúde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os cinco estádios de mudança ($\chi^2=6,100$; $p=0,192$). Dado que não foram detectadas diferenças significativas entre as cinco amostras não se procedeu à comparação múltipla de médias das ordens para esta variável.

Tabela 22 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável Valor da Saúde (comparação entre os cinco estádios de mudança)

Estádios de Mudança	Média das ordens	χ^2	p
Pré-contemplação	180,13	6,100	0,192
Contemplação	195,89		
Preparação	229,42		
Acção	213,23		
Manutenção	169,67		

Relativamente à percepção de competência para a saúde pode afirmar-se que existe pelo menos um estágio que difere de pelo menos um outro, no que concerne à distribuição desta variável psicológica ($\chi^2=17,122$; $p=0,002$), tal como é evidenciado na tabela 23.

Tabela 23 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável Percepção de Competência para a Saúde (comparação entre os cinco estádios de mudança)

Estádio de Mudança	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Pré-contemplação	178,52	17,122	0,002*
Contemplação	172,00		
Preparação	223,13		
Acção	219,71		
Manutenção	236,38		

Para aferir entre que estádio a percepção de competência para a saúde assumia uma distribuição estatisticamente diferente, procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens.

Tal como é mostrado na tabela 24, existem diferenças significativas entre vários estádios, no que concerne à distribuição da variável de percepção de competência para a saúde. Desta forma, os participantes que se encontram no último estádio (manutenção) possuem valores significativamente superiores de percepção de competência para a saúde, quando comparados com os valores manifestados pelas pessoas que se encontravam no primeiro estádio – pré-contemplação ($p=0,001$), como quando comparados com os demonstrados pelos participantes que se enquadravam no segundo estádio, isto é, o de contemplação ($p<0,001$).

Também se encontram diferenças estatisticamente significativas entre o estádio de acção e o de contemplação, sendo que os participantes que se encontram no estádio de acção possuem valores mais elevados do que os valores manifestados pelos indivíduos no estádio de contemplação, no que concerne à distribuição da variável de percepção de competência para a saúde.

Tabela 24 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Percepção de Competência para a Saúde (comparação entre os cinco estádios de mudança)

Estádio de Mudança		Diferença entre Médias (I-J)	p
(I)	(J)		
Pré-contemplação	Contemplação	6,592811	0,605
	Preparação	-45,254630	0,160
	Acção	-41,783476	0,066
	Manutenção	-58,462963	0,001*
Contemplação	Pré-contemplação	-6,592811	0,605
	Preparação	-51,847441	0,111
	Acção	-48,376287	0,037*
	Manutenção	-65,055774	0,000*
Preparação	Pré-contemplação	45,254630	0,160
	Contemplação	51,847441	0,111
	Acção	3,471154	0,926
	Manutenção	-13,208333	0,704
Acção	Pré-contemplação	41,783476	0,066
	Contemplação	48,376287	0,037*
	Preparação	-3,471154	0,926
	Manutenção	-16,679487	0,524
Manutenção	Pré-contemplação	58,462963	0,001*
	Contemplação	65,055774	0,000*
	Preparação	13,208333	0,704
	Acção	16,679487	0,524

Por fim, procedeu-se à comparação entre os cinco estádios de mudança para verificar se existiam diferenças significativas em relação à distribuição da variável de auto-eficácia situacional. Na análise desta variável psicológica distingue-se a exploração da distribuição obtida na sub-escala de auto-eficácia para estímulos internos da que se observa para estímulos externos.

Verifica-se que, pelo menos num dos cinco estádios de mudança, a distribuição dos valores de auto-eficácia referente a estímulos internos difere de forma significativa da distribuição da mesma variável observada em pelo menos um dos restantes estádios ($\chi^2=119,359$; $p<0,001$). O mesmo se verifica quando é analisada a auto-eficácia face a estímulos externos: existem diferenças estatisticamente significativas entre pelos menos dois estádios ($\chi^2=112,418$; $p<0,001$), tal como é evidenciado na tabela 25.

Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável Auto-eficácia Situacional (comparação entre os cinco estádios de mudança)

Escala de Auto-eficácia	Estádio de Mudança	Média das Ordens	χ^2	<i>p</i>
Sub-escala de Estímulos Internos	Pré-contemplação	147,21	119,359	0,000*
	Contemplação	165,32		
	Preparação	266,63		
	Acção	277,69		
	Manutenção	316,20		
Sub-escala de Estímulos Externos	Pré-contemplação	149,17	112,418	0,000*
	Contemplação	167,38		
	Preparação	207,92		
	Acção	281,46		
	Manutenção	316,80		

Para averiguar entre que estádios de mudança se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição da variável de auto-eficácia situacional, procedeu-se à comparação múltipla de médias das ordens.

A partir da comparação múltipla de médias das ordens é possível verificar que, no que concerne à auto-eficácia para os estímulos internos, existem diferenças significativas na medida em que alguns estádios mais adiantados apresentam valores de auto-eficácia estatisticamente superiores aos observados em estádios mais iniciais. É o caso da diferença detectada entre o estádio de manutenção e o de pré-contemplação ($p < 0,001$) e entre o de manutenção e o de contemplação ($p < 0,001$), tendo o de manutenção valores estatisticamente superiores em ambos os casos.

Também de verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o estádio de acção e o de pré-contemplação ($p < 0,001$) e entre o de acção e o contemplação ($p < 0,001$), apresentando, em ambos os casos, o estádio de acção valores superiores de auto-eficácia perante estímulos internos.

De forma idêntica, verificam-se diferenças entre o estádio de preparação e o de pré-contemplação ($p < 0,001$), bem como entre o de preparação e o de contemplação ($p < 0,001$) no que concerne à distribuição da variável de auto-eficácia especificamente para estímulos internos (tal como anteriormente, é no estádio mais avançado, isto é, no de preparação, que se observam os valores mais elevados desta variável).

Em relação à distribuição da auto-eficácia específica para estímulos externos, verifica-se que existem diferenças significativas entre o último estágio de mudança (manutenção) e os três estádios mais iniciais, nomeadamente, pré-contemplação ($p < 0,001$), contemplação ($p < 0,001$) e preparação ($p < 0,001$), sendo que, nos três casos, são participantes que se enquadravam no estágio da manutenção que manifestam os valores mais altos de auto-eficácia (referente a estímulos externos).

Quando se observa a tabela 26 verifica-se que existem igualmente diferenças significativas entre o estágio da acção e o da pré-contemplação ($p < 0,001$), entre o da acção e o da contemplação ($p < 0,001$) e entre o de acção e o de preparação ($p = 0,021$). Em cada uma destas análises, é no estágio da acção que a variável auto-eficácia (perante estímulos externos) manifesta valores estatisticamente mais elevados, quando comparada com os três estádios mais iniciais.

Detectam-se ainda diferenças significativas entre o estágio de preparação e o de pré-contemplação ($p = 0,031$), sendo que é no estágio de preparação que a variável auto-eficácia para estímulos externos assume valores mais elevados.

Tabela 26 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Auto-eficácia situacional (comparação entre os cinco estádios de mudança)

Escala de Auto-eficácia	Estádio de Mudança		Diferença entre Médias (I-J)	P
	(I)	(J)		
Sub-escala de Estímulos Internos	Pré-contemplação	Contemplação	-18,452148	0,087
		Preparação	-121,228395	0,000*
		Acção	-132,452754	0,000*
		Manutenção	-171,453572	0,000*
	Contemplação	Pré-contemplação	18,452148	0,087
		Preparação	-102,776247	0,000*
		Acção	-114,000606	0,000*
		Manutenção	-153,001424	0,000*
	Preparação	Pré-contemplação	121,228395	0,000*
		Contemplação	102,776247	0,000*
		Acção	-11,224359	0,723
		Manutenção	-50,225177	0,088
	Acção	Pré-contemplação	132,452754	0,000*
		Contemplação	114,000606	0,000*
		Preparação	11,224359	0,723
		Manutenção	-39,000818	0,080
	Manutenção	Pré-contemplação	171,453572	0,000*
		Contemplação	153,001424	0,000*
		Preparação	50,225177	0,088
		Acção	39,000818	0,080
Sub-escala de Estímulos Externos	Pré-contemplação	Contemplação	-18,471712	0,092
		Preparação	-59,699074	0,031*
		Acção	-134,612536	0,000*
		Manutenção	-170,276202	0,000*
	Contemplação	Pré-contemplação	18,471712	0,092
		Preparação	-41,227362	0,140
		Acção	-116,140824	0,000*
		Manutenção	-151,804490	0,000*
	Preparação	Pré-contemplação	59,699074	0,031*
		Contemplação	41,227362	0,140
		Acção	-74,913462	0,021*
		Manutenção	-110,577128	0,000*
	Acção	Pré-contemplação	134,612536	0,000*
		Contemplação	116,140824	0,000*
		Preparação	74,913462	0,021*
		Manutenção	-35,663666	0,115
	Manutenção	Pré-contemplação	170,276202	0,000*
		Contemplação	151,804490	0,000*
		Preparação	110,577128	0,000*
		Acção	35,663666	0,115

Para averiguar se existiam diferenças significativas no que concerne à percepção de competência para a saúde entre as pessoas que tinham um diagnóstico de doença e as pessoas que não tinham conhecimento de ter qualquer doença na altura da recolha de dados, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney.

Verifica-se que existem diferenças significativas no que concerne à distribuição desta variável, entre as pessoas que respondem “sim” e as pessoas que respondem “não” à questão que se refere à existência de alguma doença. Contudo, sublinha-se a disparidade que existe na dimensão dos dois grupos comparados: existiam apenas 34 participantes com um diagnóstico clínico, enquanto que a maior parte dos participantes não tinha conhecimento de ter qualquer doença (n=346).

Tabela 27 – Teste de Mann-Whitney para a Percepção de Competência para a Saúde: participantes com uma doença vs. participantes sem doença diagnosticada

	Média das Ordens	Z	p
Com doença diagnosticada	107,46	3058,500	0,000*
Sem doença diagnosticada	198,66		

Análise Correlacional das Variáveis Controladas

Para averiguar se existia uma correlação entre o valor da saúde e a percepção de competência para a saúde aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Conclui-se que existe uma correlação significativa, mas fraca ($r_s = 0,149$; $p < 0,01$), entre as duas variáveis.

No que concerne à associação entre o valor atribuído à saúde e a auto-eficácia situacional, verificou-se que não existe uma correlação nem significativa, nem forte, entre valor da saúde e auto-eficácia para estímulos internos ($r_s = 0,055$; n.s.), nem entre a primeira e a auto-eficácia para estímulos externos ($r_s = -0,014$; n.s.).

No que respeita à associação entre a percepção de competência para a saúde e a auto-eficácia, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, ainda que fraca, entre a percepção de competência para a saúde e a auto-eficácia para estímulos internos ($r_s=0,297$; $p<0,01$), bem como entre a primeira e a auto-eficácia para estímulos externos ($r_s=0,251$; $p<0,01$).

No que concerne à associação entre a situação de consumo de tabaco do(a) participante e a situação de consumo de tabaco do(a) respectivo(a) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge, não se verifica a existência de uma correlação nem forte, nem significativa (V de Cramer = $0,277$; n.s.).

No que respeita à associação entre a presença de um diagnóstico de doença e o valor da saúde, dado pelo coeficiente *bi-serial* por pontos, não se verifica uma correlação nem forte, nem estatisticamente significativa ($r_{pb}=-0,071$; n.s.).

Em relação à associação entre as variáveis existência de diagnóstico de doença e percepção de competência para a saúde, analisada pelo coeficiente *bi-serial* por pontos, verifica-se a inexistência de uma correlação forte ou significativa ($r_{pb}=-0,251$; n.s.).

Análise Factorial das três escalas utilizadas: Escala de Auto-eficácia Situacional, Escala do Valor da Saúde e Escala de Percepção de Competência para a Saúde

No que respeita à escala de Auto-eficácia Situacional, verifica-se que o valor da medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin¹² é excelente ($KMO=0,927$) e que a correlação entre os itens – dada pelo teste de Esfericidade de Bartlett – é

¹² O KMO, a medida de adequação da amostragem de Keiser-Meyer-Olkin, é uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. A recomendação relativamente à Análise Factorial, decorrente do valor de KMO, pode ser considerada como excelente]0,9-1,0], boa]0,8-0,9], média]0,7-0,8], medíocre]0,6-0,7], mau mas ainda aceitável]0,5-0,6] ou inaceitável se $<0,5$ (Maroco, 2003).

estatisticamente significativa ($\chi^2=3064,386$; $p<0,001$); logo, a aplicação da análise factorial (AF) é apropriada para a estimação de factores comuns.

Refere-se que o total da variância é explicado por dois factores (um factor explica 58,84%, enquanto que um segundo factor explica 11,59%), tal como é evidenciado na tabela 28.

Tabela 28: Total da Variância Explicada (Escala de Auto-eficácia Situacional)

Factores	Eigenvalues Iniciais		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	7,060	58,836	58,836
2	1,390	11,587	70,423
3	0,685	5,704	76,128
4	0,522	4,350	80,478
5	0,451	3,759	84,237
6	0,428	3,563	87,800
7	0,344	2,864	90,664
8	0,305	2,540	93,204
9	0,266	2,214	95,418
10	0,232	1,929	97,347
11	0,170	1,415	98,763
12	0,148	1,237	100,000

No que concerne aos *loadings* dos factores, a tabela 29 destaca que os itens 1, 2, 3, 4, 5 definem o primeiro factor, enquanto que os itens 7, 8, 9, 10 e 12 definem o segundo factor. No que respeita aos itens 6 e 11, observa-se que se encontram saturados em ambos os factores, não contribuindo assim para a separação destes.

Tabela 29: Loadings dos dois factores (solução após a rotação dos factores): Escala de Auto-eficácia Situacional

Itens da Escala de Auto-eficácia Situacional	Factores	
	1	2
1 - Self-efficacy	,818	,360
2 - Self-efficacy	,867	,198
3 - Self-efficacy	,874	,267
4 - Self-efficacy	,798	,306
5 - Self-efficacy	,738	,215
6 - Self-efficacy	,541	,557
7 - Self-efficacy	,223	,861
8 - Self-efficacy	,262	,808
9 - Self-efficacy	,142	,864
10 - Self-efficacy	,456	,636
11 - Self-efficacy	,548	,552
12 - Self-efficacy	,482	,610

No que respeita à escala do valor da saúde observa-se que o valor da medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin é medíocre ($KMO=0,636$), mas mesmo assim a estimação feita pela AF é aceitável; a correlação entre os itens, dada pelo teste de Bartlett, é estatisticamente significativa ($\chi^2=226,399$; $p<0,001$).

Pode observar-se na tabela seguinte que o total da variância é explicado em 48,389% por um factor. Contudo, observa-se também que, apesar de não se evidenciarem outros factores com um *eigenvalue* superior a um, existe contudo - e aparentemente - um (possível) factor que explica a variância em 22,768%.

Tabela 30: Total da Variância Explicada (Escala de Valor da Saúde)

Factores	Eigenvalues Iniciais		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	1,936	48,389	48,389
2	,911	22,768	71,157
3	,724	18,103	89,259
4	,430	10,741	100,000

No que concerne à AF à estrutura desta escala, não é possível obter uma solução de rotação de factores, na medida em que apenas um componente foi extraído. Mas se não se

utilizar como regra de retenção de factores a obtenção de um eigenvalue superior a um e definir-se à partida na AF a extracção de dois factores (independentemente do eigenvalue, dado que existe, aparentemente, um segundo factor que explica aproximadamente 23% da variância total), o resultado da análise aponta de facto para a existência de dois factores nesta escala, tal como é evidenciado na tabela 31.

Tabela 31: Loadings dos dois factores, definidos a priori na extracção de factores feita pela AF (solução após a rotação dos factores) da Escala do Valor da Saúde

Itens da Escala de Auto-eficácia Situacional	Factores	
	1	2
1 - Health Value	,881	,103
2 - Health Value	,020	,885
3 - Health Value	,318	,648
4 - Health Value	,845	,201

No que respeita à escala de percepção de competência para a saúde observa-se que o valor da medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin é bom (KMO=0,890), logo a estimação feita pela AF pode ser tomada em consideração; a correlação entre os itens, dada pelo teste de Bartlett, é, tal como nas escalas analisadas anteriormente, estatisticamente significativa ($\chi^2=1208,168$; $p<0,001$).

Refere-se que o total da variância é explicado por dois factores (um factor explica 51,599%, enquanto que o segundo factor explica 12,525%), tal como é evidenciado na tabela 32.

Tabela 32: Total da Variância Explicada (Escala de Percepção de Competência para a Saúde)

Factores	Eigenvalues Iniciais		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,128	51,599	51,599
2	1,002	12,525	64,123
3	,639	7,988	72,112
4	,622	7,773	79,885
5	,526	6,581	86,466
6	,431	5,390	91,856
7	,365	4,561	96,416
8	,287	3,584	100,000

No que concerne aos *loadings* dos factores, a tabela seguinte destaca que os itens 3, 4, 5, 6 e 8 definem o primeiro factor, enquanto que os itens 1, 2 e 7 definem o segundo factor. Nesta escala não existem itens saturados.

Tabela 33: Loadings dos dois factores (solução após a rotação dos factores) da Escala de Percepção de Competência para a Saúde

Itens da Escala de Auto-eficácia Situacional	Factores	
	1	2
1 - Perceived Health Competence	0,022	0,851
2 - Perceived Health Competence	0,317	0,678
3 - Perceived Health Competence	0,704	0,308
4 - Perceived Health Competence	0,773	0,052
5 - Perceived Health Competence	0,834	0,208
6 - Perceived Health Competence	0,648	0,477
7 - Perceived Health Competence	0,411	0,605
8 - Perceived Health Competence	0,803	0,298

DISCUSSÃO

Apesar da literatura revista evidenciar que as pessoas que alteram o seu comportamento no sentido de obter uma boa saúde valorizam de forma significativa a saúde, na presente investigação não se verificam diferenças no que concerne ao valor atribuído à saúde entre fumadores e ex-fumadores, ou seja, fumadores regulares, fumadores ocasionais e ex-fumadores não valorizam a saúde de forma diferente.

Pode-se encontrar várias hipóteses explicativas. Em primeiro lugar os ex-fumadores podem ter deixado de fumar não (ou não apenas) por valorizarem a sua saúde, mas motivados por outros factores.

Refere-se que os fumadores, apesar de manifestarem um comportamento (mais ou menos consistente, no caso dos fumadores regulares) nocivo para a saúde, não têm necessariamente de valorizar de forma diminuída a sua saúde para manterem este comportamento. A manutenção do consumo pode persistir pelo facto de atribuírem ao comportamento de fumar um valor também elevado (ou até mesmo mais elevado do que o valor atribuído à saúde) e que permita manter um comportamento prejudicial (mas mais valorizado) para a saúde.

Um campo que tem vindo a receber atenção neste âmbito são as percepções de risco.

A maior parte das pessoas concorda que o consumo de tabaco é perigoso para a saúde (Chapman et al., 1993; Hermand, Mullet, & Coutelle, 2001). Contudo, existe uma diferença significativa entre a percepção do risco geral e do risco pessoal; assim, a investigação documenta que, no que concerne à percepção do consumo de tabaco como um factor de risco para a saúde do próprio, fumadores, em comparação com ex-fumadores e não-fumadores, subestimam as consequências nefastas que fumar tem na sua saúde (Chapman et al., 1993; Chassin et al., 2001; Moran et al., 2003; Oakes et al., 2004; Willaing et al., 2003).

Este estudo documenta que (apesar de não existirem diferenças significativas entre fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais) os participantes valorizam a sua saúde (numa escala de 1 a 7, as médias obtidas são elevadas: Média_{F.Reg.}= 5,5; Média_{Ex-f.}= 5,6; Média_{F.Oc.}= 5,8).

O facto das pessoas valorizarem a saúde e fumarem de forma significativa pode ficar a dever-se, como já foi referido anteriormente, ao facto de não considerarem este comportamento como comportando um risco significativo para a sua saúde.

Este fenómeno é explicado pela Teoria da Dissonância Cognitiva de Festinger (1957) que preconiza a necessidade de existir uma consonância entre comportamento e atitudes e que, na presença de inconsistência (que é psicologicamente desconfortável), o indivíduo tentará reduzir o estado de dissonância (Oakes et al., 2004).

No que concerne ao consumo tabágico, o fumador poderá 1) alterar o comportamento (ou seja, deixar de fumar) ou então 2) modificar as suas crenças em relação aos malefícios do consumo de tabaco (tal pode ser efectuado, por exemplo, através da distorção da informação veiculada pelos media ou instituições relacionadas com a saúde).

A literatura evidencia que o último parece ser mais fácil de obter do que a modificação do comportamento de risco. A investir no sentido de diminuir esta dissonância encontra-se, por exemplo, o segmento de mercado dos cigarros com filtro que, indo de encontro ao desejo do consumidor de acreditar que reduz de forma efectiva o risco de doença, contribui para o desenvolvimento de comportamento de lealdade para com o produto (Cummings et al., 2003).

Já em 1966 a literatura evidenciava que os fumadores da população geral tendem a distorcer a informação, no que concerne à associação entre consumo de tabaco e cancro do pulmão (Willaing et al., 2003).

A investigação mais recente continua a apontar na mesma direcção: de acordo com Oakes et al. (2004), o acto de fumar não é “sentido” como perigoso pelos fumadores e por isso conseguem perceber este comportamento como algo que não comporta um risco real para a sua saúde.

Contudo, pode ainda colocar-se a seguinte questão: será que isto (não perceberem o acto de fumar como perigoso para a saúde) se deve à já referida distorção da informação (adquirida) - com vista a redução de dissonância cognitiva - ou deve-se antes a um desconhecimento real (falta de informação) das consequências nefastas do tabaco?

Isto porque, de acordo com vários estudos citados por Sejr e Osler (2002), os estudantes universitários (nomeadamente do primeiro ano do curso de enfermagem) têm um conhecimento pobre sobre as consequências de fumar (manifestando igualmente atitudes negativas para com a prevenção deste comportamento de risco).

Outros estudos sublinham que fumadores com uma idade mais avançada manifestam menos conhecimento em relação aos riscos objectivos que fumar comporta para a saúde, quando comparados com pessoas mais novas (Oakes et al., 2004).

Na medida em que não existe um consenso quanto à acuidade da informação que as pessoas têm (no que concerne aos riscos reais de fumar) seria pertinente a averiguação desta questão num estudo futuro.

Pode ainda explicar-se o acto continuado de acender um cigarro através da teoria do comprometimento da tomada de decisão (*theory of impaired decision-making*).

Sendo que o acto de fumar reflecte necessidades imediatas, tais como a redução de tensão e o aumento da concentração, a manutenção deste comportamento implicaria “a incapacidade de integrar experiências antecedentes e disponíveis e conhecimento sobre situações semelhantes e diferentes opiniões/resultados de pares” (Bechara, Damásio, & Damásio, 2000, cit. por Harmsen et al., 2006, pp. 2).

Assim, as pessoas com a capacidade de tomada de decisão comprometida, mesmo tendo consciência das perdas que determinada opção poderá acarretar, optam geralmente pela alternativa que conduz a benefícios imediatos, mesmo que ela conduza também a perdas significativas a longo prazo.

Não obstante o anteriormente salientado – e na linha da percepção distorcida que os fumadores poderão ter em relação ao risco associado ao consumo de tabaco – Cummings et al. (2003) referem que os fumadores tendem a ser exageradamente optimistas na

avaliação que fazem do risco ao qual estão sujeitos (nomeadamente, no que concerne ao desenvolvimento de doenças) por fumarem.

Neste âmbito, sublinha-se que indivíduos que são na realidade mais susceptíveis que as demais pessoas de desenvolver determinada(s) patologia(s), tendem a manifestar um “enviamento optimista” que se traduz na percepção de que o próprio é menos vulnerável (ou tão vulnerável como) do que os outros indivíduos que não incorrem nesse risco específico de contracção de determinada(s) doença(s) (Cummings et al., 2003). Prokhorov et al. (2003) chegam a esta mesma conclusão no seu estudo, comparando estudantes universitários fumadores e não-fumadores.

No caso de indivíduos fumadores isto tem sido evidenciado e esta percepção irrealista pode dever-se à crença de que o indivíduo será capaz de deixar de fumar antes de começar a ter problemas de saúde (Cummings et al., 2003).

Destaca-se ainda que o consumo de tabaco está associado à obtenção imediata de algo positivo (reforço positivo), seja a sensação de prazer ou o apaziguamento de ansiedade; as consequências nocivas mais significativas manifestam-se apenas a médio/longo prazo, o que também permite manter o comportamento nocivo para a saúde ao mesmo tempo que se atribui um valor elevado à mesma.

Isto está patente nas abordagens cognitivas no campo dos comportamentos de risco para a saúde: a pessoa que manifesta um comportamento de risco deve 1) ou subestimar o risco que essa acção comporta, 2) ou percepcionar benefícios compensadores aliados ao comportamento (Goldberg & Fischhoff, 2000). Assim, se uma percentagem significativa de fumadores menospreza o risco, é pouco provável que percepcionem este comportamento como sendo prejudicial para a manutenção da saúde que, tal como a presente investigação evidencia, é valorizada ($Média_{F.Reg.} = 5,5$; $Média_{Ex-f.} = 5,6$; $Média_{F.Oc.} = 5,8$).

A literatura evidencia que os fumadores que percepcionam a sua saúde como estando em risco terão maior probabilidade em deixar de fumar (Clarke & Aish, 2002). Daqui decorre a pertinência de, em estudos futuros, controlar esta variável (percepção de risco)

para uma compreensão mais completa do fenómeno e atribuir-lhe destaque na estruturação de programas de cessação tabágica.

No que respeita à percepção de competência para a saúde, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre fumadores regulares e ex-fumadores, ou seja, os ex-fumadores percebem-se como mais competentes para lidar com a sua saúde em geral, do que os fumadores regulares.

Este resultado vai ao encontro do que tem vindo a ser evidenciado na literatura já que o envolvimento em comportamentos de promoção de saúde e a extinção de comportamentos de risco têm vindo a ser associados à percepção de competência e eficácia em relação à gestão desses comportamentos (Wallston, 1992).

Apesar dos fumadores ocasionais obterem valores superiores aos obtidos pelos fumadores regulares, no que concerne à percepção de competência para a saúde, as diferenças entre estes dois grupos de consumo não são estatisticamente significativas.

À luz da teoria da aprendizagem social, a uma elevada percepção de competência para a saúde deveria estar associada um elevado valor da saúde. Não obstante isto ser verdade (de facto ao valor da saúde foi sempre atribuído *scores* elevados, tanto pelos fumadores regulares e ocasionais, como pelos ex-fumadores), a valorização da saúde não é exclusiva de quem se percebe como competente para lidar com a saúde: os participantes que se percebem como significativamente menos competentes – isto é, os fumadores regulares – não valorizam a saúde de forma significativamente diferente da forma como os ex-fumadores a valorizam.

Quando se comparam os três grupos (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais) em relação à auto-eficácia situacional (nomeadamente, para a capacidade de abstenção de consumo de tabaco) verifica-se, tal como é evidenciado na literatura, que os ex-fumadores possuem uma auto-eficácia significativamente superior à manifestada pelos fumadores regulares. Esta diferença, dada pela avaliação desta variável cognitiva, encontra a sua expressão mais óbvia ao nível comportamental.

É interessante verificar que existem também diferenças significativas entre fumadores ocasionais e ex-fumadores (sendo que os últimos se percebem como significativamente mais eficazes para se absterem de fumar) e entre fumadores ocasionais e fumadores regulares (sendo, neste caso, são os fumadores ocasionais quem se percebe como significativamente mais eficaz para se abster de fumar).

No seguimento destes resultados seria pertinente elaborar um estudo de *follow up* com estes ex-fumadores e verificar se os níveis altos de auto-eficácia, obtidos neste estudo, poderiam prever com confiança a manutenção deste comportamento abstinente, durante o ano lectivo.

Em relação aos estádios de mudança verifica-se que, e indo ao encontro do que os autores do modelo transteórico documentam, a maior parte dos participantes encontra-se nos primeiros estádios.

De facto, de acordo com Prochaska et al. (1992), na generalidade, verifica-se que 85-90% dos fumadores encontra-se nos estádios de pré-contemplação e contemplação, enquanto que 10-15% encontram-se nos de preparação e acção.

Na presente investigação observou-se que 76% da amostra encontra-se nos dois primeiros estádios (pré-contemplação e contemplação) e que os estádios de preparação e acção concentram 10% do total dos participantes; no último - de manutenção - encontrou-se 12,6% dos alunos que participaram no estudo.

Contudo, no que se refere à distribuição dos fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais pelos cinco estádios do modelo observou-se uma ocorrência que contraria a teoria postulada por este modelo.

De acordo com a teoria, os fumadores ocasionais deveriam ser classificados como fumadores (isto é, nos primeiros 3 estádios), não devendo estar incluídos nos dois últimos estádios de mudança (reservados apenas para ex-fumadores) (Prochaska et al., 1992).

Contudo, verificou-se neste estudo, bem como no estudo original do instrumento utilizado para averiguar os estádios, que uma percentagem dos fumadores ocasionais classifica-se como estando num dos dois últimos estádios do modelo transteórico.

Etter e Sutton (2002) – que fizeram o estudo original deste questionário – documentaram que o estágio de acção incluía 5-7% de fumadores ocasionais e o de manutenção 1-2%. Numa outra investigação o mesmo autor obtém 17% de fumadores ocasionais no estágio de acção (Etter & Sutton, 2002).

No presente estudo a percentagem de fumadores ocasionais que se encontravam nos últimos estádios foi superior: 17,95% (7 participantes) estavam no estágio de acção e 12,82% no de manutenção (o que equivale a 5 indivíduos). Contudo, refere-se que o número de fumadores ocasionais no presente estudo é reduzido ($n=39$) e, como tal, coloca-se a hipótese destas percentagens serem mais baixas caso tivessem participado no estudo mais fumadores ocasionais.

Esta discrepância entre a teoria e o que é averiguado na prática tem vindo a ser objecto de análise: tal ocorrência torna manifesto que esta forma de conceituar os estádios de mudança não reflecte com acuidade a realidade, na medida em que assenta na dicotomização do comportamento de consumo tabágico (fumador *versus* ex-fumador), não deixando espaço para reflectir a realidade de um *continuum*: as pessoas podem mudar de um consumo diário para ocasional ou ir diminuindo, passando por fases de maior ou menor consumo.

Refere-se que o comportamento de consumo ocasional de tabaco pode ser um padrão relativamente estável, mas também pode espelhar a fase de iniciação de consumo num adolescente ou até mesmo de cessação num adulto, e esta complexidade não é representada no conceito de estádios de mudança.

Quando se procede à comparação entre os cinco estádios de mudança, verifica-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os estádios para o valor da saúde. Assim, tal como verificado anteriormente para a situação de consumo de tabaco, independentemente do estágio no qual os participantes estejam, a saúde não é valorizada de forma estatisticamente discrepante.

Em relação à percepção de competência para a saúde, são detectadas diferenças significativas entre os estádios iniciais e os finais, ou seja, entre o primeiro estágio (pré-

contemplação) e o último (manutenção), entre o segundo (contemplação) e o último e ainda entre o segundo e o penúltimo (acção). Este resultado já era de alguma forma esperado, após a constatação das diferenças entre fumadores regulares e ex-fumadores, para a percepção de competência para a saúde.

Comparando o primeiro estágio, que corresponde à inexistência de intenção de deixar de fumar (no tempo de seis meses), com o último estágio (que engloba os ex-fumadores abstinentes há mais de seis meses), verifica-se que as diferenças em relação à percepção de competência para a saúde são estatisticamente significativas, sendo os participantes que se encontram no estágio de manutenção quem manifesta os valores mais altos em relação a esta variável.

De forma semelhante verificam-se diferenças entre os participantes que têm intenção de deixar de fumar no tempo de seis meses (contemplação) e aqueles que deixaram de fumar há menos (acção) ou há mais (manutenção) de seis meses: quem está em contemplação obtém valores significativamente mais baixos (em relação à percepção de competência para a saúde), quando comparado com os indivíduos já em acção ou em manutenção.

Tendo conta que ao avaliar os estádios de mudança avaliou-se por inerência quatro variáveis - comportamento habitual de consumo tabágico, tentativas de cessação deste consumo, intenção de mudança (isto é, de deixar de fumar) e tempo decorrido desde o início da cessação efectiva, tal como é evidenciado por Etter e Sutton (2002) – verifica-se que um determinado padrão destas variáveis coexiste com valores significativamente superiores da variável percepção de competência para a saúde. Ou seja, quem já não consome tabaco, apresenta-se abstinente e deixou de fumar num tempo superior ou inferior a seis meses, manifesta valores de percepção de competência para a saúde estatisticamente superiores aos manifestados por participantes que tenham a intenção de deixar de fumar (no tempo de meio ano), comportamento de consumo e inexistência de tentativas de cessação deste consumo doze meses antes.

Da mesma forma, quem já não consome tabaco, apresenta-se abstinente e deixou de fumar há mais de seis meses, manifesta valores de percepção de competência para a

saúde estatisticamente superiores aos manifestados por participantes que não têm intenção de deixar de fumar (no tempo de seis meses), que apresentam um comportamento de consumo e inexistência de tentativas de cessação deste consumo doze meses antes.

No que respeita à auto-eficácia situacional perante estímulos internos obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro estágio (pré-contemplação) e os três últimos (preparação, acção e manutenção), sendo os participantes que estão nos três últimos estádios quem apresenta níveis mais altos de auto-eficácia.

Ainda em relação ao auto-eficácia face a estímulos internos, observam-se igualmente diferenças significativas entre os níveis de auto-eficácia (para a capacidade de abstenção de fumar) dos participantes que se encontram no segundo estágio (contemplação) e os valores obtidos pelos alunos que se encontram nos três últimos (preparação, acção e manutenção), sendo os participantes que estão nos três últimos estádios quem apresenta níveis mais altos de auto-eficácia.

No que concerne à auto-eficácia (para a abstenção de fumar) perante estímulos externos verificam-se diferenças significativas entre os participantes que estão no primeiro estágio (pré-contemplação) e os que estão nos três últimos (preparação, acção e manutenção). Assim, são os participantes que estão nos três últimos estádios que apresentam níveis mais altos de auto-eficácia (quando comparados com quem ainda não tem a intenção de deixar de fumar no tempo de seis meses).

Igualmente para a capacidade de abstenção de fumar perante estímulos externos observa-se que quem está no estágio da contemplação difere (no sentido de ter valores de auto-eficácia significativamente mais baixos) de quem está nos dois últimos estádios (acção e manutenção).

Ainda em relação à auto-eficácia perante estímulos externos, quem está a meio do modelo para a mudança de comportamento (ou seja, no estágio de preparação) obtém valores desta variável significativamente mais baixos do que quem está no estágio

seguinte (acção, que é o penúltimo estágio) e do que quem está no último estágio (manutenção).

Estes resultados vão ao encontro do que tem sido evidenciado na maior parte da literatura: à medida que se progride nos estádios de mudança a auto-eficácia vai aumentando (por ex., Prochaska et al., 2005).

A investigação recente destaca que níveis altos de auto-eficácia nos ex-fumadores (que se localizam nos estádios de acção e de manutenção) são um bom predictor de manutenção da abstinência, isto é, de não-recaída (por ex., Boudreaux et al., 1998). Desta forma, espera-se que os ex-fumadores que participaram neste estudo se mantenham abstinentes.

Quando se compara os participantes que responderam de forma afirmativa à posse de uma doença com os indivíduos que não tinham conhecimento de ter qualquer doença, verifica-se que existem diferenças significativas em relação à percepção de competência para a saúde: quem tem uma doença percebe-se como menos competente para lidar com a sua saúde.

Este resultado vai ao encontro do que Smith et al. (1995) já haviam referido: a percepção de competência para a saúde pode variar entre pessoas saudáveis e pessoas doentes.

Contudo, a acuidade desta análise encontra-se comprometida pelo facto da dimensão das duas amostras ser tão díspar: apenas 34 dos 380 participantes afirmaram ter pelo menos uma doença diagnosticada por altura da recolha de dados.

Quando se faz o estudo de correlação entre as variáveis valor de saúde e percepção de competência para a saúde, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, mas extremamente fraca ($r_s = 0,149$; $p < 0,01$).

Neste estudo verifica-se que a correlação entre as duas variáveis não é expressiva. Isto pode ficar a dever-se à elevada percentagem de fumadores (278 participantes) e reduzida dimensão da amostra de ex-fumadores (que é pequena – 63 indivíduos -

($r_{pb} = -0.071$; n.s.). Esta conclusão vai ao encontro do que foi relatado por Lau et al. (1986) que afirmam não existir correlação entre o estado de saúde e o valor que é atribuído à mesma.

No que concerne à Análise Factorial Exploratória sugere-se que, em futuras investigações que utilizem estes instrumentos, que se exclua da escala de auto-eficácia situacional os dois itens saturados e que não contribuem para a separação dos dois factores que constituem a escala, tomando de seguida as medidas adequadas para avaliar a fidelidade e a validade do teste sem os dois itens.

Sublinha-se que a média de idade de início do consumo dos participantes neste estudo foi igual a 15 anos. Esta observação está perto do que foi obtido no estudo de Rigotti et al. (2000) para a população americana: a média de início do consumo era de 14 anos.

Tal como é evidenciado pelo estudo de Chassin et al. (2001), é antes do ensino secundário (mais precisamente, entre os 11 e os 14 anos) que se verificaram percepções positivas em relação ao consumo de tabaco. E, dado que a adolescência é um período de desenvolvimento onde a experimentação de comportamentos de risco é frequente, a existência destas crenças já na fase mais inicial da adolescência pode servir de suporte à iniciação do comportamento de consumo de tabaco.

Desta forma, é pertinente projectar programas de intervenção educacional vocacionados para crianças, antes destas percepções positivas sobre este comportamento de risco (e talvez de outros comportamentos de risco) se enraízem.

No que concerne à idade de cessação, verificou-se na amostra em estudo que a média de idade na qual os ex-fumadores deixaram de fumar é 21 anos. De forma análoga, Stanton (1995) sublinha que, num estudo conduzido por ele, verificou que os ex-fumadores tinham assumido um comportamento de cessação de consumo de tabaco aos 21 anos.

Segundo Chassin et al. (2001), é a partir dos 20 anos que se verifica um aumento da valorização da saúde dos jovens adultos. Perante a evidência de que, neste estudo, a média da idade na qual os ex-fumadores deixaram de fumar é igual a 21 anos, coloca-se a hipótese desta ocorrência reflectir, entre outras, a influência que uma valorização mais elevada da saúde pode ter na mudança comportamento (no sentido de cessação do consumo de tabaco).

Não se descarta a hipótese de que, concomitantemente, sejam desvalorizados os motivos que na adolescência eram valorizados em relação ao consumo de tabaco.

Recentemente, vários autores levantaram críticas em relação ao conceito teórico de estágio de mudança (por ex., Sutton, 2001).

Etter e Sutton (2002) referem que a demarcação da passagem do penúltimo estágio (acção) para o último (manutenção), isto é, seis meses, é arbitrária, não resultando de nenhuma mudança cognitiva ou comportamental significativa, decorrendo apenas da passagem do tempo.

E, apesar da literatura documentar a capacidade predictiva dos estádios de mudança em relação à cessação (averiguada em estudos de follow up) (por ex., Etter e Sutton, 2002), Clarke e Aish (2002) referem que é preciso não esquecer que as intenções nem sempre predizem o comportamento: por exemplo, em 1984, Prochaska e DiClemente referiam que os fumadores podiam chegar a demorar dois anos no estágio de contemplação (definido pela intenção de parar de fumar no tempo de seis meses), antes de passarem à preparação (Xiao et al., 2001).

A definição actual de estágio de mudança contempla a avaliação da intenção de deixar de fumar, por parte dos fumadores. Contudo, pode ser relevante considerar, junto dos ex-fumadores, intenções como a de se manter abstinente ou passar a fumar ocasionalmente (Etter & Sutton, 2002). Este tipo de intenção poderá ser também um bom preditor do comportamento futuro, no que concerne ao consumo de tabaco.

No âmbito do consumo de tabaco numa população de jovens, pode ser pertinente destacar também a teoria da Procura de Sensação (*sensation seeking theory*), que preconiza que as pessoas podem ter a necessidade de sensações e experiências múltiplas, novas e complexas, e a vontade de correr riscos físicos e sociais para ter essa experiência (Harmsen et al., 2006).

Na medida em que a nicotina (tal como outras substâncias) possui propriedades estimulantes, pessoas que se enquadrem no que foi descrito sobre a necessidade de ir ao encontro de experiências e sensações particulares poderão valorizar os efeitos causados pelo consumo de tabaco, sendo que, Harmsen et al. (2006) referem vários estudos que documentam a associação entre elevada propensão para a procura de sensação e consumo de tabaco.

Na opinião de Martinelli (1999), a influência dos pares, pais ou irmãos, e factores ligados com a auto-imagem e auto-estima são também determinantes para a manutenção do consumo de tabaco nos estudantes universitários.

Chassin et al. (2001) referem que, mais do que a idade, as crenças relacionadas com a saúde podem ser antes influenciadas mais fortemente pelos comportamentos adoptados pela própria pessoa, pelo comportamento de pessoas significantes, pela aceitação ou deseabilidade do comportamento no contexto social mais próximo ou mais alargado e de tentativas deliberadas para influenciar o comportamento (por ex., programas de educação para a saúde).

Refere-se ainda que a investigação evidencia que os fumadores têm crenças mais positivas em relação ao acto de fumar do que os não-fumadores (Chassin et al., 2001).

Sublinha-se igualmente que outras expectativas de resultado poderão ter tido um peso importante. Assim, e tendo em conta que a presente amostra é constituída por jovens e maioritariamente feminina (82%), a expectativa de ganho de peso associada à cessação tabágica pode ter tido um papel importante na influência da inexistência de intenção de deixar de fumar num futuro próximo (O'Leary, 1992), que se verificava em 43% da amostra (isto é, participantes no estágio de pré-contemplação).

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas.

Assim, a técnica de amostragem (amostragem por conveniência, tendo-se obtido uma amostra não-probabilística) e o tamanho da amostra (em particular, a dimensão dos estádios de preparação, que só tinha 12 participantes, e de acção, apenas com 26), que seria desejável ser superior a trinta participantes em todos os grupos, não permitem a generalização destes resultados.

A averiguação do risco percebido em relação ao comportamento de fumar poderia ter constituído uma contribuição pertinente na exploração das crenças associadas ao consumo e cessação do consumo de tabaco.

A amostra contou com 380 voluntários que aceitaram responder ao questionário aplicado no âmbito deste estudo, mas esta amostra pode não espelhar com acuidade a realidade deste contexto particular (isto é, estudantes do ISPA), dado que houve muitos alunos que não se mostraram disponíveis para participar.

Uma parte dos questionários foi recolhida na última semana de aulas do primeiro semestre, isto é, uma semana antes dos exames. Coloca-se a hipótese destes participantes relatarem resultados (por ex., na quantidade de cigarros consumidos ou até mesmo na auto-eficácia situacional) que, se fossem medidos noutra altura do calendário académico, seriam diferentes.

Refere-se ainda que a avaliação feita da quantidade de cigarros consumidos envolve alguma imprecisão dado que as pessoas tendem a fazer uma estimativa baseada nos maços de cigarros comprados num determinado período temporal. Refere-se ainda que o consumo varia igualmente em relação à unidade, dado que as pessoas por vezes não fumam o cigarro inteiro (Thompson et al., 2003).

No que respeita à definição de ex-fumador utilizada (ter decidido deixar de fumar e estar abstinente há pelo menos um dia), tal pode ter incluído participantes que não se encontravam numa clara cessação tabágica, dado que este período de tempo pode ainda ser demasiado curto para permitir a emergência de sintomas que conduzam a uma recaída.

No que concerne à medição dos estádios de mudança, uma limitação importante deste tipo de medida (e já anteriormente evidenciada) consta na arbitrariedade dos períodos de tempo escolhidos, nomeadamente, seis meses. Contudo, na opinião de Haslam & Draper (2000), seis meses é um *cut point* entre os estádios de acção e de manutenção amplamente aceite.

Conclui-se assim que o presente estudo evidencia que existem diferenças significativas entre fumadores regulares e ex-fumadores, no que concerne à percepção de competência para a saúde; destaca-se que fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais diferem significativamente uns dos outros em relação à auto-eficácia para a capacidade de se absterem de fumar perante estímulos internos e externos.

No que concerne à forma como valorizam a saúde, não foram observadas diferenças significativas entre os três grupos.

Também entre os diferentes estádios de mudança não foram detectadas diferenças no que concerne à valorização da saúde, mas observaram-se diferenças significativas entre os estádios iniciais e os últimos estádios, quer para a percepção de competência para a saúde, quer para a auto-eficácia situacional.

A pertinência da averiguação dos estádios de mudança tem sido articulada com a investigação da psicologia aplicada com intuito de desenvolver e implementar intervenções que tenham em consideração o conceito de estágio de mudança (e, como tal, uma série de variáveis cognitivas particulares), com o objectivo de estruturar intervenções mais eficazes na área da cessação tabágica (Orive et al., 2004; Segan et al., 2005).

A evidência que tem sobressaído nesta área é de que intervenções adaptadas ao estágio no qual o indivíduo se encontra aumentam a probabilidade das pessoas aderirem ao próprio programa, bem como a probabilidade das pessoas serem bem sucedidas na modificação do comportamento em questão (Prochaska et al., 2005).

Estudos na área da cessação tabágica (por ex., Prochaska et al., 1992) têm evidenciado que pessoas em estádios mais iniciais estão menos convencidas dos

malefícios do consumo de tabaco do que pessoas que se encontrem em estádios de mudança mais avançados.

Desta forma, indivíduos nos primeiros estádio (pré-contemplação e contemplação) irão beneficiar de informação gráfica que conduza a um aumento de consciência das consequências nocivas de fumar, enquanto que pessoas em estádios mais avançados, como o de preparação e o de acção, tiram mais benefícios de um treino de competências que facilite a mudança deste comportamento (Haslam & Draper, 2000).

Dado o elevado consumo de tabaco entre a população de estudantes do ensino superior torna-se importante constituir os jovens adultos fumadores como alvo de intervenções de prevenção secundária, com o objectivo de atingir a cessação (ou diminuição do consumo) tabágica.

À luz das conclusões de Chassin et al. (2001), em relação ao valor diminuído que os alunos do ensino secundário atribuem a uma boa saúde, torna-se pertinente, ao nível da prevenção primária, delinear programas que foquem as percepções de valor da saúde - esta questão é também defendida por Lau et al. (1986) - ou apelar a outros valores que possam prevenir os adolescentes de adoptar comportamentos de risco (como é o caso de fumar), enquanto que a percepção de risco deverá ser trabalhada com pré-adolescentes (11-14 anos), dado que foi nesta idade que se verificou uma diminuição da percepção do risco pessoal do jovem que fuma e concomitante aumento de percepção de benefícios aliados ao acto de fumar.

No que concerne aos estudantes do ensino superior, Sejr e Osler (2002) evidenciam que interditar o consumo de tabaco no interior das universidades poderá ajudar os estudantes a deixarem de fumar.

Martinelli (1999) é da opinião de que os estudantes universitários beneficiam de intervenções que promovam o evitamento de ambientes onde se fume e que influenciem as crenças de auto-eficácia e de controlo da saúde, com o intuito de diminuir o consumo de tabaco activo e passivo.

E porque as consequências a longo prazo não influenciam o comportamento de fumar (no sentido da sua cessação), parece pertinente identificar consequências a curto prazo,

percepcionadas como negativas (por ex., mudanças na aparência pessoal - tais como, hálito desagradável ou odores na roupa – ou despesa significativa) e que possam, ao ser fortemente valorizadas pelos jovens adultos, influenciar o comportamento no sentido da cessação tabágica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anatchkova, M., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2006). Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1101-1115.
- Baer, J. S., Holt, C. S., & Lichtenstein, E., (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 846-852.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 71-81. San Diego: Academic Press.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Boudreaux, E., Carmack, C. L., Scarinci, I. C., & Brantley, P. J., (1998). Predicting smoking stage of change among a sample of low socioeconomic status, primary care outpatients: replication and extension using decisional balance and self-efficacy theories. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 148-165.
- Boudreaux, E. D., Francis, J. L., Taylor, C. L. C., Scarinci, I. C., & Brantley, P. L. (2003). Changing multiple health behaviors: smoking and exercise. *Preventive Medicine*, 36, 471-478.
- Budd & Preston, (2001). College students' attitudes and beliefs about the consequences of smoking: development and normative scores of a new scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(9), 421-427

- Carosella, A. M., Ossip-Klein, D. J., & Owens, C. A. (1999). Smoking attitudes, beliefs and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses. *Addictive Behaviors*, 24(3), 331-344.
- Chapman, S., Wong, W. L., & Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health*, 83(2), 215-219.
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (2001). From adolescence to adulthood: age-related changes in beliefs about cigarette smoking in a midwest community sample. *Health Psychology*, 20(5), 377-386.
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., & Kim, K. (2003). Historical changes in cigarette smoking and smoking related beliefs after two decades in a midwestern community. *Health Psychology*, 22(4), 347-353.
- Clarke, K. E. & Aish, A. (2002). An exploration of health beliefs and attitudes of smokers with vascular disease who participate in or decline a smoking cessation program. *Journal of Vascular Nursing*, 20(3), 96-105.
- Cropley, M., Ayers, S., & Nokes, L. (2003). People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within the transtheoretical model. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 409-414.
- Cummings, K. M., Hyland, A., Giovino, G. A., Hastrup, J. L., Bauer, J. E., & Bansal, M. A. (2003). Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nicotine & Tobacco Research*, 6(3), 333-340.
- DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.
- D'Oliveira, T. (2002). *Teses e dissertações – recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.
- Etter, JF., Bergman, M. M., Humair, JP., & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95(6), 901-913.

- Etter, JF., & Sutton, S. (2002). Assessing "stage of change" in current and former smokers. *Addiction*, 97, 1171-1182.
- Fahrenwald, N. L., & Walker, S. N. (2003). Application of the transtheoretical model of behavior change to the physical activity behavior of WIC mothers. *Public Health Nursing*, 20(4), 307-317.
- Fava, J. L., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O., (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20(2), 189-203.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine*, 31(10), 1159-1168.
- Goldberg, J., & Fischhoff, B. (2000). The long-term risks in the short-term benefits: perceptions of the potentially addictive activities. *Health Psychology*, 19(3), 299-303.
- Grube, J. W., McGree, S. T., & Morgan, M. (1986). Beliefs related to cigarette smoking among Irish college students. *International Journal of the Addictions*, 21(6), 701-706.
- Guillot, J. Kilpatrick, M., Hebert, E., & Hollander, D., (2004). Applying the transtheoretical model to exercise adherence in clinical settings. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 1-10.
- Hacker, K., Brown, E., Cabral, H., & Dodds, D. (2005). Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 80-93.
- Halpern, M. T. & Warner, K. E. (1994). Differences in former smokers' beliefs and health status following smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 31-38.
- Hanna, E. Z., Faden, V. B., & Dufour, M. C. (1994). The motivational correlates of drinking, smoking and illicit drug use during pregnancy. *Journal of substance Abuse*, 6, 155-167.
- Harmsen, H., Bischof, G., Brooks, A., Hohagen, F., & Rumpf, H.-J. (2006). The relationship between impaired decision-making, sensation seeking and readiness to change in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 31(4), 581-592.

- Haslam, C. & Draper, E. (2000). Stage of change is associated with assessment of the health risks of maternal smoking among pregnant women. *Social Science & Medicine*, 51, 1189-1196.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hermand, D., Mullet, E., & Coutelle, B. (2001). Perception of the combined effect of smoking and alcohol on health. *The Journal of Social Psychology*, 135(2), 167-174.
- Herzog, T. A., Abrams, D. B., Emmons, K. M., Linnan, L. A., & Shadel, W. G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. *Health Psychology*, 18(4), 369-375.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Kelley, F. J., Thomas, S. A., & Friedman, E. (2003). Health risk behaviors in smoking and non-smoking young women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(4), 179-184.
- Kristeller, J. L., Rossi, J. S., Ockene, J. K., Goldberg, R., & Prochaska, J. O. (1992). Processes of change in smoking cessation: A cross-validation study in cardiac patients. *Journal of Substance Abuse*, 4(3), 263-276.
- Kristiansen, C. M. (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 748-758.
- Lau, R. R., Hartman, K. A., & Ware, J. E. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25-43.
- Lloyd-Richardson, E. E., Papandonatos, G., Kazura, A., Stanton, C., & Niaura, R. (2002). Differentiating stages of smoking intensity among adolescents: stage-specific psychological and social influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 998-1009.
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.

- Marks, D. F. (1998). Addiction, smoking and health: developing policy-based interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 3(1), 97-112.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinelli, A. M. (1999). An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking college students. *Public Health Nursing*, 16 (4), 263-269.
- Moran, S., Glazier, G., Armstrong, K. (2003). Women smokers' perceptions of smoking-related health risks. *Journal of Women's Health*, 12(4), 363-371.
- Norman, G. J., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1998). Dynamic typology clustering within the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 23(2), 139-153.
- Norman, G. J., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (2000). Cluster Subtypes within stages of change in a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 25(2), 183-204.
- Oakes, W., Chapman, S., Borland, R., Balmford, J., & Trotter, L. (2004). "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Preventive Medicine*, 39, 776-782.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
- Oleckno, W. A., & Blacconiere, M. J. (1990). A multiple discriminant analysis of smoking status and health-related attitudes and behaviors. *Journal of American Preventive Medicine*, 6(6), 323-329.
- Orive, J. I. G., Miguel, T. P., Ruiz, C. J., Reina, S. S., Albiach, J. M., Sacristán, J. E., & Sánchez, L. C. (2004). Distribution of stages of change in smoking behavior in a group of young smokers (transtheoretical model). *Military Medicine*, 169(12), 972-975.
- Petrocelli, J. V. (2002). Processess and stages of change: counseling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling and Development*, 80, 22-30.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., & Rossi, J. S. (1991). Patterns of change: dynamic topology applied to smoking cessation. *Behavioral Research*, 26(1), 83-107.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Prochaska, J. O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(6), 721-732.
- Prochaska, J. M., Paiva, A. L., Padula, J. A., Prochaska, J. O., Montgomery, J. E., Hageman, L., & Bergart, A. M., (2005). Assessing emotional readiness for adoption using the transtheoretical model. *Children and Youth Services Review*, 27, 135-152.
- Prokhorov, A. V., Warneke, C., Moor, C., Emmons, K. M., Jones, M. M., Rosenblum, C., Hudmon, K. S., & Gritz, E. R. (2003). Self-reported health status, health vulnerability, and smoking behavior in college students: implications for intervention. *Nicotine and Tobacco Research*, 5(4), 545-552.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rigotti, N., Lee, J. E., Wechsler, H. (2000). US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *Journal of the American Medical Association*, 284(6), 699-705.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.). *Annual Review of Psychology*, vol. 40, 533-579.
- Ruggiero, L., Tsoh, J. Y., Everett, K., Fava, J. L., & Guise, B. J. (2000). The transtheoretical model of smoking: comparison of pregnant and non-pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 25(2), 239-251.

- Saules, K. K., Pomerleau, C. S., Snedecor, S. M., Mehringer, A. M., Shadle, M. B., Kurth, C. & Krahn, D. D. (2004). Relationship of onset of cigarette smoking during college to alcohol use, dieting concerns, and depressed mood: results from the young women's health survey. *Addictive Behaviors*, 29, 893-899.
- Segan, C. J., Borland, R., & Greenwood, K. M. (2002). Do transtheoretical model measures predict the transition from preparation to action in smoking cessation? *Psychology and Health*, 17(4), 417-435.
- Segan, C.J., Borland, R., & Greenwood, K. M. (2005). Can transtheoretical model measures predict relapse from the action stage of change among ex-smokers who quit after calling a quitline? Article in press.
- Sejr, H. S., & Osler, M. (2002). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes and professional behavior? *Preventive Medicine*, 34, 260-265.
- Smith, M. S., Wallston, K. A., & Smith, C. A. (1995). The development and validation of the perceived health competence scale. *Health Education Research: Theory & Practice*, 10(1), 51-64.
- Snow, M. G., Prochaska, J. O., & Rossi, J. S., (1992). Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: a cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse*, 4(2), 107-116.
- Spencer, L., Pagell, F., & Adams, T., (2005). Applying the transtheoretical model to cancer screening behavior. *American Journal of Health Behavior*, 29(1), 36-56.
- SPSS (2005). *SPSS Advanced Models 14.0*. SPSS: Chicago.
- Stanton, W. R. (1995). *DSM-III-R* tobacco dependence and quitting during late adolescence. *Addictive Behaviors*, 20, 595-603.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baban, A., Glass, K., Pelzer, K., Tsuda, A., & Vinck, J. (2002). An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 97, 1561-1571.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175-186.

- Thompson, B., Thompson, L. A., Thompson, J., Fredrickson, C., & Bishop, S. (2003). Heavy smokers: a qualitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(6), 923-933.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situation and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.
- Waldrop, D., Lightsey, O. R., Ethington, C. A., Woemmel, C. A., & Coke, A. L. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 233-238
- Wallston (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.
- WHO (1996). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.
- WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence (2001). *Encouraging people to stop smoking*. Geneva: WHO.
- Willaing, I., Jørgensen, T., & Iversen, L. (2003). How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 149-155.
- Wilson, D.K, Wallston, K. A., King, J. E., Smith, M. S., & Heim, C. (1993). Validation of smoking abstinence in newly diagnosed cardiovascular patients. *Addictive Behaviors*, 18(4), 421-9.
- Xiao, J. J., O'Neill, B., Prochaska, J. M., Kerbel, C., Brennan, P., & Bristow, B. (2001). Application of the transtheoretical model to change financial behavior. *Consumer Interests Annual*, 47, 1-9.

OUTRAS FONTES:

- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2001). Smoking and oral tobacco use. Retrieved September, 2005, from www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0883-0958.pdf
- WHO, Global Infobase Online (2005). Portugal: report – most recent national survey country profile. In

http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/reportViewer.aspx?UN_Code=620&rptCode=BCP&dm=8

WHO, Health for All Database (2006). Tobacco control database. In <http://data.euro.who.int/tobacco/Default.aspx?TabID=2404>

ANEXO 1

12 – Geralmente, sou capaz de atingir as minhas metas em relação à minha saúde.

1
Discordo
fortemente

2

3

4

5
Concordo
fortemente

De seguida encontra-se uma lista de situações nas quais algumas pessoas podem sentir-se tentadas a fumar. Indique se tem a certeza de se poder **ABSTER DE FUMAR** nas seguintes situações.

	Não tenho nenhuma certeza 1	2	3	4	Tenho toda a certeza 5
1 – Quando me sinto nervoso(a)					
2 – Quando estou em baixo.					
3 - Quando estou muito angustiado(a).					
4 – Quando estou zangado(a).					
5 – Quando quero reflectir sobre um problema difícil.					
6 – Quando sinto a falta de fumar cigarros.					
7 – Quando tomo um copo com amigos.					
8 – Quando estou a festejar qualquer coisa.					
9 – Quando tomo um copo de vinho, de cerveja ou de outra bebida alcoólica.					
10 – Quando estou na companhia de fumadores.					
11 – Depois de uma refeição.					
12 – Quando bebo um café ou um chá.					

Mais uma vez obrigada pela sua participação.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA AVERIGUAR OS ESTÁDIOS DE MUDANÇA

(Etter & Sutton, 2002)

1 - Já fumou PELO MENOS 100 cigarros na sua vida? Sim _____ Não _____

2 - Qual das frases seguintes descreve melhor a sua situação actual?

- a) Fumo e NÃO tenho intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses.
- b) Fumo, mas estou seriamente a considerar deixar de fumar nos próximos 6 meses.
- c) Fumo, mas decidi deixar de fumar nos próximos 30 dias.
- d) Sou ex-fumador(a); deixei de fumar há MENOS de 6 meses.
- e) Sou ex-fumador(a); deixei de fumar há MAIS de 6 meses.

3 - Nos últimos 12 meses tentou deixar de fumar e conseguiu não fumar pelo menos durante 24 horas? Sim _____ Não _____

CHAVE:

Questões	1	2	3
Pré-contemplação	Sim	a)	--
Contemplação	Sim	b)	--
Contemplação	Sim	c)	Não ou <i>missing</i>
Preparação	Sim	c)	Sim
Acção	Sim	d)	--
Manutenção	Sim	e)	--

ANEXO 3

ESCALA DO VALOR DA SAÚDE
(Lau, Hatman, & Ware, 1986)

1 - Se não se tiver saúde não se tem nada.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo						Concordo
fortemente						fortemente

2 - Existem muitas coisas com que me preocupo mais do que com a minha saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo						Concordo
fortemente						fortemente

3 - Uma boa saúde é apenas um pormenor de menor importância numa vida feliz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo						Concordo
Fortemente						fortemente

4 - Não há nada mais importante do que ter uma boa saúde.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo						Concordo
fortemente						fortemente

ANEXO 4

ESCALA DE PERCEPCÃO DE COMPETÊNCIA PARA A SAÚDE
(Smith, Wallston, & Smith, 1995)

1 – Para mim é difícil encontrar soluções eficazes para os problemas de saúde que me vão aparecendo.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

2 – Eu acho que os esforços que eu faço para mudar coisas que eu não gosto em relação à minha saúde são ineficazes.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

3 – Eu consigo gerir-me bem em relação à minha saúde.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

4 – Eu sou capaz de fazer coisas pela minha saúde tão bem como a maior parte das outras pessoas.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

5 – Eu consigo ter sucesso nos projectos que empreendo para melhorar a minha saúde.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

6 – Normalmente, os meus planos para a minha saúde não resultam bem.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

7 – Não importa o quanto eu me esforce, a minha saúde nunca acaba por ser do modo que eu gostaria.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

18 – Geralmente, sou capaz de atingir as minhas metas em relação à minha saúde.

1	2	3	4	5
Discordo fortemente				Concordo fortemente

ANEXO 5

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA SITUACIONAL
(Etter, Bergman, Humair, & Perneger, 2000)

De seguida encontra-se uma lista de situações nas quais algumas pessoas podem sentir-se tentadas a fumar. Indique se tem a certeza de se poder **ABSTER DE FUMAR** nas seguintes situações.

	Não tenho nenhuma certeza 1	2	3	4	Tenho toda a certeza 5
1 – Quando me sinto nervoso(a)					
2 – Quando estou em baixo.					
3 - Quando estou muito angustiado(a).					
4 – Quando estou zangado(a).					
5 – Quando quero reflectir sobre um problema difícil.					
6 – Quando sinto a falta de fumar cigarros.					
7 – Quando tomo um copo com amigos.					
8 – Quando estou a festejar qualquer coisa.					
9 – Quando tomo um copo de vinho, de cerveja ou de outra bebida alcoólica.					
10 – Quando estou na companhia de fumadores.					
11 – Depois de uma refeição.					
12 – Quando bebo um café ou um chá.					

ANEXO 6

**QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA, DE
COMPORTAMENTO TABÁGICO E EXISTÊNCIA DE DIAGNÓSTICO
CLÍNICO**

Sou **FUMADOR(A)**: ____ Sou **EX-FUMADOR(A)**: ____ Sou **FUMADOR(A) OCASIONAL**: ____

(Caso seja FUMADOR(A)) Actualmente, quantos cigarros fuma por dia: ____

(Caso seja EX-FUMADOR(A)) Com que idade deixou de fumar: ____

(Caso seja EX-FUMADOR(A)) Costumava fumar quantos cigarros fuma por dia: ____

(Caso seja FUMADOR(A) OCASIONAL) Actualmente, quantos cigarros fuma: por semana ____ ou
por mês ____ .

Com que idade começou a fumar: ____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Idade: ____

Habilitações Literárias: ____

Profissão: ____

Estado Civil: ____

O(A) seu(sua) namorado(a)/companheiro(a)/cônjuge é:

a) Fumador(a) ____ b) Ex-fumador(a) ____ c) Fumador Ocasional ____ d) Não-fumador(a) ____

e) Não está numa relação actualmente ____

Neste momento tem alguma(s) doença(s) diagnosticada(s): Sim ____ Não ____

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

5
DM.
PIME/F.2

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Quando o Nevoeiro se Dissipa...: Crenças de Saúde e Estádios de Mudança numa
Amostra de Fumadores e Ex-fumadores**

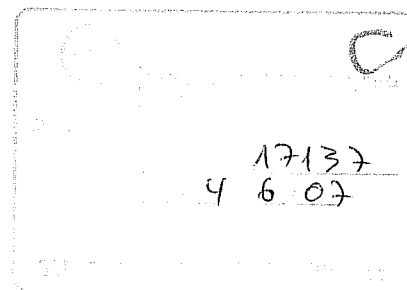
OUTPUTS

Filipa Fernandes Pimenta



17137

2006



Ordem de Apresentação dos Outputs

- 1 - Caracterização das Variáveis Qualitativas
- 2 - Caracterização das Variáveis Quantitativas
- 3 - Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos três grupos (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 4 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição dos participantes pelos cinco estádios de mudança
- 5 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 6 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável sexo pelos cinco estádios de mudança
- 7 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável habilitações literárias (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 8 - Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável habilitações literárias nos cinco estádios de mudança
- 9 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 10 – Teste de Kruskal-Wallis relativamente à distribuição da variável idade (pré-contemplação vs. contemplação vs. preparação vs acção vs manutenção)
- 11 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável estado civil (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 12 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável estado civil nos cinco estádios de mudança

- 13 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável situação de consumo da namorada/companheira/cônjuge (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 14 – Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo relativamente à distribuição da variável situação de consumo da namorada/companheira/cônjuge (pré-contemplação vs. contemplação vs. preparação vs. acção vs. manutenção)
- 15 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável situação profissional: estudante/trabalhador-estudante (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 16 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável situação profissional: estudante/trabalhador-estudante nos cinco estádios de mudança
- 17 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável existência de diagnóstico de doença (fumadores regulares vs. ex-fumadores vs. fumadores ocasionais)
- 18 – Teste de Qui-quadrado relativamente à distribuição da variável existência de diagnóstico de doença pelos cinco estádios de mudança
- 19 – Avaliação da consistência interna: Escala do Valor da Saúde
- 20 – Avaliação da consistência interna: Escala de Percepção de Competência para a Saúde
- 21 – Avaliação da consistência interna: Escala de Auto-eficácia Situacional (sub-escala de estímulos internos e externos)
- 22 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável valor da saúde pelas três situações de consumo: fumador regular, ex-fumadores e fumadores ocasionais)
- 23 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável percepção de competência para a saúde pelas três situações de consumo: fumador regular, ex-fumadores e fumadores ocasionais)
- 24 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável auto-eficácia situacional pelas três situações de consumo: fumador regular, ex-fumadores e fumadores ocasionais)

- 25 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável valor da saúde pelos cinco estádios de mudança)
- 26 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável percepção de competência para a saúde pelos cinco estádios de mudança)
- 27 – Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável auto-eficácia situacional pelos cinco estádios de mudança)
- 28 – ANOVA one-way para o Valor da Saúde: Fumadores Regulares vs. Ex-Fumadores vs. Fumadores Ocasionais
- 29 – ANOVA one-way para a Percepção de competência para a saúde: Fumadores regulares vs. Ex-Fumadores vs. Fumadores Ocasionais
- 30 – ANOVA one-way para a Auto-eficácia Situacional: Fumadores vs. Ex-Fumadores vs. Fumadores Ocasionais
- 31 – Teste de Kruskal-Wallis para o Valor da Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança
- 32 – Teste de Kruskal-Wallis para a Percepção de Competência para a Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança
- 33 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Percepção de Competência para a Saúde: comparação entre os cinco estádios de mudança
- 34 - Teste de Kruskal-Wallis para a Auto-eficácia Situacional: comparação entre os cinco estádios de mudança
- 35 – ANOVA one-way (comparação múltipla de médias pelo método LSD de Fisher) para a Auto-eficácia Situacional: comparação entre os cinco estádios de mudança
- 36 – Teste de Mann-Whitney para a Percepção de Competência para a Saúde: participantes com uma doença diagnosticada vs. participantes sem doença diagnosticada
- 37 – Correlação entre as variáveis valor da saúde e percepção de competência para a saúde

- 38 - Correlação entre as variáveis valor da saúde e auto-eficácia situacional (para estímulos internos e externos)
- 39 - Correlação entre as variáveis percepção de competência para a saúde e auto-eficácia (sub-escala de estímulos internos e externos)
- 40 - Correlação entre as variáveis situação de consumo dos participantes e situação de consumo da namorada/companheira/cônjuge do participante
- 41 - Correlação entre as variáveis valor da saúde e existência de um diagnóstico de doença
- 42 - Correlação entre as variáveis percepção de competência para a saúde e existência de um diagnóstico de doença
- 43 – Análise Factorial: escala de auto-eficácia situacional
- 44 – Análise Factorial: escala do valor da saúde (extração de factores sempre que o *eigenvalue* tiver um valor igual ou superior a um)
- 45 – Análise Factorial: escala do valor da saúde (extração de dois factores)
- 46 - Análise Factorial: escala de percepção de competência para a saúde

Caracterização da Amostra (variáveis qualitativas)

Frequencies

Statistics

		Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Situação	Sexo	Habilitações Literárias	Estudante vs Trabalhador-Estudante	Profissão
N	Valid	375	380	380	380	378	378
	Missing	5	0	0	0	2	2
Mean		2,12	1,37	1,82	5,48	1,18	3,75
Mode		1	1	2	7 ^a	1	1

Statistics

		Estado Civil	Situação do Namorado/ Companheiro/Cônjuge	Existência de Doença Diagnostica da
N	Valid	377	371	380
	Missing	3	9	0
Mean		1,11	2,76	1,09
Mode		1	1	1

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pré-contemplação	162	42,6	43,2	43,2
	Contemplação	127	33,4	33,9	77,1
	Preparação	12	3,2	3,2	80,3
	Ação	26	6,8	6,9	87,2
	Manutenção	48	12,6	12,8	100,0
	Total	375	98,7	100,0	
Missing	System	5	1,3		
Total		380	100,0		

Situação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fumador	278	73,2	73,2	73,2
	Ex-fumador	63	16,6	16,6	89,7
	Fumador Ocasional	39	10,3	10,3	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	68	17,9	17,9	17,9
	Feminino	312	82,1	82,1	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3º ano de Licenciatura	93	24,5	24,5	24,5
	4º ano de Licenciatura	9	2,4	2,4	26,8
	Licenciatura (Psicologia Social e das Organizações)	1	,3	,3	27,1
	Licenciatura	5	1,3	1,3	28,4
	Bacharelato	3	,8	,8	29,2
	2º ano de Licenciatura	57	15,0	15,0	44,2
	1º ano de Licenciatura	105	27,6	27,6	71,8
	12º ano (Ensino Secundário)	105	27,6	27,6	99,5
	Mestrado	2	,5	,5	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

Estudante vs Trabalhador-Estudante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	311	81,8	82,3	82,3
	Trabalhador-estudante	67	17,6	17,7	100,0
	Total	378	99,5	100,0	
Missing	System	2	,5		
Total		380	100,0		

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	310	81,6	82,0	82,0
	Psicóloga	1	,3	,3	82,3
	Professora	2	,5	,5	82,8
	assistente de apoio (call centre)	5	1,3	1,3	84,1
	Contabilista	2	,5	,5	84,7
	Animadora cultural	2	,5	,5	85,2
	Enfermeira	1	,3	,3	85,4
	Bancária	1	,3	,3	85,7
	Técnico de óptica ocular	1	,3	,3	86,0
	Funcionário Público	3	,8	,8	86,8
	Recepcionista	2	,5	,5	87,3
	Fotógrafo	1	,3	,3	87,6
	Trabalhadora estudante	6	1,6	1,6	89,2
	Funcionária Administrativa	11	2,9	2,9	92,1
	cabeleireira	1	,3	,3	92,3
	Músico	2	,5	,5	92,9
	desempregada	1	,3	,3	93,1
	Gestor comercial	4	1,1	1,1	94,2
	Monitor de Tempos livres	1	,3	,3	94,4
	Instrutor de condução	1	,3	,3	94,7
	Técnico informático	4	1,1	1,1	95,8
	Assistente de Loja	3	,8	,8	96,6
	Técnica de Turismo	1	,3	,3	96,8
	Gestor de Recursos Humanos	1	,3	,3	97,1
	Cavaleiro Profissional	1	,3	,3	97,4
	Designer	1	,3	,3	97,6
	Arquitecto	1	,3	,3	97,9
	Empresária	1	,3	,3	98,1
	Gerente	1	,3	,3	98,4
	Auxiliar de Educação	1	,3	,3	98,7
	Técnica Psicossocial	2	,5	,5	99,2
	Consultora de comunicação	1	,3	,3	99,5
	Actriz	1	,3	,3	99,7
	Operadora de supermercado	1	,3	,3	100,0
	Total	378	99,5	100,0	
Missing	System	2	,5		
Total		380	100,0		

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	346	91,1	91,8	91,8
	Casado	23	6,1	6,1	97,9
	Divorciado	4	1,1	1,1	98,9
	União de facto	4	1,1	1,1	100,0
	Total	377	99,2	100,0	
Missing	System	3	,8		
Total		380	100,0		

Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge

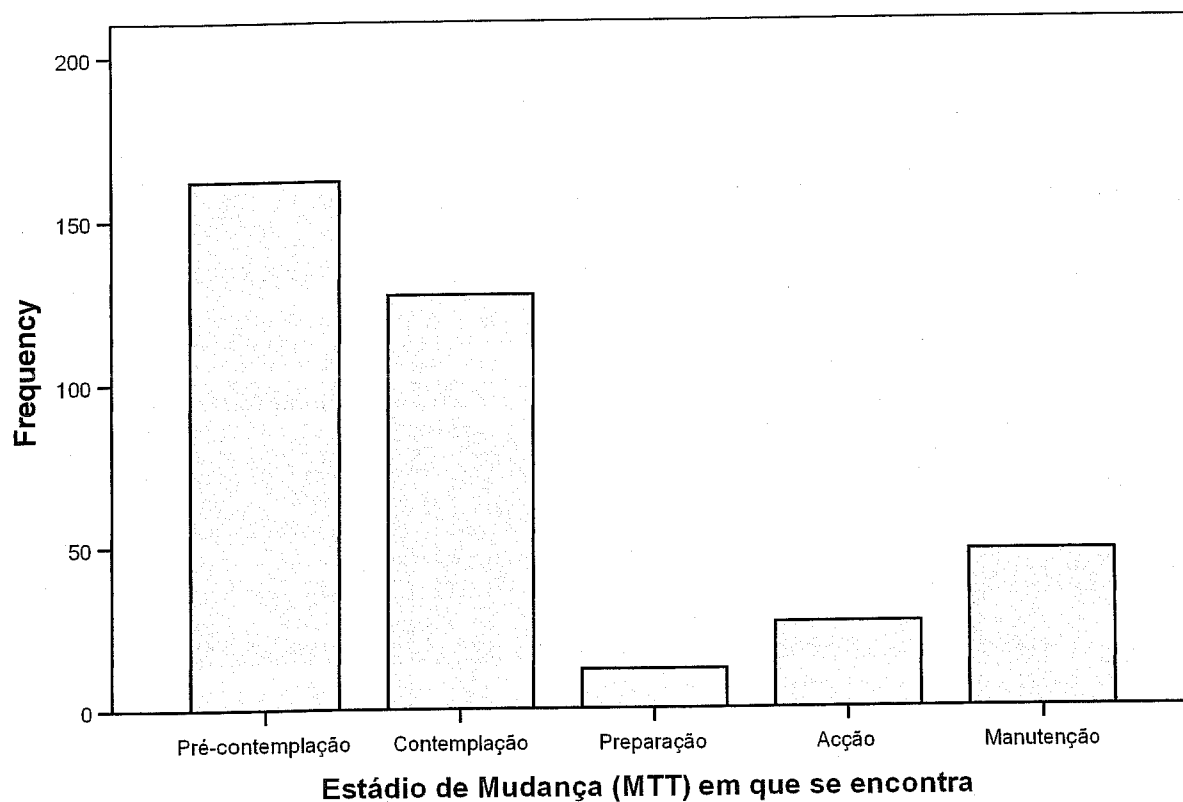
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fumador	139	36,6	37,5	37,5
	Ex-fumador	26	6,8	7,0	44,5
	Não-fumador	81	21,3	21,8	66,3
	Fumador Ocasional	34	8,9	9,2	75,5
	Não está numa relação actualmente	91	23,9	24,5	100,0
	Total	371	97,6	100,0	
Missing	System	9	2,4		
Total		380	100,0		

Existência de Doença Diagnosticada

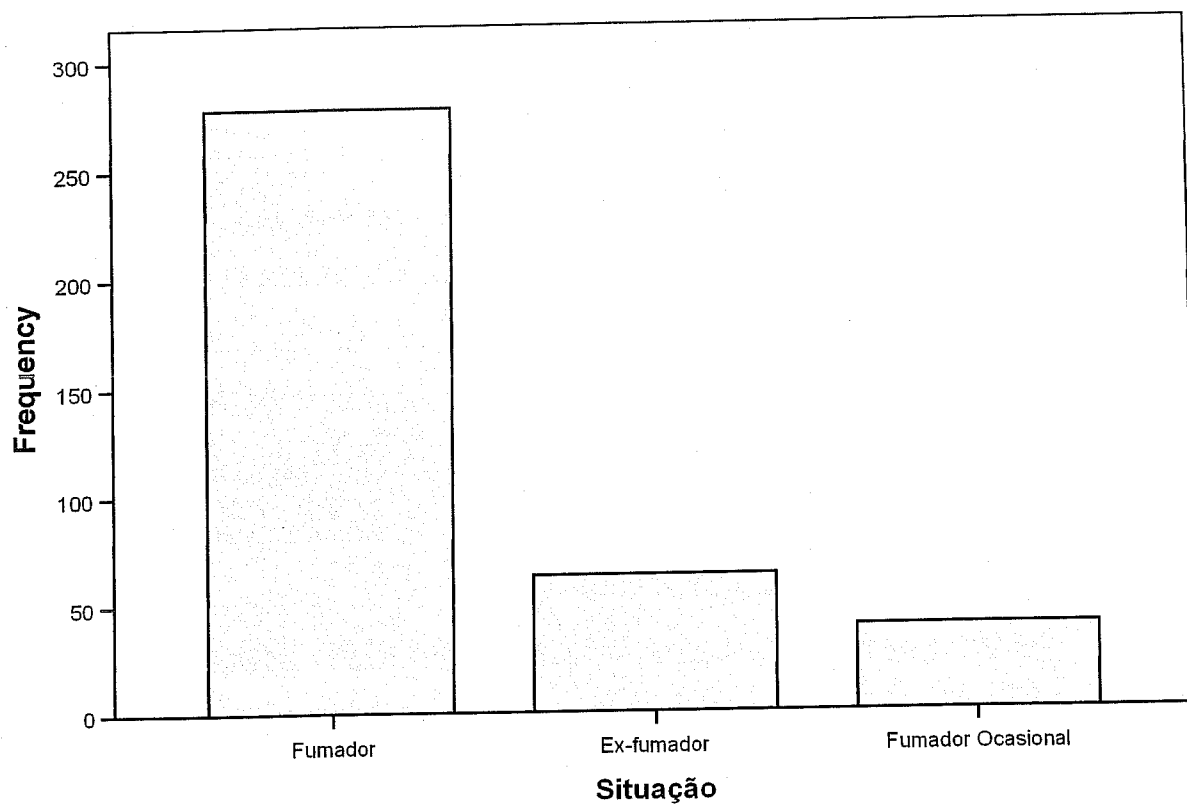
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	346	91,1	91,1	91,1
	Sim	34	8,9	8,9	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

Bar Chart

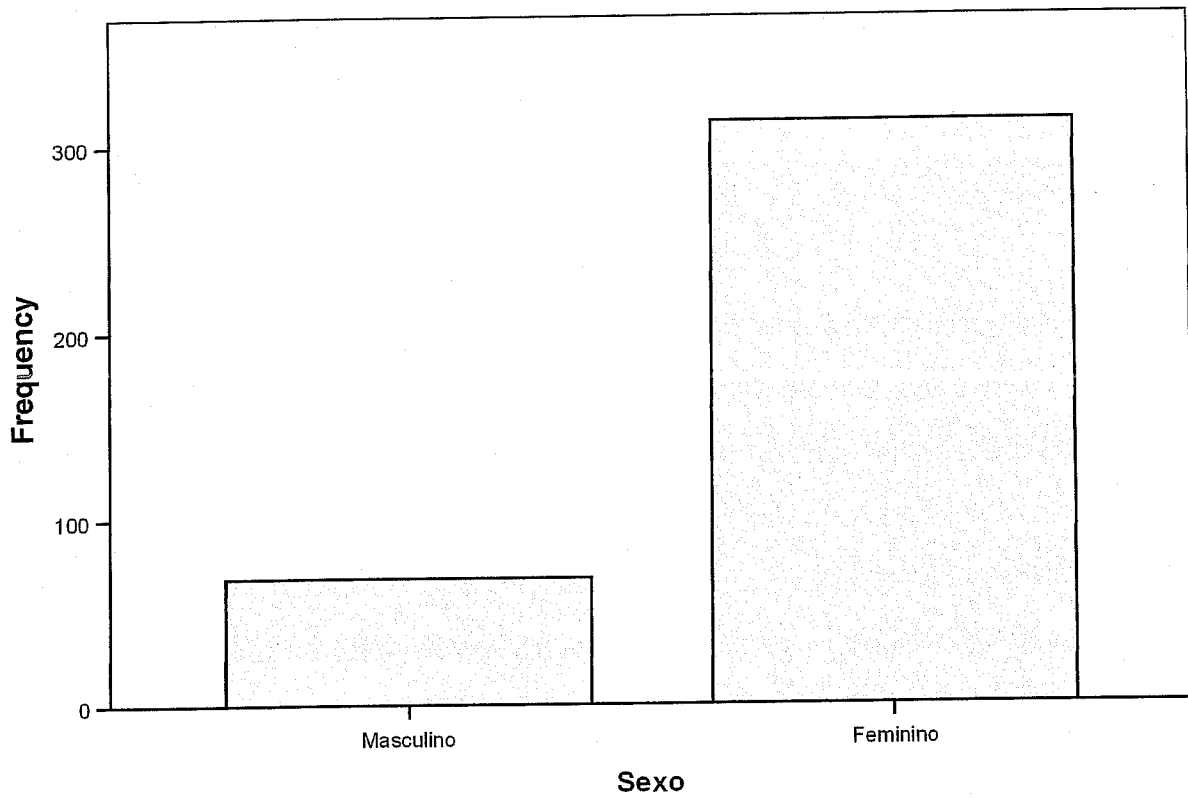
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra



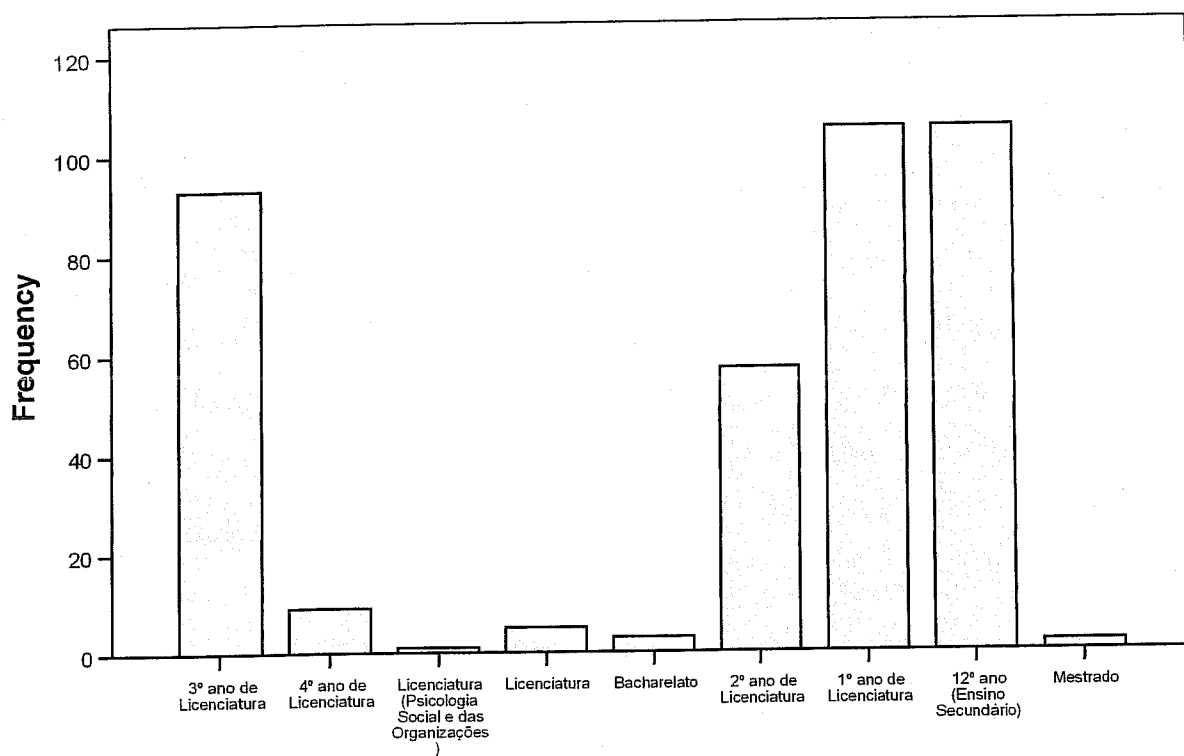
Situação



Sexo

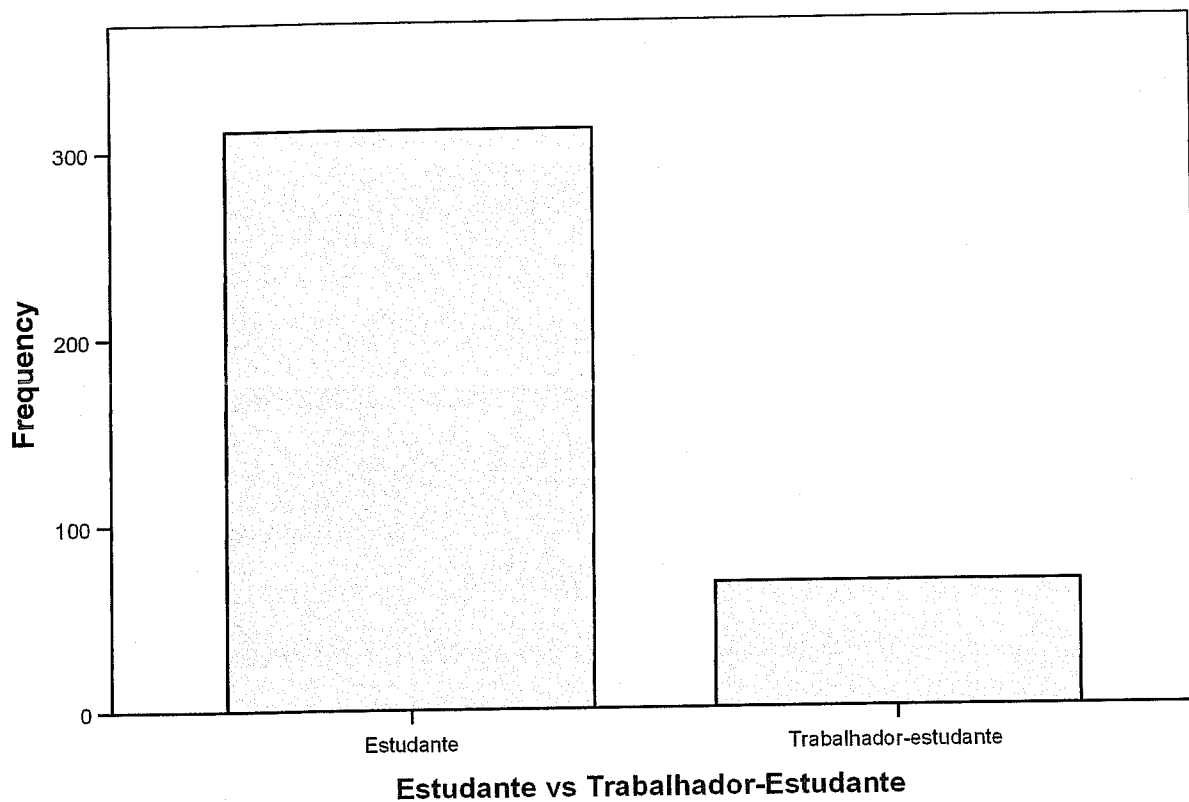


Habilitações Literárias

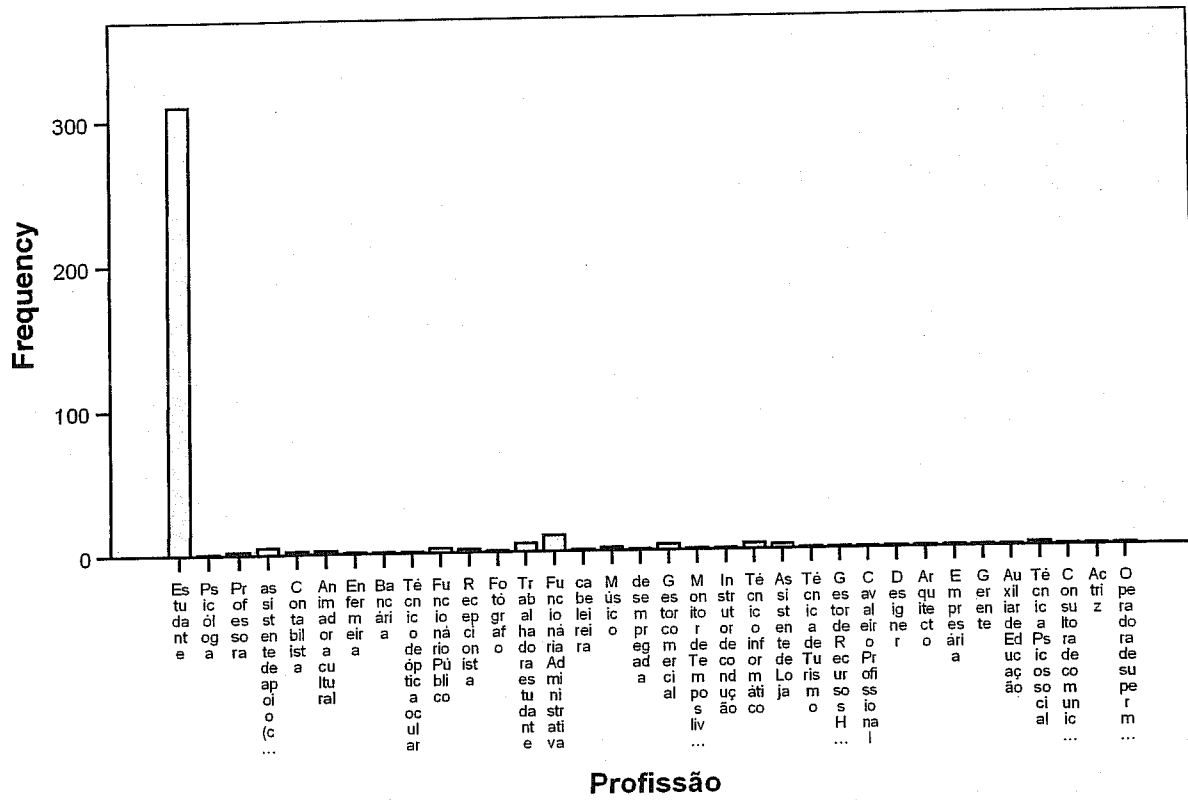


Habilitações Literárias

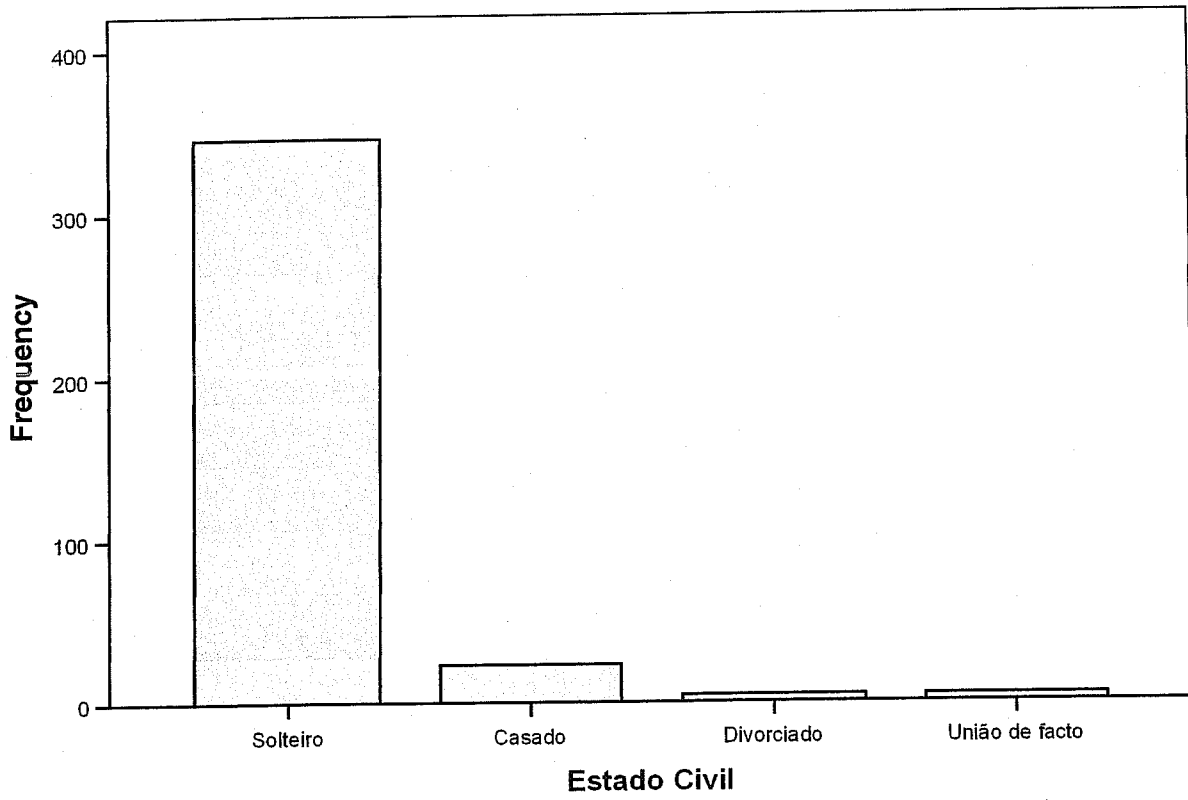
Estudante vs Trabalhador-Estudante



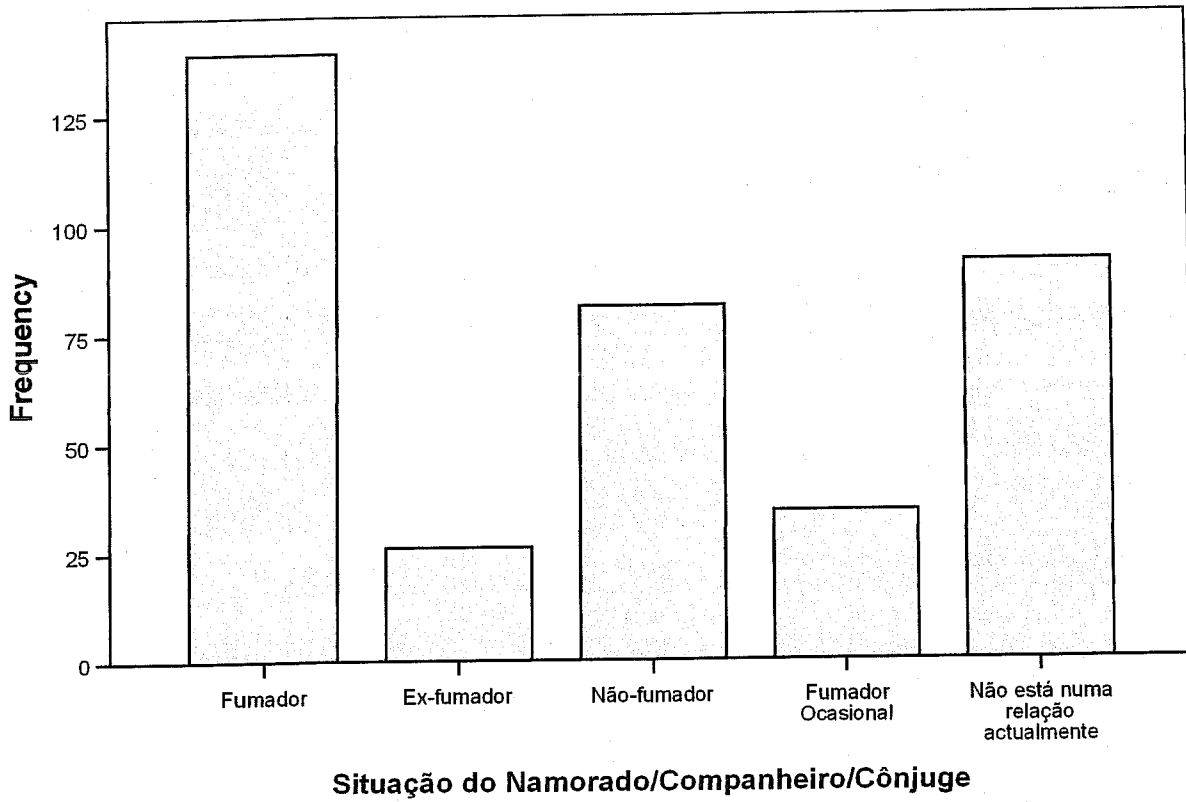
Profissão



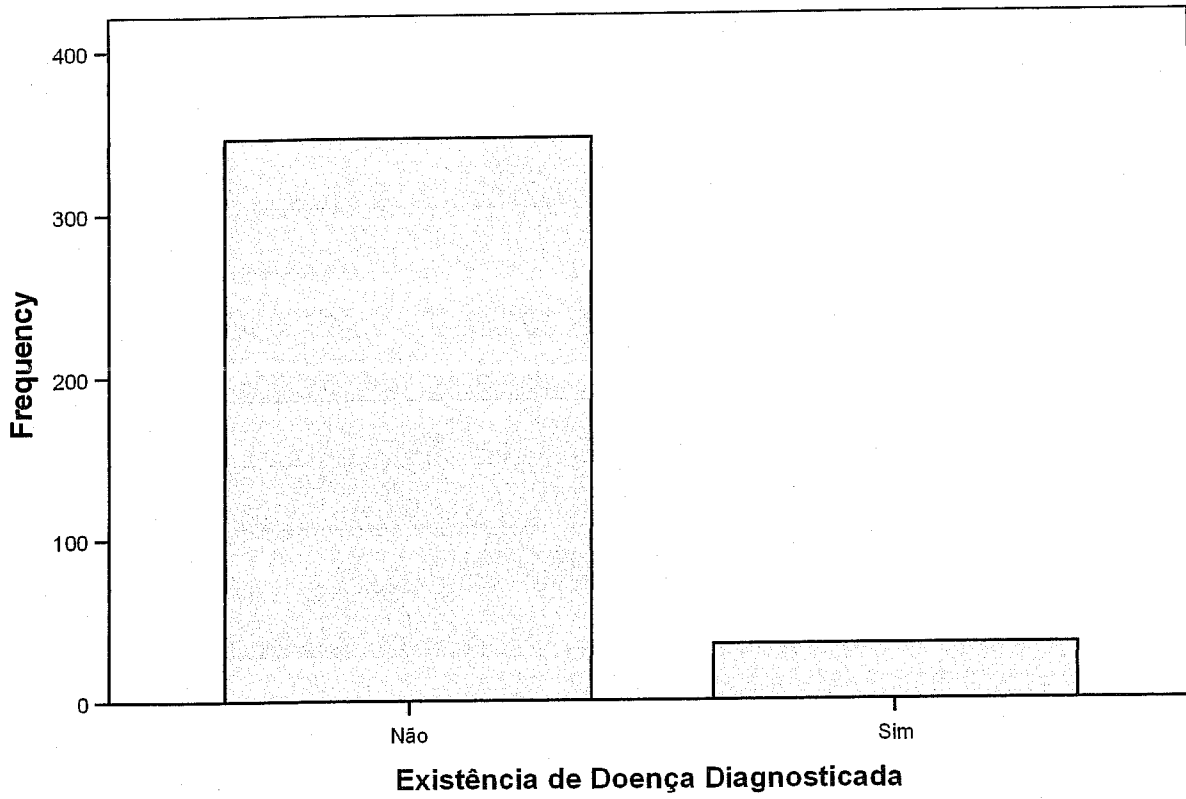
Estado Civil



Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge



Existência de Doença Diagnosticada



Caracterização da Amostra (variáveis quantitativas)

Frequencies

Statistics

		Idade	Idade com que começou a fumar	N.º de Cigarros Fumados POR MÊS	Idade com que deixou de fumar (só p Ex-fumadores)
N	Valid	380	378	361	55
	Missing	0	2	19	325
Mean		22,59	15,44	318,47	21,13
Std. Deviation		4,375	2,305	224,651	4,046
Minimum		17	10	1	13
Maximum		47	34	1200	36

Frequency Table

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17	1	,3	,3	,3
18	20	5,3	5,3	5,5
19	45	11,8	11,8	17,4
20	58	15,3	15,3	32,6
21	76	20,0	20,0	52,6
22	55	14,5	14,5	67,1
23	29	7,6	7,6	74,7
24	21	5,5	5,5	80,3
25	10	2,6	2,6	82,9
26	14	3,7	3,7	86,6
27	12	3,2	3,2	89,7
28	6	1,6	1,6	91,3
29	12	3,2	3,2	94,5
30	5	1,3	1,3	95,8
32	2	,5	,5	96,3
33	1	,3	,3	96,6
34	1	,3	,3	96,8
35	1	,3	,3	97,1
36	1	,3	,3	97,4
37	1	,3	,3	97,6
38	2	,5	,5	98,2
39	2	,5	,5	98,7
40	2	,5	,5	99,2
45	2	,5	,5	99,7
47	1	,3	,3	100,0
Total	380	100,0	100,0	

Idade com que começou a fumar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	2	,5	,5	,5
	11	5	1,3	1,3	1,9
	12	19	5,0	5,0	6,9
	13	42	11,1	11,1	18,0
	14	69	18,2	18,3	36,2
	15	63	16,6	16,7	52,9
	16	70	18,4	18,5	71,4
	17	49	12,9	13,0	84,4
	18	32	8,4	8,5	92,9
	19	13	3,4	3,4	96,3
	20	7	1,8	1,9	98,1
	21	4	1,1	1,1	99,2
	22	2	,5	,5	99,7
	34	1	,3	,3	100,0
	Total	378	99,5	100,0	
Missing	System	2	,5		
Total		380	100,0		

N.º de Cigarros Fumados POR MÊS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	,5	,6	,6
	2	3	,8	,8	1,4
	4	4	1,1	1,1	2,5
	5	2	,5	,6	3,0
	6	1	,3	,3	3,3
	8	2	,5	,6	3,9
	10	4	1,1	1,1	5,0
	11	1	,3	,3	5,3
	12	1	,3	,3	5,5
	15	3	,8	,8	6,4
	16	3	,8	,8	7,2
	20	12	3,2	3,3	10,5
	25	1	,3	,3	10,8
	30	4	1,1	1,1	11,9
	35	1	,3	,3	12,2
	36	1	,3	,3	12,5
	40	8	2,1	2,2	14,7
	48	2	,5	,6	15,2
	60	5	1,3	1,4	16,6
	75	1	,3	,3	16,9
	80	4	1,1	1,1	18,0
	90	4	1,1	1,1	19,1
	105	3	,8	,8	19,9
	120	5	1,3	1,4	21,3
	135	3	,8	,8	22,2
	150	20	5,3	5,5	27,7
	165	6	1,6	1,7	29,4
	180	14	3,7	3,9	33,2
	195	1	,3	,3	33,5
	210	12	3,2	3,3	36,8

N.º de Cigarros Fumados POR MÊS

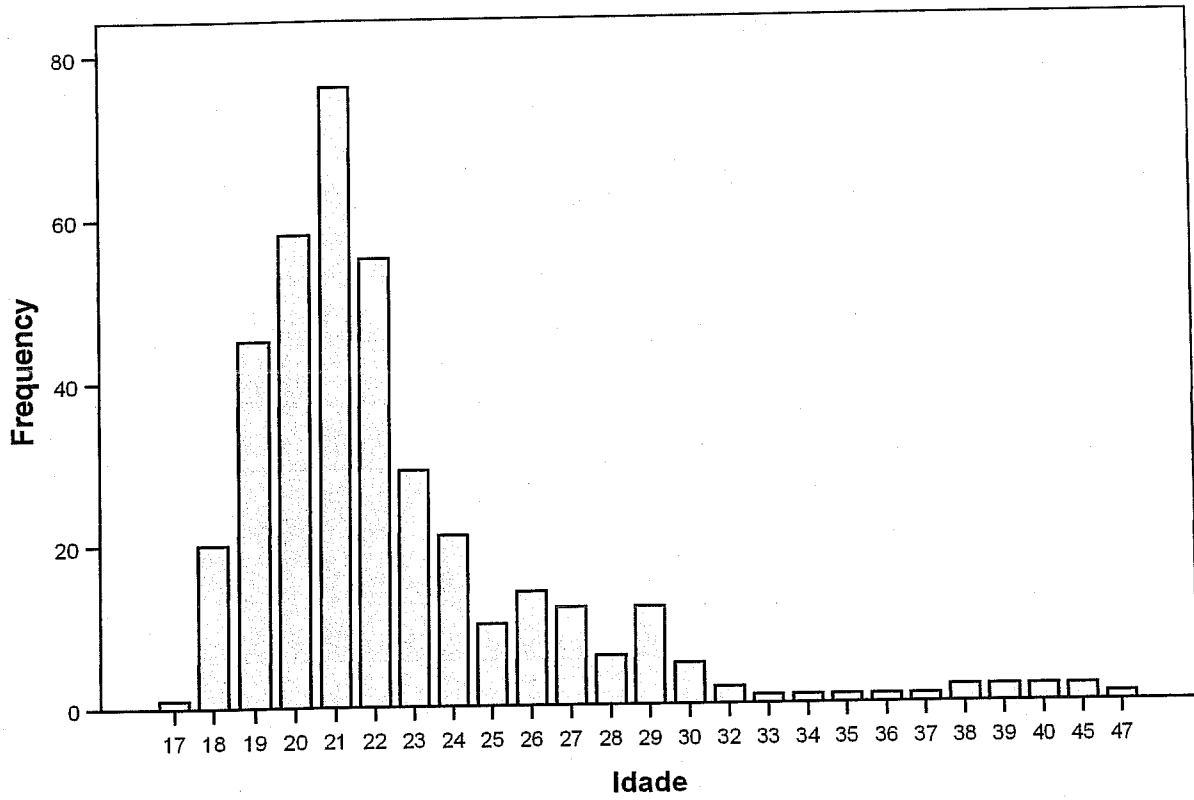
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	225	3	,8	,8	37,7
	240	12	3,2	3,3	41,0
	270	5	1,3	1,4	42,4
	300	63	16,6	17,5	59,8
	330	1	,3	,3	60,1
	360	10	2,6	2,8	62,9
	375	7	1,8	1,9	64,8
	390	3	,8	,8	65,7
	405	1	,3	,3	65,9
	420	2	,5	,6	66,5
	450	44	11,6	12,2	78,7
	480	3	,8	,8	79,5
	525	6	1,6	1,7	81,2
	540	3	,8	,8	82,0
	570	1	,3	,3	82,3
	600	48	12,6	13,3	95,6
	660	1	,3	,3	95,8
	720	1	,3	,3	96,1
	750	5	1,3	1,4	97,5
	900	5	1,3	1,4	98,9
	1050	2	,5	,6	99,4
	1200	2	,5	,6	100,0
	Total	361	95,0	100,0	
Missing	System	19	5,0		
Total		380	100,0		

Idade com que deixou de fumar (só p Ex-fumadores)

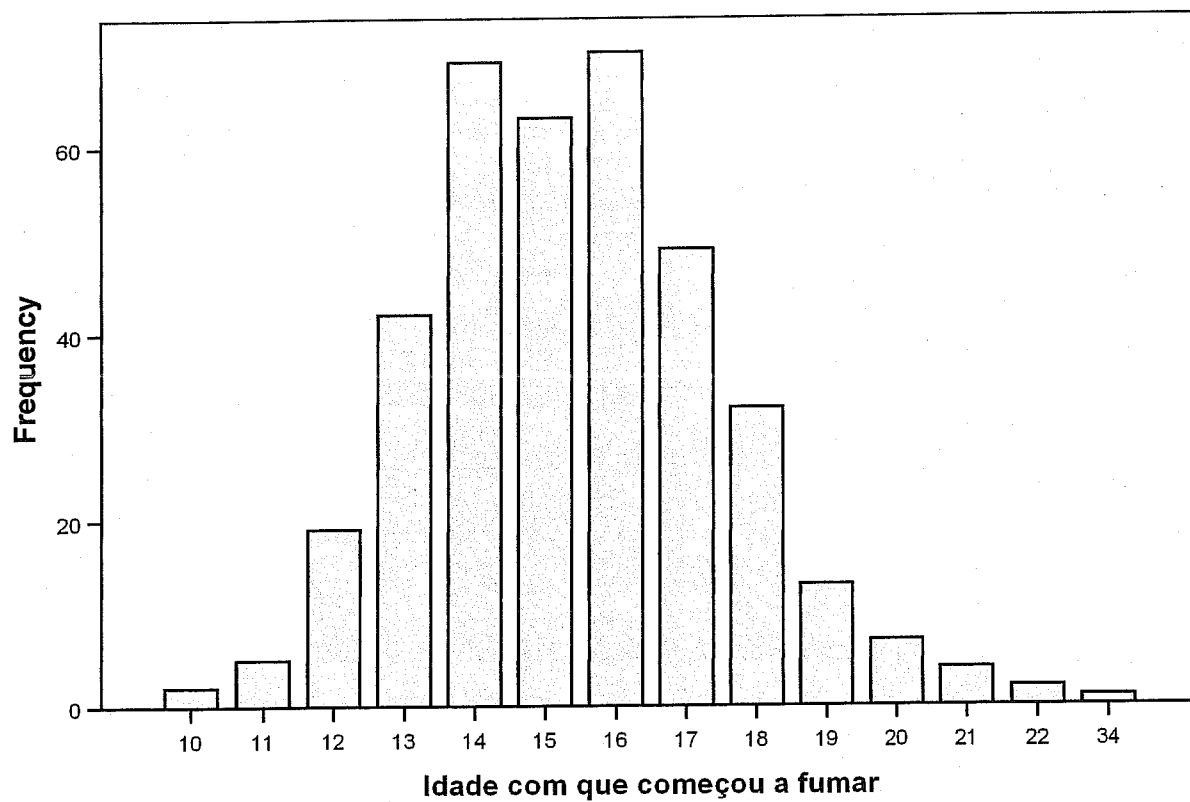
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	1	,3	1,8	1,8
	14	1	,3	1,8	3,6
	16	1	,3	1,8	5,5
	17	3	,8	5,5	10,9
	18	6	1,6	10,9	21,8
	19	8	2,1	14,5	36,4
	20	11	2,9	20,0	56,4
	21	6	1,6	10,9	67,3
	22	4	1,1	7,3	74,5
	23	1	,3	1,8	76,4
	24	3	,8	5,5	81,8
	25	2	,5	3,6	85,5
	26	1	,3	1,8	87,3
	27	3	,8	5,5	92,7
	28	1	,3	1,8	94,5
	29	2	,5	3,6	98,2
	36	1	,3	1,8	100,0
	Total	55	14,5	100,0	
Missing	System	325	85,5		
Total		380	100,0		

Bar Chart

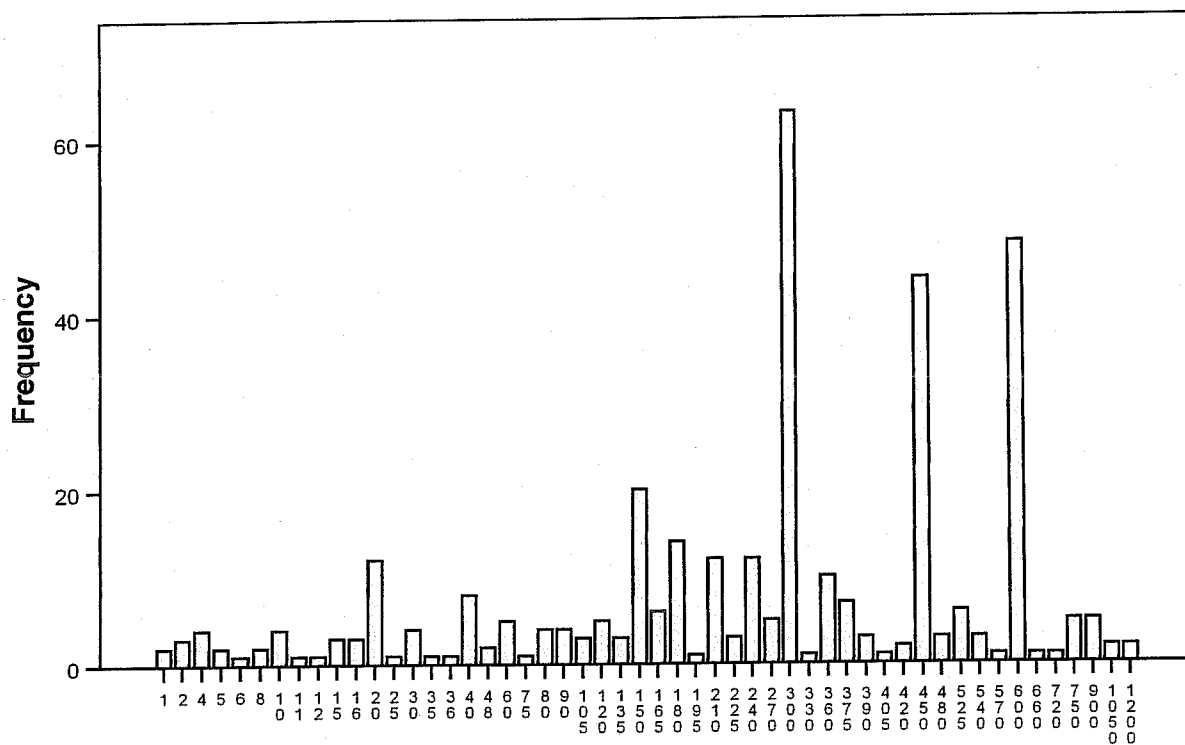
Idade



Idade com que começou a fumar

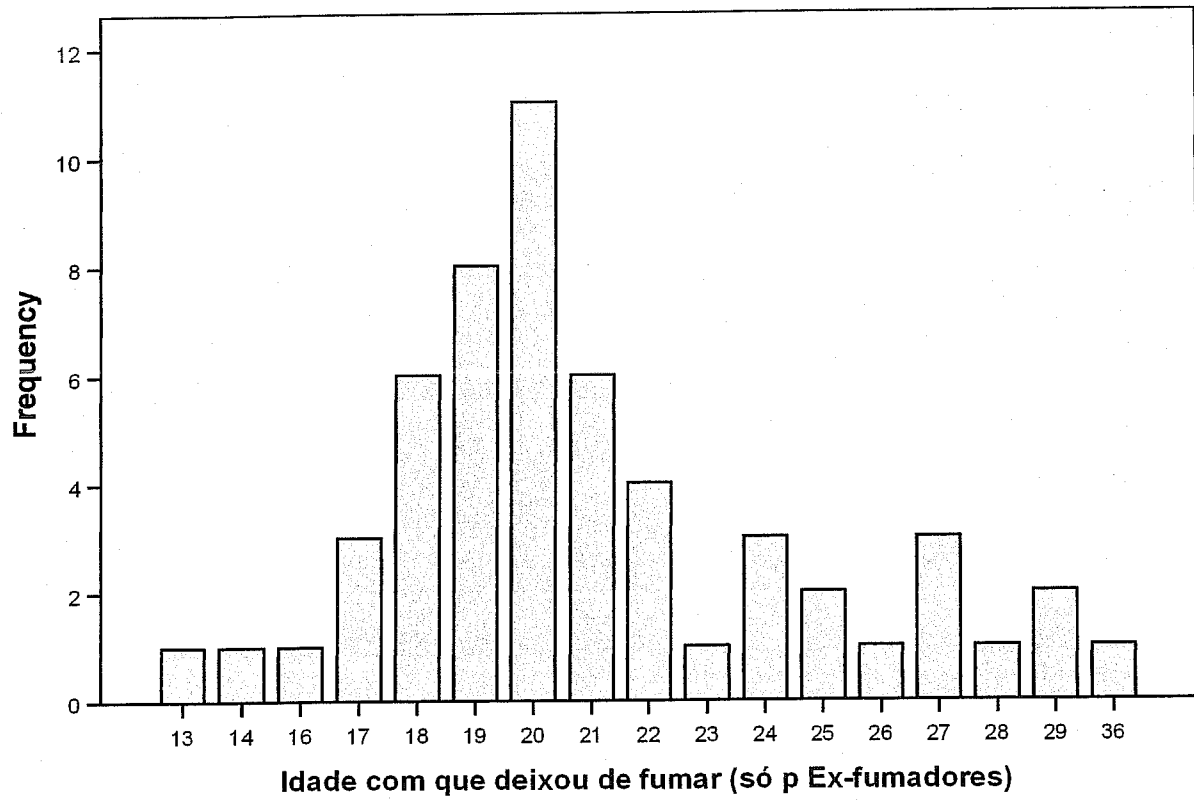


N.º de Cigarros Fumados POR MÊS



N.º de Cigarros Fumados POR MÊS

Idade com que deixou de fumar (só p Ex-fumadores)



NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: Distribuição dos Participantes pelos três grupos de consumo (fumadores regulares, ex-fumadores e fumadores ocasionais)

Ranks

	Situação	N	Mean Rank
Participante	Fumador	278	192,30
	Ex-fumador	63	177,89
	Fumador Ocasional	39	198,03
	Total	380	

Test Statistics^{a,b}

	Participante
Chi-Square	1,088
df	2
Asymp. Sig.	,580

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: Distribuição dos Participantes pelos Estádios de Mudança

Ranks

	Estádio de	N	Mean Rank
Participante	Pré-contemplação	162	189,83
	Contemplação	127	195,20
	Preparação	12	228,42
	Ação	26	168,85
	Manutenção	48	163,06
	Total	375	

Test Statistics^{a,b}

	Participante
Chi-Square	5,626
df	4
Asymp. Sig.	,229

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado: distribuição da variável sexo pelas três situações de consumo (F.Reg., Ex-f. e F.Oc.)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Sexo	380	100,0%	0	,0%	380	100,0%

Situação * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Situação	Fumador	Count	51	227	278
		Expected Count	49,7	228,3	278,0
	Ex-fumador	Count	12	51	63
		Expected Count	11,3	51,7	63,0
	Fumador Ocasional	Count	5	34	39
		Expected Count	7,0	32,0	39,0
Total		Count	68	312	380
		Expected Count	68,0	312,0	380,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,779 ^a	2	,677
Likelihood Ratio	,837	2	,658
Linear-by-Linear Association	,425	1	,514
N of Valid Cases	380		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,98.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado: distribuição da variável sexo pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Sexo	375	98,7%	5	1,3%	380	100,0%

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Pré-contemplação	Count	26	136	162
		Expected Count	29,4	132,6	162,0
	Contemplação	Count	25	102	127
		Expected Count	23,0	104,0	127,0
	Preparação	Count	3	9	12
		Expected Count	2,2	9,8	12,0
	Acção	Count	1	25	26
		Expected Count	4,7	21,3	26,0
	Manutenção	Count	13	35	48
		Expected Count	8,7	39,3	48,0
Total	Count	68	307	375	
	Expected Count	68,0	307,0	375,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,226 ^a	4	,124
Likelihood Ratio	8,308	4	,081
Linear-by-Linear Association	,890	1	,346
N of Valid Cases	375		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,18.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado com Simulação de Monte Carlo: distribuição da variável Habilitações Literárias pelos três situações de consumo (F.Reg., Ex-f e F.Oc.)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Habilitações Literárias * Situação	380	100,0%	0	,0%	380	100,0%

Habilitações Literárias * Situação Crosstabulation

			Situação			Total
			Fumador	Ex-fumador	Fumador Ocasional	
Habilitações Literárias	3º ano de Licenciatura	Count	66	16	11	93
		Expected Count	68,0	15,4	9,5	93,0
	4º ano de Licenciatura	Count	8	1	0	9
		Expected Count	6,6	1,5	,9	9,0
Licenciatura (Psicologia Social e	Licenciatura	Count	1	0	0	1
		Expected Count	,7	,2	,1	1,0
Bacharelato	Licenciatura	Count	2	3	0	5
		Expected Count	3,7	,8	,5	5,0
2º ano de Licenciatura	Bacharelato	Count	1	1	1	3
		Expected Count	2,2	,5	,3	3,0
1º ano de Licenciatura	2º ano de Licenciatura	Count	42	12	3	57
		Expected Count	41,7	9,5	5,9	57,0
12º ano (Ensino Secundário)	1º ano de Licenciatura	Count	75	17	13	105
		Expected Count	76,8	17,4	10,8	105,0
Mestrado	12º ano (Ensino Secundário)	Count	82	12	11	105
		Expected Count	76,8	17,4	10,8	105,0
Total	Mestrado	Count	1	1	0	2
		Expected Count	1,5	,3	,2	2,0
		Count	278	63	39	380
		Expected Count	278,0	63,0	39,0	380,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	18,051 ^a	16	,321	,330 ^b	,321	,339
Likelihood Ratio	17,211	16	,372	,378 ^b	,369	,388
Fisher's Exact Test	17,693			,269 ^b	,261	,278
Linear-by-Linear Association	,205 ^c	1	,651	,655 ^b	,646	,665
N of Valid Cases	380					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square Likelihood Ratio Fisher's Exact Test Linear-by-Linear Association N of Valid Cases	,330 ^b	,321	,340

- a. 14 cells (51,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.
- b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.
- c. The standardized statistic is -,452.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado com Simulação de Monte Carlo: distribuição da variável Habilitações Literárias pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Habilitações Literárias	375	98,7%	5	1,3%	380	100,0%

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Habilitações Literárias Crosstabulation

			Habilitações Literárias		
			3º ano de Licenciatura	4º ano de Licenciatura	Licenciatura (Psicologia Social e das Organizações)
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Pré-contemplação	Count	33	5	1
		Expected Count	39,7	3,9	,4
	Contemplação	Count	37	3	0
		Expected Count	31,2	3,0	,3
	Preparação	Count	1	0	0
		Expected Count	2,9	,3	,0
	Ação	Count	5	1	0
		Expected Count	6,4	,6	,1
	Manutenção	Count	16	0	0
		Expected Count	11,8	1,2	,1
Total	Count	92	9	1	
	Expected Count	92,0	9,0	1,0	

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Habilitações Literárias Crosstabulation

			Habilitações Literárias		
			Licenciatura	Bacharelato	2º ano de Licenciatura
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Pré-contemplação	Count	2	2	29
		Expected Count	2,2	1,3	24,6
	Contemplação	Count	0	0	11
		Expected Count	1,7	1,0	19,3
	Preparação	Count	0	0	3
		Expected Count	,2	,1	1,8
	Acção	Count	0	0	7
		Expected Count	,3	,2	4,0
	Manutenção	Count	3	1	7
		Expected Count	,6	,4	7,3
	Total	Count	5	3	57
		Expected Count	5,0	3,0	57,0

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Habilitações Literárias Crosstabulation

			Habilitações Literárias	
			1º ano de Licenciatura	12º ano (Ensino Secundário)
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Pré-contemplação	Count	46	43
		Expected Count	44,5	44,5
	Contemplação	Count	34	42
		Expected Count	34,9	34,9
	Preparação	Count	4	4
		Expected Count	3,3	3,3
	Acção	Count	5	8
		Expected Count	7,1	7,1
	Manutenção	Count	14	6
		Expected Count	13,2	13,2
	Total	Count	103	103
		Expected Count	103,0	103,0

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra * Habilitações Literárias Crosstabulation

			Habilitaçõ	
			Mestrado	Total
Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Pré-contemplação	Count	1	162
		Expected Count	,9	162,0
	Contemplação	Count	0	127
		Expected Count	,7	127,0
	Preparação	Count	0	12
		Expected Count	,1	12,0
	Acção	Count	0	26
		Expected Count	,1	26,0
	Manutenção	Count	1	48
		Expected Count	,3	48,0
Total	Count	2	375	
	Expected Count	2,0	375,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	39,363 ^a	32	,174	,208 ^b	,200	,215
Likelihood Ratio	41,409	32	,123	,067 ^b	,062	,072
Fisher's Exact Test	41,926			,069 ^b	,064	,074
Linear-by-Linear Association	1,821 ^c	1	,177	,179 ^b	,172	,187
N of Valid Cases	375					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square			
Likelihood Ratio			
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,092 ^b	,087	,098
N of Valid Cases			

a. 30 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c. The standardized statistic is -1,350.

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: distribuição da variável idade pelas três situações de consumo (F.Reg., Ex-f. e F.Oc.)

Ranks

Situação	N	Mean Rank
Idade Fumador	278	190,42
Ex-fumador	63	205,29
Fumador Ocasional	39	167,22
Total	380	

Test Statistics^{a,b}

	Idade
Chi-Square	2,944
df	2
Asymp. Sig.	,229

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Situação

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: distribuição da variável idade pelos cinco estádios de mudança

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	Estádio de	N	Mean Rank
Idade	Pré-contemplação	162	182,44
	Contemplação	127	186,94
	Preparação	12	163,42
	Acção	26	157,69
	Manutenção	48	232,13
	Total	375	

Test Statistics^{a,b}

	Idade
Chi-Square	11,236
df	4
Asymp. Sig.	,024

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo: Distribuição da variável estado civil pelos três grupos de consumo (F.Reg, Ex-f. e F.Oc.)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Estado Civil	377	99,2%	3	,8%	380	100,0%

Situação * Estado Civil Crosstabulation

			Estado Civil		
			Solteiro	Casado	Divorciado
Situação	Fumador	Count	257	14	2
		Expected Count	252,4	16,8	2,9
	Ex-fumador	Count	52	7	2
		Expected Count	57,8	3,8	,7
	Fumador Ocasional	Count	37	2	0
		Expected Count	35,8	2,4	,4
Total		Count	346	23	4
		Expected Count	346,0	23,0	4,0

Situação * Estado Civil Crosstabulation

			Estado	Total
			União de facto	
Situação	Fumador	Count	2	275
		Expected Count	2,9	275,0
	Ex-fumador	Count	2	63
		Expected Count	,7	63,0
	Fumador Ocasional	Count	0	39
		Expected Count	,4	39,0
Total	Count		4	377
	Expected Count		4,0	377,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,533 ^a	6	,104	,109 ^b	,103	,115
Likelihood Ratio	9,109	6	,168	,164 ^b	,157	,171
Fisher's Exact Test	9,184			,095 ^b	,089	,100
Linear-by-Linear Association	,780 ^c	1	,377	,420 ^b	,410	,429
N of Valid Cases	377					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,210 ^b	,202	,218
Likelihood Ratio			
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association			
N of Valid Cases			

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is ,883.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo: distribuição da variável estado civil pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Estado Civil * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	372	97,9%	8	2,1%	380	100,0%

Estado Civil * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra			
			Pré-conte mplação	Contempl ação	Preparação	Acção
Estado Civil	Solteiro	Count	152	115	11	26
		Expected Count	147,6	114,6	11,0	23,8
	Casado	Count	7	8	1	0
		Expected Count	10,0	7,7	,7	1,6
	Divorciado	Count	1	1	0	0
		Expected Count	1,7	1,3	,1	,3
	União de facto	Count	1	1	0	0
		Expected Count	1,7	1,3	,1	,3
Total		Count	161	125	12	26
		Expected Count	161,0	125,0	12,0	26,0

Estado Civil * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de	Total
			Manutenção	
Estado Civil	Solteiro	Count	37	341
		Expected Count	44,0	341,0
	Casado	Count	7	23
		Expected Count	3,0	23,0
	Divorciado	Count	2	4
		Expected Count	,5	4,0
	União de facto	Count	2	4
		Expected Count	,5	4,0
Total	Count		48	372
	Expected Count		48,0	372,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	19,650 ^a	12	,074	,086 ^b	,081	,092
Likelihood Ratio	17,193	12	,142	,119 ^b	,113	,126
Fisher's Exact Test	16,936			,071 ^b	,066	,076
Linear-by-Linear Association	9,004 ^c	1	,003	,003 ^b	,002	,004
N of Valid Cases	372					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square			
Likelihood Ratio			
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,003 ^b	,002	,004
N of Valid Cases			

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c. The standardized statistic is 3,001.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado: distribuição da variável Situação de consumo da Namorada/companheira/cônjuge (F., Ex-f., Não-f., F.Oc. ou Não tem nenhuma relação) pelas três situações de consumo dos participantes (F.Reg., Ex-f. F.Oc)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge	371	97,6%	9	2,4%	380	100,0%

Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge Crosstabulation

			Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge			
			Fumador	Ex-fumador	Não-fumador	Fumador Ocasional
Situação	Fumador	Count	120	10	46	24
		Expected Count	101,2	18,9	58,9	24,7
	Ex-fumador	Count	10	11	29	3
		Expected Count	23,6	4,4	13,8	5,8
	Fumador Ocasional	Count	9	5	6	7
		Expected Count	14,2	2,7	8,3	3,5
Total		Count	139	26	81	34
		Expected Count	139,0	26,0	81,0	34,0

Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge Crosstabulation

			Situação do	
			Não está numa relação actualmente	Total
Situação	Fumador	Count	70	270
		Expected Count	66,2	270,0
	Ex-fumador	Count	10	63
		Expected Count	15,5	63,0
	Fumador Ocasional	Count	11	38
		Expected Count	9,3	38,0
Total	Count	91	371	
	Expected Count	91,0	371,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,081 ^a	8	,000
Likelihood Ratio	52,823	8	,000
Linear-by-Linear Association	3,236	1	,072
N of Valid Cases	371		

a. 3 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,66.

Crosstabs

Teste de qui-quadrado: distribuição da variável Situação de consumo da Namorada/companheira/cônjuge pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação do Namorado/ Companheiro/Cônjuge * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	366	96,3%	14	3,7%	380	100,0%

Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança (MTT) em que se		
			Pré-conte mplação	Contempl ação	Preparação
Situação do Namorado/ Companheiro/Cônjuge	Fumador	Count	78	44	2
		Expected Count	59,9	45,7	3,7
	Ex-fumador	Count	4	6	1
		Expected Count	10,9	8,3	,7
	Não-fumador	Count	26	22	1
		Expected Count	35,4	27,0	2,2
	Fumador Ocasional	Count	11	17	1
		Expected Count	14,4	11,0	,9
	Não está numa relação actualmente	Count	41	33	5
		Expected Count	39,3	30,0	2,5
	Total	Count	160	122	10
		Expected Count	160,0	122,0	10,0

Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança		Total
			Acção	Manutenção	
Situação do Namorado/ Companheiro/Cônjuge	Fumador	Count	4	9	137
		Expected Count	9,7	18,0	137,0
	Ex-fumador	Count	6	8	25
		Expected Count	1,8	3,3	25,0
	Não-fumador	Count	7	25	81
		Expected Count	5,8	10,6	81,0
	Fumador Ocasional	Count	2	2	33
		Expected Count	2,3	4,3	33,0
	Não está numa relação actualmente	Count	7	4	90
		Expected Count	6,4	11,8	90,0
	Total	Count	26	48	366
		Expected Count	26,0	48,0	366,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	73,669 ^a	16	,000	,000 ^b	,000	,000
Likelihood Ratio	67,112	16	,000	,000 ^b	,000	,000
Fisher's Exact Test	66,274			,000 ^b	,000	,000
Linear-by-Linear Association	,873 ^c	1	,350	,353 ^b	,344	,362
N of Valid Cases	366					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square			
Likelihood Ratio			
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,174 ^b	,166	,181
N of Valid Cases			

a. 9 cells (36,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c. The standardized statistic is ,935.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado: Distribuição da variável estudante/trabalhador-estudante pelas três situações de consumo (F.Reg., Ex-f e F.Oc)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Estudante vs Trabalhador-Estudante	378	99,5%	2	,5%	380	100,0%

Situação * Estudante vs Trabalhador-Estudante Crosstabulation

			Estudante vs Trabalhador-Estudante		Total
			Estudante	Trabalhador-estudante	
Situação	Fumador	Count	231	46	277
		Expected Count	227,9	49,1	277,0
	Ex-fumador	Count	46	16	62
		Expected Count	51,0	11,0	62,0
	Fumador Ocasional	Count	34	5	39
		Expected Count	32,1	6,9	39,0
Total		Count	311	67	378
		Expected Count	311,0	67,0	378,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,658 ^a	2	,161
Likelihood Ratio	3,449	2	,178
Linear-by-Linear Association	,058	1	,810
N of Valid Cases	378		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,91.

Crosstabs

Teste de qui-quadrado: distribuição da variável estudante/trabalhador-estudante pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Estudante vs Trabalhador-Estudante * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	373	98,2%	7	1,8%	380	100,0%

Estudante vs Trabalhador-Estudante * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança (MTT) em que se		
			Pré-conte mplação	Contempl ação	Preparação
Estudante vs Trabalhador-Estudante	Estudante	Count	137	104	11
		Expected Count	132,1	104,2	9,8
	Trabalhador-estudante	Count	24	23	1
		Expected Count	28,9	22,8	2,2
Total	Count	161	127	12	
	Expected Count	161,0	127,0	12,0	

Estudante vs Trabalhador-Estudante * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança		Total
			Acção	Manutenção	
Estudante vs Trabalhador-Estudante	Estudante	Count	23	31	306
		Expected Count	21,3	38,6	306,0
	Trabalhador-estudante	Count	3	16	67
		Expected Count	4,7	8,4	67,0
Total		Count	26	47	373
		Expected Count	26,0	47,0	373,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,752 ^a	4	,029
Likelihood Ratio	9,722	4	,045
Linear-by-Linear Association	5,196	1	,023
N of Valid Cases	373		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,16.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado: distribuição da variável existência de diagnóstico de doença pelas três situações de consumo (F.Reg., Ex-f. e F.Oc)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Existência de Doença Diagnosticada	380	100,0%	0	,0%	380	100,0%

Situação * Existência de Doença Diagnosticada Crosstabulation

			Existência de Doença Diagnosticada		Total
			Não	Sim	
Situação	Fumador	Count	250	28	278
		Expected Count	253,1	24,9	278,0
	Ex-fumador	Count	61	2	63
		Expected Count	57,4	5,6	63,0
	Fumador Ocasional	Count	35	4	39
		Expected Count	35,5	3,5	39,0
Total		Count	346	34	380
		Expected Count	346,0	34,0	380,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,091 ^a	2	,213
Likelihood Ratio	3,850	2	,146
Linear-by-Linear Association	,503	1	,478
N of Valid Cases	380		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,49.

Crosstabs

Teste de Qui-quadrado com simulação de Monte Carlo: distribuição da variável Existência de diagnóstico de doença pelos cinco estádios de mudança

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Existência de Doença Diagnosticada * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	375	98,7%	5	1,3%	380	100,0%

Existência de Doença Diagnosticada * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra			
			Pré-conte mplação	Contempl ação	Preparação	Acção
Existência de Doença Diagnosticada	Não	Count	145	114	12	24
		Expected Count	147,3	115,5	10,9	23,6
	Sim	Count	17	13	0	2
		Expected Count	14,7	11,5	1,1	2,4
Total	Count	162	127	12	26	
	Expected Count	162,0	127,0	12,0	26,0	

Existência de Doença Diagnosticada * Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra Crosstabulation

			Estádio de	
			Manutenção	Total
Existência de Doença Diagnosticada	Não	Count	46	341
		Expected Count	43,6	341,0
	Sim	Count	2	34
		Expected Count	4,4	34,0
Total		Count	48	375
		Expected Count	48,0	375,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,265 ^a	4	,515	,516 ^b	,506	,525
Likelihood Ratio	4,648	4	,325	,386 ^b	,377	,396
Fisher's Exact Test	2,369			,651 ^b	,642	,660
Linear-by-Linear Association	2,143 ^c	1	,143	,154 ^b	,147	,161
N of Valid Cases	375					

Chi-Square Tests

	Monte Carlo Sig. (1-sided)		
	Sig.	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square			
Likelihood Ratio			
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,082 ^b	,077	,088
N of Valid Cases			

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.09.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c. The standardized statistic is -1,464.

Reliability

Avaliação da Consistência Interna: Escala do Valor da Saúde

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	380	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	380	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,618	,635	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1 - Health Value	6,01	1,279	380
2 - Health Value	4,41	1,659	380
3 - Health Value	6,17	1,058	380
4 - Health Value	5,61	1,448	380

Inter-Item Correlation Matrix

	1 - Health Value	2 - Health Value	3 - Health Value	4 - Health Value
1 - Health Value	1,000	,177	,281	,567
2 - Health Value	,177	1,000	,260	,238
3 - Health Value	,281	,260	1,000	,294
4 - Health Value	,567	,238	,294	1,000

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
22,20	14,176	3,765	4

Reliability

Avaliação da Consistência Interna: Escala de Percepção de Competência para a Saúde

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	377	99,2
	Excluded ^a	3	,8
	Total	380	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,855	,861	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1 - Perceived Health Competence	3,79	,999	377
1 - Perceived Health Competence	3,65	,989	377
1 - Perceived Health Competence	3,73	,815	377
1 - Perceived Health Competence	3,77	,897	377
1 - Perceived Health Competence	3,63	,798	377
1 - Perceived Health Competence	3,80	,903	377
1 - Perceived Health Competence	3,71	1,046	377
1 - Perceived Health Competence	3,72	,816	377

Inter-Item Correlation Matrix

	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
1 - Perceived Health Competence	1,000	,393	,313	,198	,223
1 - Perceived Health Competence	,393	1,000	,386	,297	,440
1 - Perceived Health Competence	,313	,386	1,000	,463	,562
1 - Perceived Health Competence	,198	,297	,463	1,000	,556
1 - Perceived Health Competence	,223	,440	,562	,556	1,000
1 - Perceived Health Competence	,333	,492	,513	,432	,598
1 - Perceived Health Competence	,369	,393	,400	,318	,411
1 - Perceived Health Competence	,298	,381	,610	,522	,681

Inter-Item Correlation Matrix

	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
1 - Perceived Health Competence	,333	,369	,298
1 - Perceived Health Competence	,492	,393	,381
1 - Perceived Health Competence	,513	,400	,610
1 - Perceived Health Competence	,432	,318	,522
1 - Perceived Health Competence	,598	,411	,681
1 - Perceived Health Competence	1,000	,529	,618
1 - Perceived Health Competence	,529	1,000	,511
1 - Perceived Health Competence	,618	,511	1,000

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,80	26,392	5,137	8

Reliability

Avaliação da Consistência Interna: Escala de Auto-eficácia situacional (Sub-escala de Estímulos Internos)

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	363	95,5
	Excluded ^a	17	4,5
	Total	380	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,917	,917	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1 - Self-efficacy	2,40	1,487	363
2 - Self-efficacy	2,75	1,427	363
3 - Self-efficacy	2,60	1,436	363
4 - Self-efficacy	2,73	1,506	363
5 - Self-efficacy	3,09	1,509	363
6 - Self-efficacy	2,74	1,447	363

Inter-Item Correlation Matrix

	1 - Self-efficacy	2 - Self-efficacy	3 - Self-efficacy	4 - Self-efficacy	5 - Self-efficacy	6 - Self-efficacy
1 - Self-efficacy	1,000	,764	,802	,773	,562	,612
2 - Self-efficacy	,764	1,000	,826	,678	,608	,506
3 - Self-efficacy	,802	,826	1,000	,721	,630	,590
4 - Self-efficacy	,773	,678	,721	1,000	,608	,550
5 - Self-efficacy	,562	,608	,630	,608	1,000	,499
6 - Self-efficacy	,612	,506	,590	,550	,499	1,000

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16,30	54,880	7,408	6

Reliability

Avaliação da Consistência Interna: Escala de Auto-eficácia situacional (Sub-escala de Estímulos Externos)

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	356	93,7
	Excluded ^a	24	6,3
	Total	380	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,892	,893	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
7 - Self-efficacy	2,32	1,448	356
8 - Self-efficacy	2,69	1,427	356
9 - Self-efficacy	2,67	1,543	356
10 - Self-efficacy	2,56	1,426	356
11 - Self-efficacy	2,74	1,608	356
12 - Self-efficacy	2,70	1,592	356

Inter-Item Correlation Matrix

	7 - Self-efficacy	8 - Self-efficacy	9 - Self-efficacy	10 - Self-efficacy	11 - Self-efficacy	12 - Self-efficacy
7 - Self-efficacy	1,000	,732	,731	,583	,518	,523
8 - Self-efficacy	,732	1,000	,679	,570	,510	,497
9 - Self-efficacy	,731	,679	1,000	,528	,482	,514
10 - Self-efficacy	,583	,570	,528	1,000	,555	,581
11 - Self-efficacy	,518	,510	,482	,555	1,000	,721
12 - Self-efficacy	,523	,497	,514	,581	,721	1,000

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,68	53,193	7,293	6

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da Variável Valor da Saúde pelas três situações de consumo - fumador regular, ex-fumador e fumador ocasional)

Situação

Case Processing Summary

Situação		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
HV.MEDIA	Fumador	278	100,0%	0	,0%	278	100,0%
	Ex-fumador	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%
	Fumador Ocasional	39	100,0%	0	,0%	39	100,0%

Descriptives

Situação				Statistic	Std. Error
HV.MEDIA	Fumador	Mean		5,5144	,05774
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,4007	
			Upper Bound	5,6280	
		5% Trimmed Mean		5,5439	
		Median		5,5000	
		Variance		,927	
		Std. Deviation		,96265	
		Minimum		3,25	
		Maximum		7,00	
		Range		3,75	
		Interquartile Range		1,31	
		Skewness		-,315	,146
		Kurtosis		-,694	,291
	Ex-fumador	Mean		5,5516	,11001
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,3317	
			Upper Bound	5,7715	
		5% Trimmed Mean		5,5699	
		Median		5,5000	
		Variance		,762	
		Std. Deviation		,87316	
		Minimum		3,50	
		Maximum		7,00	
		Range		3,50	
		Interquartile Range		1,25	
		Skewness		-,113	,302
		Kurtosis		-,550	,595
	Fumador Ocasional	Mean		5,8013	,13994
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,5180	
			Upper Bound	6,0846	
		5% Trimmed Mean		5,8636	
		Median		6,0000	
		Variance		,764	
		Std. Deviation		,87393	
		Minimum		2,75	
		Maximum		7,00	
		Range		4,25	
		Interquartile Range		1,25	
		Skewness		-1,131	,378
		Kurtosis		2,425	,741

Tests of Normality

Situação	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HV.MEDIA Fumador	,085	278	,000	,964	278	,000
Ex-fumador	,095	63	,200*	,965	63	,074
Fumador Ocasional	,103	39	,200*	,917	39	,007

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
HV.MEDIA	Based on Mean	1,345	2	377	,262
	Based on Median	1,456	2	377	,234
	Based on Median and with adjusted df	1,456	2	375,885	,234
	Based on trimmed mean	1,372	2	377	,255

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da Variável Percepção de Competência para a Saúde pelas três situações de consumo - fumador regular, ex-fumador e fumador ocasional)

Situação

Case Processing Summary

		Cases	
		Valid	
		N	Percent
PHC.MEDIA	Fumador	278	100,0%
	Ex-fumador	63	100,0%
	Fumador Ocasional	39	100,0%

Case Processing Summary

Situação		Cases			
		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent
PHC.MEDIA	Fumador	0	,0%	278	100,0%
	Ex-fumador	0	,0%	63	100,0%
	Fumador Ocasional	0	,0%	39	100,0%

Descriptives

Situação				Statistic	Std. Error
PHC.MEDIA	Fumador	Mean		3,6425	,03906
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,5656	
			Upper Bound	3,7194	
		5% Trimmed Mean		3,6410	
		Median		3,6250	
		Variance		,424	
		Std. Deviation		,65127	
		Minimum		1,88	
		Maximum		5,00	
		Range		3,13	
		Interquartile Range		1,00	
		Skewness		-,044	,146
		Kurtosis		-,411	,291
		Ex-fumador		Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			3,8585	
	Upper Bound			4,1421	
5% Trimmed Mean				4,0161	
Median				4,0000	
Variance				,317	
Std. Deviation				,56306	
Minimum				2,50	
Maximum				5,00	
Range				2,50	
Interquartile Range				,63	
Skewness				-,339	,302
Kurtosis				,015	,595
Fumador Ocasional				Mean	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,6702	
			Upper Bound	4,0222	
		5% Trimmed Mean		3,8429	
		Median		4,0000	
		Variance		,295	
		Std. Deviation		,54294	
		Minimum		2,75	
		Maximum		5,00	
		Range		2,25	
		Interquartile Range		,75	
		Skewness		,114	,378
		Kurtosis		-,279	,741

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
PHC.MÉDIA	Fumador	,067	278	,004
	Ex-fumador	,110	63	,054
	Fumador Ocasional	,124	39	,132

Tests of Normality

Situação		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
PHC.MEDIA	Fumador	,988	278	,026
	Ex-fumador	,970	63	,120
	Fumador Ocasional	,973	39	,465

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PHC.MEDIA	Based on Mean	2,592	2	377	,076
	Based on Median	2,614	2	377	,075
	Based on Median and with adjusted df	2,614	2	376,264	,075
	Based on trimmed mean	2,526	2	377	,081

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (distribuição da variável auto-eficácia situacional - sub-escalas de estímulos internos e externos - pelas três situações de consumo: F.Reg., Ex-f. e F. Oc.)

Case Processing Summary

Situação		Cases	
		Valid	
		N	Percent
est.int.MÉDIA	Fumador	278	100,0%
	Ex-fumador	62	98,4%
	Fumador Ocasional	39	100,0%
est.ext.MÉDIA	Fumador	278	100,0%
	Ex-fumador	62	98,4%
	Fumador Ocasional	39	100,0%

Case Processing Summary

Situação		Cases			
		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent
est.int.MÉDIA	Fumador	0	,0%	278	100,0%
	Ex-fumador	1	1,6%	63	100,0%
	Fumador Ocasional	0	,0%	39	100,0%
est.ext.MÉDIA	Fumador	0	,0%	278	100,0%
	Ex-fumador	1	1,6%	63	100,0%
	Fumador Ocasional	0	,0%	39	100,0%

Descriptives

Situação				Statistic	Std. Error
est.int.MÉDIA	Fumador	Mean		2,2588	,05637
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,1478	
			Upper Bound	2,3697	
		5% Trimmed Mean		2,1996	
		Median		2,0000	
		Variance		,884	
		Std. Deviation		,93995	
		Minimum		1,00	
		Maximum		5,00	
		Range		4,00	
		Interquartile Range		1,30	
		Skewness		,766	,146
		Kurtosis		,188	,291
		Ex-fumador		Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			4,0171	
	Upper Bound			4,5044	
5% Trimmed Mean				4,3596	
Median				4,7500	
Variance				,920	
Std. Deviation				,95939	
Minimum				1,17	
Maximum				5,00	
Range				3,83	
Interquartile Range				1,21	
Skewness				-1,405	,304
Kurtosis				1,295	,599

Descriptives

Situação				Statistic	Std. Error
est.int.MÉDIA	Fumador Ocasional	Mean		3,5444	,15936
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,2218	
			Upper Bound	3,8670	
		5% Trimmed Mean		3,5774	
		Median		3,6667	
		Variance		,990	
		Std. Deviation		,99517	
		Minimum		1,33	
		Maximum		5,00	
		Range		3,67	
		Interquartile Range		1,33	
		Skewness		-,528	,378
		Kurtosis		-,468	,741
est.ext.MÉDIA	Fumador	Mean		2,1699	,05712
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,0575	
			Upper Bound	2,2823	
		5% Trimmed Mean		2,1132	
		Median		2,0000	
		Variance		,907	
		Std. Deviation		,95231	
		Minimum		1,00	
		Maximum		5,00	
		Range		4,00	
		Interquartile Range		1,50	
		Skewness		,689	,146
		Kurtosis		-,232	,291
	Ex-fumador	Mean		4,0801	,12361
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,8329	
			Upper Bound	4,3273	
		5% Trimmed Mean		4,1443	
		Median		4,2500	
		Variance		,947	
		Std. Deviation		,97329	
		Minimum		1,83	
		Maximum		5,00	
		Range		3,17	
		Interquartile Range		1,70	
		Skewness		-,694	,304
		Kurtosis		-,727	,599

Descriptives

Situação		Statistic	Std. Error	
est.ext.MÉDIA	Fumador Ocasional	Mean	3,4034	
		95% Confidence Interval for Mean	3,0929	
		Lower Bound		
		Upper Bound	3,7139	
		5% Trimmed Mean	3,4306	
		Median	3,5000	
		Variance	,917	
		Std. Deviation	,95785	
		Minimum	1,33	
		Maximum	5,00	
		Range	3,67	
		Interquartile Range	1,67	
		Skewness	-,464	,378
		Kurtosis	-,572	,741

Tests of Normality

Situação		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
est.int.MÉDIA	Fumador	,123	278	,000
	Ex-fumador	,225	62	,000
	Fumador Ocasional	,139	39	,057
est.ext.MÉDIA	Fumador	,110	278	,000
	Ex-fumador	,200	62	,000
	Fumador Ocasional	,116	39	,200*

Tests of Normality

Situação		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
est.int.MÉDIA	Fumador	,939	278	,000
	Ex-fumador	,781	62	,000
	Fumador Ocasional	,944	39	,051
est.ext.MÉDIA	Fumador	,933	278	,000
	Ex-fumador	,853	62	,000
	Fumador Ocasional	,956	39	,130

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
est.int.MÉDIA	Based on Mean	,113	2	376	,893
	Based on Median	,099	2	376	,906
	Based on Median and with adjusted df	,099	2	361,014	,906
	Based on trimmed mean	,074	2	376	,929
est.ext.MÉDIA	Based on Mean	,304	2	376	,738
	Based on Median	,279	2	376	,756
	Based on Median and with adjusted df	,279	2	373,710	,756
	Based on trimmed mean	,280	2	376	,756

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da Variável Valor da Saúde pelos cinco Estádios de Mudança)

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

Case Processing Summary

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
HV.MEDIA Pré-contemplação	162	100,0%	0	,0%	162	100,0%
Contemplação	127	100,0%	0	,0%	127	100,0%
Preparação	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
Acção	26	100,0%	0	,0%	26	100,0%
Manutenção	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Descriptives

Estádio de				Statistic	Std. Error
HV.MEDIA	Pré-contemplação	Mean		5,4522	,07763
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,2989	
			Upper Bound	5,6055	
		5% Trimmed Mean		5,4799	
		Median		5,5000	
		Variance		,976	
		Std. Deviation		,98810	
		Minimum		3,25	
		Maximum		7,00	
		Range		3,75	
		Interquartile Range		1,50	
		Skewness		-,387	,191
		Kurtosis		-,688	,379
			Contemplação	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			5,4748	
	Upper Bound			5,7890	
5% Trimmed Mean				5,6480	
Median				5,5000	
Variance				,800	
Std. Deviation				,89466	
Minimum				3,25	
Maximum				7,00	
Range				3,75	
Interquartile Range				1,50	
Skewness				-,134	,215
Kurtosis				-,823	,427

Descriptives

Estádio de				Statistic	Std. Error
HV.MEDIA	Preparação	Mean		5,8750	,26382
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,2943	
			Upper Bound	6,4557	
		5% Trimmed Mean		5,9306	
		Median		6,2500	
		Variance		,835	
		Std. Deviation		,91391	
		Minimum		3,75	
		Maximum		7,00	
		Range		3,25	
		Interquartile Range		1,31	
		Skewness		-1,206	,637
		Kurtosis		1,388	1,232
	Acção	Mean		5,7692	,18393
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,3904	
			Upper Bound	6,1480	
		5% Trimmed Mean		5,8141	
		Median		5,7500	
		Variance		,880	
		Std. Deviation		,93788	
		Minimum		3,50	
		Maximum		7,00	
		Range		3,50	
		Interquartile Range		1,63	
		Skewness		-,449	,456
		Kurtosis		-,486	,887
	Manutenção	Mean		5,3854	,12719
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,1295	
			Upper Bound	5,6413	
		5% Trimmed Mean		5,4097	
		Median		5,5000	
		Variance		,776	
		Std. Deviation		,88118	
		Minimum		2,75	
		Maximum		7,00	
		Range		4,25	
		Interquartile Range		1,00	
		Skewness		-,454	,343
		Kurtosis		,643	,674

Tests of Normality

Estádio de Mudança (MTT) em	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HV.MEDIA Pré-contemplação	,100	162	,000	,960	162	,000
Contemplação	,110	127	,001	,957	127	,001
Preparação	,243	12	,050	,887	12	,109
Acção	,160	26	,086	,925	26	,058
Manutenção	,126	48	,053	,968	48	,205

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
HV.MEDIA	Based on Mean	,875	4	370	,479
	Based on Median	,981	4	370	,418
	Based on Median and with adjusted df	,981	4	356,655	,418
	Based on trimmed mean	,860	4	370	,488

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias (Distribuição da Variável Percepção de Competência para a Saúde pelos cinco Estádios de Mudança)

Case Processing Summary

Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PHC.MEDIA Pré-contemplação	162	100,0%	0	,0%	162	100,0%
Contemplação	127	100,0%	0	,0%	127	100,0%
Preparação	12	100,0%	0	,0%	12	100,0%
Acção	26	100,0%	0	,0%	26	100,0%
Manutenção	48	100,0%	0	,0%	48	100,0%

Descriptives

Estádio de		Statistic		Std. Error	
PHC.MEDIA	Pré-contemplação	Mean		3,6688	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,5721	
			Upper Bound	3,7654	
		5% Trimmed Mean		3,6684	
		Median		3,6696	
		Variance		,388	
		Std. Deviation		,62295	
		Minimum		2,00	
		Maximum		5,00	
		Range		3,00	
		Interquartile Range		,78	
		Skewness		-,083	,191
		Kurtosis		-,461	,379
			Contemplação	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			3,5043	
	Upper Bound			3,7384	
5% Trimmed Mean				3,6213	
Median				3,6250	
Variance				,444	
Std. Deviation				,66650	
Minimum				1,88	
Maximum				5,00	
Range				3,13	
Interquartile Range				1,00	
Skewness				-,105	,215
Kurtosis				-,369	,427

Descriptives

Estádio de				Statistic	Std. Error		
PHC.MÉDIA	Preparação	Mean		3,9479	,14954		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,6188			
			Upper Bound	4,2771			
		5% Trimmed Mean		3,9352			
		Median		3,9375			
		Variance		,268			
		Std. Deviation		,51802			
		Minimum		3,13			
		Maximum		5,00			
		Range		1,88			
		Interquartile Range		,59			
		Skewness		,540	,637		
		Kurtosis		,418	1,232		
		Acção	Acção	Mean		3,9279	,09612
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,7299	
	Upper Bound			4,1258			
5% Trimmed Mean				3,9183			
Median				3,8750			
Variance				,240			
Std. Deviation				,49012			
Minimum				3,00			
Maximum				5,00			
Range				2,00			
Interquartile Range				,53			
Skewness				,424	,456		
Kurtosis				,159	,887		
Manutenção	Manutenção			Mean		4,0082	,08920
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,8287	
			Upper Bound	4,1876			
		5% Trimmed Mean		4,0259			
		Median		4,0000			
		Variance		,382			
		Std. Deviation		,61800			
		Minimum		2,50			
		Maximum		5,00			
		Range		2,50			
		Interquartile Range		,81			
		Skewness		-,387	,343		
		Kurtosis		-,356	,674		

Tests of Normality

Estádio de Mudança (MTT) em	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PHC.MÉDIA Pré-contemplação	,080	162	,013	,986	162	,101
Contemplação	,073	127	,090	,987	127	,292
Preparação	,127	12	,200*	,973	12	,943
Acção	,120	26	,200*	,967	26	,557
Manutenção	,102	48	,200*	,966	48	,183

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PHC.MEDIA	Based on Mean	1,518	4	370	,196
	Based on Median	1,609	4	370	,171
	Based on Median and with adjusted df	1,609	4	366,349	,171
	Based on trimmed mean	1,534	4	370	,192

Explore

Avaliação da Normalidade e da Homogeneidade das variâncias (distribuição da variável Auto-eficácia situacional - sub-escalas de estímulos internos e externos - pelos cinco estádios de mudança)

Case Processing Summary

	Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Cases	
		Valid	
		N	Percent
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	162	100,0%
	Contemplação	127	100,0%
	Preparação	12	100,0%
	Acção	26	100,0%
	Manutenção	47	97,9%
est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	162	100,0%
	Contemplação	127	100,0%
	Preparação	12	100,0%
	Acção	26	100,0%
	Manutenção	47	97,9%

Case Processing Summary

	Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Cases			
		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	0	,0%	162	100,0%
	Contemplação	0	,0%	127	100,0%
	Preparação	0	,0%	12	100,0%
	Acção	0	,0%	26	100,0%
	Manutenção	1	2,1%	48	100,0%
est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	0	,0%	162	100,0%
	Contemplação	0	,0%	127	100,0%
	Preparação	0	,0%	12	100,0%
	Acção	0	,0%	26	100,0%
	Manutenção	1	2,1%	48	100,0%

Descriptives

Estádio de				Statistic	Std. Error
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	Mean		2,2506	,07949
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,0936	
			Upper Bound	2,4076	
		5% Trimmed Mean		2,1832	
		Median		2,0000	
		Variance		1,024	
		Std. Deviation		1,01180	
		Minimum		1,00	
		Maximum		5,00	
		Range		4,00	
		Interquartile Range		1,50	
		Skewness		,760	,191
		Kurtosis		-,022	,379
			Contemplação	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			2,2459	
	Upper Bound			2,5699	
5% Trimmed Mean				2,3636	
Median				2,3333	
Variance				,851	
Std. Deviation				,92260	
Minimum				1,00	
Maximum				5,00	
Range				4,00	
Interquartile Range				1,17	
Skewness				,696	,215
Kurtosis				,082	,427

Descriptives

Estádio de		Statistic	Std. Error	
est.int.MEDIA	Preparação	Mean	3,5833	,27100
		95% Confidence Interval for Mean	2,9869	
		Lower Bound		
		Upper Bound	4,1798	
		5% Trimmed Mean	3,5926	
		Median	3,5833	
		Variance	,881	
		Std. Deviation	,93878	
		Minimum	2,00	
		Maximum	5,00	
		Range	3,00	
		Interquartile Range	1,17	
		Skewness	-,405	
Kurtosis	-,227	1,232		
	Acção	Mean	3,7885	,19536
		95% Confidence Interval for Mean	3,3861	
		Lower Bound		
		Upper Bound	4,1908	
		5% Trimmed Mean	3,8668	
		Median	3,8333	
		Variance	,992	
		Std. Deviation	,99617	
		Minimum	1,17	
		Maximum	5,00	
		Range	3,83	
		Interquartile Range	1,04	
		Skewness	-1,300	
Kurtosis	1,635	,887		
	Manutenção	Mean	4,3830	,14202
		95% Confidence Interval for Mean	4,0971	
		Lower Bound		
		Upper Bound	4,6688	
		5% Trimmed Mean	4,4876	
		Median	5,0000	
		Variance	,948	
		Std. Deviation	,97363	
		Minimum	1,83	
		Maximum	5,00	
		Range	3,17	
		Interquartile Range	1,00	
		Skewness	-1,606	
Kurtosis	1,309	,681		

Descriptives

Estádio de		Statistic	Std. Error	
est.ext.MEDIA	Pré-contemplação	Mean	2,1737	,08087
		95% Confidence Interval for Mean	2,0140	
		Lower Bound		
		Upper Bound	2,3334	
		5% Trimmed Mean	2,1145	
		Median	2,0000	
		Variance	1,060	
		Std. Deviation	1,02934	
		Minimum	1,00	
		Maximum	4,83	
		Range	3,83	
		Interquartile Range	1,54	
		Skewness	,652	
Kurtosis	-,623	,379		
	Contemplação	Mean	2,3354	,08640
		95% Confidence Interval for Mean	2,1645	
		Lower Bound		
		Upper Bound	2,5064	
		5% Trimmed Mean	2,2870	
		Median	2,1667	
		Variance	,948	
		Std. Deviation	,97365	
		Minimum	1,00	
		Maximum	5,00	
		Range	4,00	
		Interquartile Range	1,33	
		Skewness	,650	
Kurtosis	-,226	,427		
	Preparação	Mean	2,6806	,21561
		95% Confidence Interval for Mean	2,2060	
		Lower Bound		
		Upper Bound	3,1551	
		5% Trimmed Mean	2,6821	
		Median	2,6667	
		Variance	,558	
		Std. Deviation	,74691	
		Minimum	1,33	
		Maximum	4,00	
		Range	2,67	
		Interquartile Range	,92	
		Skewness	-,109	
Kurtosis	,046	1,232		

Descriptives

Estádio de				Statistic	Std. Error
est.ext.MÉDIA	Acção	Mean		3,6449	,16930
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,2962	
			Upper Bound	3,9936	
		5% Trimmed Mean		3,6802	
		Median		3,8333	
		Variance		,745	
		Std. Deviation		,86327	
		Minimum		1,50	
		Maximum		5,00	
		Range		3,50	
		Interquartile Range		,92	
		Skewness		-,493	,456
		Kurtosis		,296	,887
	Manutenção	Mean		4,2610	,13953
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,9801	
			Upper Bound	4,5419	
		5% Trimmed Mean		4,3428	
		Median		4,8333	
		Variance		,915	
		Std. Deviation		,95660	
		Minimum		1,83	
		Maximum		5,00	
		Range		3,17	
		Interquartile Range		1,67	
		Skewness		-1,047	,347
		Kurtosis		-,212	,681

Tests of Normality

	Estádio de Mudança (MTT) em	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	,116	162	,000
	Contemplação	,120	127	,000
	Preparação	,162	12	,200*
	Acção	,232	26	,001
	Manutenção	,274	47	,000
est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	,133	162	,000
	Contemplação	,099	127	,004
	Preparação	,154	12	,200*
	Acção	,125	26	,200*
	Manutenção	,260	47	,000

Tests of Normality

Estádio de Mudança (MTT) em		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	,928	162	,000
	Contemplação	,953	127	,000
	Preparação	,934	12	,425
	Acção	,866	26	,003
	Manutenção	,681	47	,000
est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	,912	162	,000
	Contemplação	,945	127	,000
	Preparação	,979	12	,979
	Acção	,959	26	,377
	Manutenção	,775	47	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
est.int.MÉDIA	Based on Mean	,435	4	369	,783
	Based on Median	,695	4	369	,595
	Based on Median and with adjusted df	,695	4	316,484	,596
	Based on trimmed mean	,442	4	369	,778
est.ext.MÉDIA	Based on Mean	1,282	4	369	,277
	Based on Median	1,106	4	369	,353
	Based on Median and with adjusted df	1,106	4	339,294	,353
	Based on trimmed mean	1,211	4	369	,306

Oneway

ANOVA one-way: Valor da Saúde

Descriptives

HV.MÉDIA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Fumador	278	5,5144	,96265	,05774	5,4007	5,6280
Ex-fumador	63	5,5516	,87316	,11001	5,3317	5,7715
Fumador Ocasional	39	5,8013	,87393	,13994	5,5180	6,0846
Total	380	5,5500	,94128	,04829	5,4551	5,6449

Descriptives

HV.MÉDIA

	Minimum	Maximum
Fumador	3,25	7,00
Ex-fumador	3,50	7,00
Fumador Ocasional	2,75	7,00
Total	2,75	7,00

Test of Homogeneity of Variances

HV.MÉDIA

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,345	2	377	,262

ANOVA

HV.MÉDIA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,815	2	1,408	1,594	,205
Within Groups	332,985	377	,883		
Total	335,800	379			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: HV.MÉDIA

Tukey HSD

(I) Situação	(J) Situação	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Fumador	Ex-fumador	-,03720	,13114	,957
	Fumador Ocasional	-,28689	,16070	,176
Ex-fumador	Fumador	,03720	,13114	,957
	Fumador Ocasional	-,24969	,19149	,394
Fumador Ocasional	Fumador	,28689	,16070	,176
	Ex-fumador	,24969	,19149	,394

Multiple Comparisons

Dependent Variable: HV.MÉDIA

Tukey HSD

		95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
(I) Situação	(J) Situação		
Fumador	Ex-fumador	-,3458	,2714
	Fumador Ocasional	-,6650	,0912
Ex-fumador	Fumador	-,2714	,3458
	Fumador Ocasional	-,7003	,2009
Fumador Ocasional	Fumador	-,0912	,6650
	Ex-fumador	-,2009	,7003

Homogeneous Subsets

HV.MÉDIA

Tukey HSD^{a,b}

Situação	N	Subset for alpha = . 05
		1
Fumador	278	5,5144
Ex-fumador	63	5,5516
Fumador Ocasional	39	5,8013
Sig.		,185

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 66,502.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

ANOVA one-way: Percepção de Competência para a Saúde

Descriptives

PHC.MÉDIA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Fumador	278	3,6425	,65127	,03906	3,5656	3,7194
Ex-fumador	63	4,0003	,56306	,07094	3,8585	4,1421
Fumador Ocasional	39	3,8462	,54294	,08694	3,6702	4,0222
Total	380	3,7227	,64071	,03287	3,6581	3,7874

Descriptives

PHC.MÉDIA

	Minimum	Maximum
Fumador	1,88	5,00
Ex-fumador	2,50	5,00
Fumador Ocasional	2,75	5,00
Total	1,88	5,00

Test of Homogeneity of Variances

PHC.MÉDIA

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,592	2	377	,076

ANOVA

PHC.MÉDIA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,235	2	3,618	9,193	,000
Within Groups	148,349	377	,393		
Total	155,584	379			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: PHC.MÉDIA

Tukey HSD

(I) Situação	(J) Situação	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Fumador	Ex-fumador	-,35775*	,08753	,000
	Fumador Ocasional	-,20362	,10726	,141
Ex-fumador	Fumador	,35775*	,08753	,000
	Fumador Ocasional	,15413	,12781	,450
Fumador Ocasional	Fumador	,20362	,10726	,141
	Ex-fumador	-,15413	,12781	,450

Multiple Comparisons

Dependent Variable: PHC.MÉDIA

Tukey HSD

(I) Situação	(J) Situação	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Fumador	Ex-fumador	-,5637	-,1518
	Fumador Ocasional	-,4560	,0488
Ex-fumador	Fumador	,1518	,5637
	Fumador Ocasional	-,1466	,4549
Fumador Ocasional	Fumador	-,0488	,4560
	Ex-fumador	-,4549	,1466

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Homogeneous Subsets

PHC.MÉDIA

Tukey HSD^{a,b}

Situação	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Fumador	278	3,6425	
Fumador Ocasional	39	3,8462	3,8462
Ex-fumador	63		4,0003
Sig.		,148	,333

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 66,502.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

ANOVA one-way: Auto-eficácia Situacional

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
est.int.MEDIA	Fumador	278	2,2588	,93995	,05637
	Ex-fumador	62	4,2608	,95939	,12184
	Fumador Ocasional	39	3,5444	,99517	,15936
	Total	379	2,7186	1,22943	,06315
est.ext.MEDIA	Fumador	278	2,1699	,95231	,05712
	Ex-fumador	62	4,0801	,97329	,12361
	Fumador Ocasional	39	3,4034	,95785	,15338
	Total	379	2,6093	1,21308	,06231

Descriptives

		95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
		Lower Bound	Upper Bound		
est.int.MÉDIA	Fumador	2,1478	2,3697	1,00	5,00
	Ex-fumador	4,0171	4,5044	1,17	5,00
	Fumador Ocasional	3,2218	3,8670	1,33	5,00
	Total	2,5944	2,8427	1,00	5,00
est.ext.MÉDIA	Fumador	2,0575	2,2823	1,00	5,00
	Ex-fumador	3,8329	4,3273	1,83	5,00
	Fumador Ocasional	3,0929	3,7139	1,33	5,00
	Total	2,4868	2,7318	1,00	5,00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
est.int.MÉDIA	,113	2	376	,893
est.ext.MÉDIA	,304	2	376	,738

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
est.int.MÉDIA	Between Groups	232,835	2	116,417	129,309	,000
	Within Groups	338,513	376	,900		
	Total	571,348	378			
est.ext.MÉDIA	Between Groups	212,391	2	106,195	116,121	,000
	Within Groups	343,861	376	,915		
	Total	556,252	378			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Situação	(J) Situação	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
est.int.MÉDIA	Fumador	Ex-fumador	-2,00200*	,13326	,000
		Fumador Ocasional	-1,28569*	,16224	,000
	Ex-fumador	Fumador	2,00200*	,13326	,000
		Fumador Ocasional	,71631*	,19392	,001
	Fumador Ocasional	Fumador	1,28569*	,16224	,000
		Ex-fumador	-,71631*	,19392	,001
est.ext.MÉDIA	Fumador	Ex-fumador	-1,91020*	,13431	,000
		Fumador Ocasional	-1,23351*	,16352	,000
	Ex-fumador	Fumador	1,91020*	,13431	,000
		Fumador Ocasional	,67669*	,19545	,002
	Fumador Ocasional	Fumador	1,23351*	,16352	,000
		Ex-fumador	-,67669*	,19545	,002
	Fumador	Ex-fumador	*		
		Fumador Ocasional	*		
	Ex-fumador	Fumador	*		
		Fumador Ocasional	*		
	Fumador Ocasional	Fumador	*		
		Ex-fumador	*		

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Situação	(J) Situação	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
est.int.MÉDIA	Fumador	Ex-fumador	-2,3156	-1,6884
		Fumador Ocasional	-1,6675	-,9039
	Ex-fumador	Fumador	1,6884	2,3156
		Fumador Ocasional	,2600	1,1726
	Fumador Ocasional	Fumador	,9039	1,6675
		Ex-fumador	-1,1726	-,2600
est.ext.MÉDIA	Fumador	Ex-fumador	-2,2262	-1,5942
		Fumador Ocasional	-1,6183	-,8487
	Ex-fumador	Fumador	1,5942	2,2262
		Fumador Ocasional	,2168	1,1366
	Fumador Ocasional	Fumador	,8487	1,6183
		Ex-fumador	-1,1366	-,2168
	Fumador	Ex-fumador		
		Fumador Ocasional		
	Ex-fumador	Fumador		
		Fumador Ocasional		
	Fumador Ocasional	Fumador		
		Ex-fumador		

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Homogeneous Subsets

est.int.MÉDIA

Tukey HSD^{a,b}

Situação	N	Subset for alpha = .05		
		1	2	3
Fumador	278	2,2588		
Fumador Ocasional	39		3,5444	
Ex-fumador	62			4,2608
Sig.		1,000	1,000	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 66,127.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

est.ext.MÉDIA

Tukey HSD^{a,b}

Situação	N	Subset for alpha = .05		
		1	2	3
Fumador	278	2,1699		
Fumador Ocasional	39		3,4034	
Ex-fumador	62			4,0801
Sig.		1,000	1,000	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 66,127.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: Valor da Saúde

Ranks

Estádio de	N	Mean Rank
HV.MÉDIA Pré-contemplação	162	180,13
Contemplação	127	195,89
Preparação	12	229,42
Acção	26	213,23
Manutenção	48	169,67
Total	375	

Test Statistics^{a,b}

	HV.MÉDIA
Chi-Square	6,100
df	4
Asymp. Sig.	,192

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: Percepção de Competência para a Saúde

Ranks

	Estádio de	N	Mean Rank
PHC.MEDIA	Pré-contemplação	162	178,52
	Contemplação	127	172,00
	Preparação	12	223,13
	Ação	26	219,71
	Manutenção	48	236,38
	Total		375

Test Statistics^{a,b}

	PHC.MÉDIA
Chi-Square	17,122
df	4
Asymp. Sig.	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

ANOVA one-way (LSD): Percepção de Competência para a Saúde

ANOVA

Rank of PHC.MÉDIA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	205019,71	4	51254,927	4,439	,002
Within Groups	4272051,3	370	11546,085		
Total	4477071,0	374			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of PHC.MÉDIA

LSD

(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Pré-contemplação	Contemplação	6,592811	12,735234	,605
	Preparação	-45,254630	32,147252	,160
	Ação	-41,783476	22,701372	,066
	Manutenção	-58,462963*	17,658300	,001
Contemplação	Pré-contemplação	-6,592811	12,735234	,605
	Preparação	-51,847441	32,451314	,111
	Ação	-48,376287*	23,129942	,037
	Manutenção	-65,055774*	18,205974	,000
Preparação	Pré-contemplação	45,254630	32,147252	,160
	Contemplação	51,847441	32,451314	,111
	Ação	3,471154	37,500052	,926
	Manutenção	-13,208333	34,680213	,704
Ação	Pré-contemplação	41,783476	22,701372	,066
	Contemplação	48,376287*	23,129942	,037
	Preparação	-3,471154	37,500052	,926
	Manutenção	-16,679487	26,165313	,524
Manutenção	Pré-contemplação	58,462963*	17,658300	,001
	Contemplação	65,055774*	18,205974	,000
	Preparação	13,208333	34,680213	,704
	Ação	16,679487	26,165313	,524

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of PHC.MÉDIA

LSD

(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Pré-contemplação	Contemplação	-18,44970	31,63533
	Preparação	-108,46886	17,95961
	Acção	-86,42337	2,85642
	Manutenção	-93,18618	-23,73975
Contemplação	Pré-contemplação	-31,63533	18,44970
	Preparação	-115,65958	11,96470
	Acção	-93,85892	-2,89366
	Manutenção	-100,85593	-29,25562
Preparação	Pré-contemplação	-17,95961	108,46886
	Contemplação	-11,96470	115,65958
	Acção	-70,26881	77,21111
	Manutenção	-81,40337	54,98670
Acção	Pré-contemplação	-2,85642	86,42337
	Contemplação	2,89366	93,85892
	Preparação	-77,21111	70,26881
	Manutenção	-68,13086	34,77188
Manutenção	Pré-contemplação	23,73975	93,18618
	Contemplação	29,25562	100,85593
	Preparação	-54,98670	81,40337
	Acção	-34,77188	68,13086

*. The mean difference is significant at the .05 level.

NPar Tests

Teste de Kruskal-Wallis: Auto-eficácia Situacional

Ranks

	Estádio de	N	Mean Rank
est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	162	147,21
	Contemplação	127	165,32
	Preparação	12	266,63
	Ação	26	277,69
	Manutenção	47	316,20
	Total	374	
est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	162	149,17
	Contemplação	127	167,38
	Preparação	12	207,92
	Ação	26	281,46
	Manutenção	47	316,80
	Total	374	

Test Statistics^{a,b}

	est.int.MÉDIA	est.ext.MÉDIA
Chi-Square	119,359	112,418
df	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra

ANOVA one-way (LSD): Auto-eficácia situacional

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square
Rank of est.int.MÉDIA	Between Groups	1431431,7	4	357857,924
	Within Groups	3044223,1	369	8249,927
	Total	4475654,8	373	
Rank of est.ext.MÉDIA	Between Groups	1352718,8	4	338179,707
	Within Groups	3142764,1	369	8516,976
	Total	4495483,0	373	

ANOVA

		F	Sig.
Rank of est.int.MÉDIA	Between Groups	43,377	,000
	Within Groups		
	Total		
Rank of est.ext.MÉDIA	Between Groups	39,707	,000
	Within Groups		
	Total		

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Rank of est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	Contemplação	-18,452148	10,765014	,087
		Preparação	-121,228395*	27,173873	,000
		Acção	-132,452754*	19,189329	,000
		Manutenção	-171,453572*	15,048450	,000
	Contemplação	Pré-contemplação	18,452148	10,765014	,087
		Preparação	-102,776247*	27,430895	,000
		Acção	-114,000606*	19,551597	,000
		Manutenção	-153,001424*	15,507754	,000
	Preparação	Pré-contemplação	121,228395*	27,173873	,000
		Contemplação	102,776247*	27,430895	,000
		Acção	-11,224359	31,698562	,723
		Manutenção	-50,225177	29,377275	,088
	Acção	Pré-contemplação	132,452754*	19,189329	,000
		Contemplação	114,000606*	19,551597	,000
		Preparação	11,224359	31,698562	,723
		Manutenção	-39,000818	22,199893	,080
	Manutenção	Pré-contemplação	171,453572*	15,048450	,000
		Contemplação	153,001424*	15,507754	,000
		Preparação	50,225177	29,377275	,088
		Acção	39,000818	22,199893	,080
Rank of est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	Contemplação	-18,471712	10,937858	,092
		Preparação	-59,699074*	27,610178	,031
		Acção	-134,612536*	19,497434	,000
		Manutenção	-170,276202*	15,290068	,000
	Contemplação	Pré-contemplação	18,471712	10,937858	,092
		Preparação	-41,227362	27,871326	,140
		Acção	-116,140824*	19,865518	,000
		Manutenção	-151,804490*	15,756746	,000
	Preparação	Pré-contemplação	59,699074*	27,610178	,031
		Contemplação	41,227362	27,871326	,140
		Acção	-74,913462*	32,207515	,021
		Manutenção	-110,577128*	29,848957	,000
	Acção	Pré-contemplação	134,612536*	19,497434	,000
		Contemplação	116,140824*	19,865518	,000
		Preparação	74,913462*	32,207515	,021
		Manutenção	-35,663666	22,556335	,115
	Manutenção	Pré-contemplação	170,276202*	15,290068	,000
		Contemplação	151,804490*	15,756746	,000
		Preparação	110,577128*	29,848957	,000
		Acção	35,663666	22,556335	,115
Pré-contemplação	Preparação	*			
	Acção	*			
	Manutenção	*			
Contemplação	Preparação	*			
	Acção	*			
	Manutenção	*			

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
	Preparação	Pré-contemplação	*		
		Contemplação	*		
		Manutenção	*		
	Acção	Pré-contemplação	*		
		Contemplação	*		
	Manutenção	Pré-contemplação	*		
		Contemplação	*		
		Preparação	*		

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Rank of est.int.MÉDIA	Pré-contemplação	Contemplação	-39,62062	2,71632
		Preparação	-174,66347	-67,79332
		Acção	-170,18691	-94,71859
		Manutenção	-201,04505	-141,86209
	Contemplação	Pré-contemplação	-2,71632	39,62062
		Preparação	-156,71673	-48,83576
		Acção	-152,44713	-75,55408
		Manutenção	-183,49608	-122,50677
	Preparação	Pré-contemplação	67,79332	174,66347
		Contemplação	48,83576	156,71673
		Acção	-73,55684	51,10813
		Manutenção	-107,99305	7,54270
	Acção	Pré-contemplação	94,71859	170,18691
		Contemplação	75,55408	152,44713
		Preparação	-51,10813	73,55684
		Manutenção	-82,65499	4,65336
	Manutenção	Pré-contemplação	141,86209	201,04505
		Contemplação	122,50677	183,49608
		Preparação	-7,54270	107,99305
		Acção	-4,65336	82,65499
Rank of est.ext.MÉDIA	Pré-contemplação	Contemplação	-39,98006	3,03664
		Preparação	-113,99211	-5,40604
		Acção	-172,95256	-96,27251
		Manutenção	-200,34280	-140,20960
	Contemplação	Pré-contemplação	-3,03664	39,98006
		Preparação	-96,03392	13,57919
		Acção	-155,20465	-77,07700
		Manutenção	-182,78877	-120,82021
	Preparação	Pré-contemplação	5,40604	113,99211
		Contemplação	-13,57919	96,03392
		Acção	-138,24676	-11,58016
		Manutenção	-169,27253	-51,88173
	Acção	Pré-contemplação	96,27251	172,95256
		Contemplação	77,07700	155,20465
		Preparação	11,58016	138,24676
		Manutenção	-80,01875	8,69142
	Manutenção	Pré-contemplação	140,20960	200,34280
		Contemplação	120,82021	182,78877
		Preparação	51,88173	169,27253
		Acção	-8,69142	80,01875
Pré-contemplação	Preparação			
	Acção			
	Manutenção			
Contemplação	Preparação			
	Acção			
	Manutenção			

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	(J) Estádio de Mudança (MTT) em que se encontra	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
	Preparação	Pré-contemplação		
		Contemplação		
		Manutenção		
	Acção	Pré-contemplação		
		Contemplação		
		Manutenção		
	Manutenção	Pré-contemplação		
		Contemplação		
		Preparação		

*. The mean difference is significant at the .05 level.

NPar Tests

Teste de Mann-Whitney: Doença vs. Ausência de doença em relação à distribuição da variável Percepção de Competência para a Saúde

Ranks

Existência de Doença		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PHC.MÉDIA	Não	346	198,66	68736,50
	Sim	34	107,46	3653,50
	Total	380		

Test Statistics^a

	PHC.MÉDIA
Mann-Whitney U	3058,500
Wilcoxon W	3653,500
Z	-4,630
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: Existência de Doença Diagnosticada

Nonparametric Correlations

Correlação entre as variáveis Valor da Saúde e Percepção de Competência para a Saúde

Correlations

			HV.MÉDIA	PHC.MÉDIA
Spearman's rho	HV.MÉDIA	Correlation Coefficient	1,000	,149**
		Sig. (2-tailed)	.	,004
		N	380	380
	PHC.MÉDIA	Correlation Coefficient	,149**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,004	.
		N	380	380

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

Nonparametric Correlations

Correlação entre as variáveis Valor da Saúde e Auto-eficácia Situacional (estímulos internos)

Correlations

			HV.MÉDIA	est.int.MÉDIA
Spearman's rho	HV.MÉDIA	Correlation Coefficient	1,000	,055
		Sig. (2-tailed)		,287
		N	380	379
	est.int.MÉDIA	Correlation Coefficient	,055	1,000
		Sig. (2-tailed)	,287	.
		N	379	379

Nonparametric Correlations

Correlação entre as variáveis Valor da Saúde e Auto-eficácia situacional (estímulos externos)

Correlations

			HV.MÉDIA	est.ext.MÉDIA
Spearman's rho	HV.MÉDIA	Correlation Coefficient	1,000	-,014
		Sig. (2-tailed)	.	,787
		N	380	379
	est.ext.MÉDIA	Correlation Coefficient	-,014	1,000
		Sig. (2-tailed)	,787	.
		N	379	379

Nonparametric Correlations

Correlação entre as variáveis Percepção de Competência para a Saúde e Auto-eficácia Situacional (estímulos internos)

Correlations

			PHC.MÉDIA	est.int.MÉDIA
Spearman's rho	PHC.MÉDIA	Correlation Coefficient	1,000	,297**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	380	379
	est.int.MÉDIA	Correlation Coefficient	,297**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	379	379

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

Nonparametric Correlations

Correlação entre as Variáveis Percepção de Competência para a Saúde e Auto-eficácia situacional (estímulos externos)

Correlations

			PHC.MÉDIA	est.ext.MÉDIA
Spearman's rho	PHC.MÉDIA	Correlation Coefficient	1,000	,251**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	380	379
	est.ext.MÉDIA	Correlation Coefficient	,251**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	379	379

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

Crosstabs

Correlação entre as variáveis Situação de Consumo do Participante e Situação de Consumo da Namorada/Companheira/Cônjuge do Participante

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge	371	97,6%	9	2,4%	380	100,0%

Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge Crosstabulation

Count

		Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge			
		Fumador	Ex-fumador	Não-fumador	Fumador Ocasional
Situação	Fumador	120	10	46	24
	Ex-fumador	10	11	29	3
	Fumador Ocasional	9	5	6	7
Total		139	26	81	34

Situação * Situação do Namorado/Companheiro/Cônjuge Crosstabulation

Count

		Situação do	Total
		Não está numa relação actualmente	
Situação	Fumador	70	270
	Ex-fumador	10	63
	Fumador Ocasional	11	38
Total		91	371

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,392			,000
Nominal by Nominal	Cramer's V	,277			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,094	,050	1,804	,072 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,103	,049	1,994	,047 ^c
N of Valid Cases		371			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Correlação entre as variáveis Valor da Saúde e Existência de um Diagnóstico de Doença

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Existência de Doença Diagnosticada * HV.MÉDIA	380	100,0%	0	,0%	380	100,0%

Existência de Doença Diagnosticada * HV.MÉDIA Crosstabulation

Count

		HV.MÉDIA					
		2,75	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25
Existência de Doença Diagnosticada	Não	1	4	4	7	8	19
	Sim	0	0	3	0	1	2
Total		1	4	7	7	9	21

Existência de Doença Diagnosticada * HV.MÉDIA Crosstabulation

Count

		HV.MÉDIA					
		4,50	4,75	5,00	5,25	5,50	5,75
Existência de Doença Diagnosticada	Não	17	19	26	36	37	28
	Sim	2	0	5	5	2	4
Total		19	19	31	41	39	32

Existência de Doença Diagnosticada * HV.MÉDIA Crosstabulation

Count

		HV.MÉDIA					Total
		6,00	6,25	6,50	6,75	7,00	
Existência de Doença Diagnosticada	Não	30	29	23	33	25	346
	Sim	4	0	1	5	0	34
Total		34	29	24	38	25	380

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Existência de Doença Diagnosticada	,251
		HV.MÉDIA	,071
		Dependent	

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,071	,051	-1,376	,170 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,070	,050	-1,358	,175 ^c
N of Valid Cases		380			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Correlação entre as variáveis Percepção de Competência para a Saúde e Existência de um Diagnóstico de Doença

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA	380	100,0%	0	,0%	380	100,0%

Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA Crosstabulation

Count

		PHC.MÉDIA					
		1,88	2,00	2,25	2,38	2,50	2,63
Existência de Doença Diagnosticada	Não	1	0	1	4	2	8
	Sim	0	1	0	1	5	1
Total		1	1	1	5	7	9

Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA Crosstabulation

Count

		PHC.MÉDIA					
		2,75	2,88	3,00	3,13	3,14	3,25
Existência de Doença Diagnosticada	Não	4	15	14	14	1	16
	Sim	3	4	0	4	0	3
Total		7	19	14	18	1	19

Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA Crosstabulation

Count

		PHC.MÉDIA					
		3,29	3,38	3,50	3,63	3,71	3,75
Existência de Doença Diagnosticada	Não	1	19	16	32	1	19
	Sim	0	2	1	2	0	0
Total		1	21	17	34	1	19

Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA Crosstabulation

Count

		PHC.MÉDIA					
		3,88	4,00	4,13	4,25	4,38	4,50
Existência de Doença Diagnosticada	Não	33	40	25	17	14	16
	Sim	1	1	2	1	0	0
Total		34	41	27	18	14	16

Existência de Doença Diagnosticada * PHC.MÉDIA Crosstabulation

Count

		PHC.MÉDIA				Total
		4,63	4,75	4,88	5,00	
Existência de Doença Diagnosticada	Não	7	5	9	12	346
	Sim	0	1	0	1	34
Total		7	6	9	13	380

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Existência de Doença Diagnosticada Dependent	,447
		PHC.MÉDIA Dependent	,251

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,251	,056	-5,050	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,238	,052	-4,760	,000 ^c
N of Valid Cases		380			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Factor Analysis

Análise Factorial: Escala de Auto-eficácia Situacional

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
1 - Self-efficacy	2,40	1,487	342
2 - Self-efficacy	2,75	1,437	342
3 - Self-efficacy	2,61	1,438	342
4 - Self-efficacy	2,73	1,505	342
5 - Self-efficacy	3,10	1,518	342
6 - Self-efficacy	2,74	1,462	342
7 - Self-efficacy	2,34	1,452	342
8 - Self-efficacy	2,70	1,419	342
9 - Self-efficacy	2,67	1,552	342
10 - Self-efficacy	2,58	1,430	342
11 - Self-efficacy	2,73	1,613	342
12 - Self-efficacy	2,68	1,598	342

Correlation Matrix

		1 - Self-efficacy	2 - Self-efficacy	3 - Self-efficacy	4 - Self-efficacy
Correlation	1 - Self-efficacy	1,000	,758	,800	,778
	2 - Self-efficacy	,758	1,000	,833	,679
	3 - Self-efficacy	,800	,833	1,000	,724
	4 - Self-efficacy	,778	,679	,724	1,000
	5 - Self-efficacy	,565	,612	,632	,603
	6 - Self-efficacy	,620	,511	,598	,555
	7 - Self-efficacy	,502	,374	,450	,474
	8 - Self-efficacy	,491	,458	,465	,472
	9 - Self-efficacy	,468	,341	,389	,398
	10 - Self-efficacy	,580	,507	,580	,512
	11 - Self-efficacy	,608	,513	,551	,560
	12 - Self-efficacy	,569	,504	,534	,531
Sig. (1-tailed)	1 - Self-efficacy		,000	,000	,000
	2 - Self-efficacy	,000		,000	,000
	3 - Self-efficacy	,000	,000		,000
	4 - Self-efficacy	,000	,000	,000	
	5 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	6 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	7 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	8 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	9 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	10 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	11 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	12 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000

Correlation Matrix

		5 - Self-efficacy	6 - Self-efficacy	7 - Self-efficacy	8 - Self-efficacy
Correlation	1 - Self-efficacy	,565	,620	,502	,491
	2 - Self-efficacy	,612	,511	,374	,458
	3 - Self-efficacy	,632	,598	,450	,465
	4 - Self-efficacy	,603	,555	,474	,472
	5 - Self-efficacy	1,000	,495	,404	,398
	6 - Self-efficacy	,495	1,000	,555	,516
	7 - Self-efficacy	,404	,555	1,000	,734
	8 - Self-efficacy	,398	,516	,734	1,000
	9 - Self-efficacy	,306	,508	,737	,682
	10 - Self-efficacy	,421	,581	,593	,578
	11 - Self-efficacy	,518	,593	,520	,506
	12 - Self-efficacy	,432	,578	,534	,517
Sig. (1-tailed)	1 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	2 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	3 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	4 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	5 - Self-efficacy		,000	,000	,000
	6 - Self-efficacy	,000		,000	,000
	7 - Self-efficacy	,000	,000		,000
	8 - Self-efficacy	,000	,000	,000	
	9 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	10 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	11 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	12 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000

Correlation Matrix

		9 - Self-efficacy	10 - Self-efficacy	11 - Self-efficacy	12 - Self-efficacy
Correlation	1 - Self-efficacy	,468	,580	,608	,569
	2 - Self-efficacy	,341	,507	,513	,504
	3 - Self-efficacy	,389	,580	,551	,534
	4 - Self-efficacy	,398	,512	,560	,531
	5 - Self-efficacy	,306	,421	,518	,432
	6 - Self-efficacy	,508	,581	,593	,578
	7 - Self-efficacy	,737	,593	,520	,534
	8 - Self-efficacy	,682	,578	,506	,517
	9 - Self-efficacy	1,000	,525	,483	,523
	10 - Self-efficacy	,525	1,000	,561	,597
	11 - Self-efficacy	,483	,561	1,000	,725
	12 - Self-efficacy	,523	,597	,725	1,000
Sig. (1-tailed)	1 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	2 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	3 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	4 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	5 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	6 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	7 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	8 - Self-efficacy	,000	,000	,000	,000
	9 - Self-efficacy		,000	,000	,000
	10 - Self-efficacy	,000		,000	,000
	11 - Self-efficacy	,000	,000		,000
	12 - Self-efficacy	,000	,000	,000	

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,927
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3064,386
	df	66
	Sig.	,000

Anti-image Matrices

		1 - Self-efficacy	2 - Self-efficacy	3 - Self-efficacy	4 - Self-efficacy
Anti-image Covariance	1 - Self-efficacy	,235	-,058	-,059	-,110
	2 - Self-efficacy	-,058	,259	-,118	-,011
	3 - Self-efficacy	-,059	-,118	,212	-,031
	4 - Self-efficacy	-,110	-,011	-,031	,335
	5 - Self-efficacy	,033	-,062	-,050	-,081
	6 - Self-efficacy	-,039	,026	-,040	-,005
	7 - Self-efficacy	-,009	,044	-,007	-,019
	8 - Self-efficacy	,023	-,055	,014	-,019
	9 - Self-efficacy	-,034	,012	,009	,021
	10 - Self-efficacy	-,018	,002	-,046	,011
	11 - Self-efficacy	-,039	,007	,010	-,010
	12 - Self-efficacy	,005	-,024	,001	-,022
Anti-image Correlation	1 - Self-efficacy	,926 ^a	-,233	-,262	-,393
	2 - Self-efficacy	-,233	,899 ^a	-,504	-,036
	3 - Self-efficacy	-,262	-,504	,911 ^a	-,118
	4 - Self-efficacy	-,393	-,036	-,118	,944 ^a
	5 - Self-efficacy	,095	-,171	-,151	-,196
	6 - Self-efficacy	-,120	,076	-,128	-,014
	7 - Self-efficacy	-,033	,152	-,028	-,059
	8 - Self-efficacy	,077	-,177	,051	-,052
	9 - Self-efficacy	-,112	,038	,032	,059
	10 - Self-efficacy	-,056	,007	-,147	,028
	11 - Self-efficacy	-,129	,023	,035	-,027
	12 - Self-efficacy	,017	-,075	,002	-,060

Anti-image Matrices

		5 - Self-efficacy	6 - Self-efficacy	7 - Self-efficacy	8 - Self-efficacy
Anti-image Covariance	1 - Self-efficacy	,033	-,039	-,009	,023
	2 - Self-efficacy	-,062	,026	,044	-,055
	3 - Self-efficacy	-,050	-,040	-,007	,014
	4 - Self-efficacy	-,081	-,005	-,019	-,019
	5 - Self-efficacy	,505	-,045	-,038	-,002
	6 - Self-efficacy	-,045	,459	-,033	-,010
	7 - Self-efficacy	-,038	-,033	,318	-,129
	8 - Self-efficacy	-,002	-,010	-,129	,374
	9 - Self-efficacy	,032	-,030	-,141	-,103
	10 - Self-efficacy	,019	-,057	-,055	-,055
	11 - Self-efficacy	-,078	-,050	-,007	-,015
	12 - Self-efficacy	,026	-,042	-,008	-,001
Anti-image Correlation	1 - Self-efficacy	,095	-,120	-,033	,077
	2 - Self-efficacy	-,171	,076	,152	-,177
	3 - Self-efficacy	-,151	-,128	-,028	,051
	4 - Self-efficacy	-,196	-,014	-,059	-,052
	5 - Self-efficacy	,945 ^a	-,094	-,096	-,006
	6 - Self-efficacy	-,094	,972 ^a	-,087	-,024
	7 - Self-efficacy	-,096	-,087	,899 ^a	-,374
	8 - Self-efficacy	-,006	-,024	-,374	,920 ^a
	9 - Self-efficacy	,073	-,071	-,400	-,270
	10 - Self-efficacy	,040	-,124	-,145	-,132
	11 - Self-efficacy	-,177	-,120	-,019	-,039
	12 - Self-efficacy	,058	-,098	-,023	-,003

Anti-image Matrices

		9 - Self-efficacy	10 - Self-efficacy	11 - Self-efficacy	12 - Self-efficacy
Anti-image Covariance	1 - Self-efficacy	-,034	-,018	-,039	,005
	2 - Self-efficacy	,012	,002	,007	-,024
	3 - Self-efficacy	,009	-,046	,010	,001
	4 - Self-efficacy	,021	,011	-,010	-,022
	5 - Self-efficacy	,032	,019	-,078	,026
	6 - Self-efficacy	-,030	-,057	-,050	-,042
	7 - Self-efficacy	-,141	-,055	-,007	-,008
	8 - Self-efficacy	-,103	-,055	-,015	-,001
	9 - Self-efficacy	,389	-,007	-,005	-,045
	10 - Self-efficacy	-,007	,456	-,022	-,073
	11 - Self-efficacy	-,005	-,022	,383	-,179
	12 - Self-efficacy	-,045	-,073	-,179	,392
Anti-image Correlation	1 - Self-efficacy	-,112	-,056	-,129	,017
	2 - Self-efficacy	,038	,007	,023	-,075
	3 - Self-efficacy	,032	-,147	,035	,002
	4 - Self-efficacy	,059	,028	-,027	-,060
	5 - Self-efficacy	,073	,040	-,177	,058
	6 - Self-efficacy	-,071	-,124	-,120	-,098
	7 - Self-efficacy	-,400	-,145	-,019	-,023
	8 - Self-efficacy	-,270	-,132	-,039	-,003
	9 - Self-efficacy	,910 ^a	-,016	-,013	-,114
	10 - Self-efficacy	-,016	,967 ^a	-,052	-,173
	11 - Self-efficacy	-,013	-,052	,924 ^a	-,463
	12 - Self-efficacy	-,114	-,173	-,463	,923 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities

	Initial	Extraction
1 - Self-efficacy	1,000	,799
2 - Self-efficacy	1,000	,791
3 - Self-efficacy	1,000	,835
4 - Self-efficacy	1,000	,731
5 - Self-efficacy	1,000	,591
6 - Self-efficacy	1,000	,602
7 - Self-efficacy	1,000	,791
8 - Self-efficacy	1,000	,722
9 - Self-efficacy	1,000	,766
10 - Self-efficacy	1,000	,613
11 - Self-efficacy	1,000	,606
12 - Self-efficacy	1,000	,604

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,060	58,836	58,836
2	1,390	11,587	70,423
3	,685	5,704	76,128
4	,522	4,350	80,478
5	,451	3,759	84,237
6	,428	3,563	87,800
7	,344	2,864	90,664
8	,305	2,540	93,204
9	,266	2,214	95,418
10	,232	1,929	97,347
11	,170	1,415	98,763
12	,148	1,237	100,000

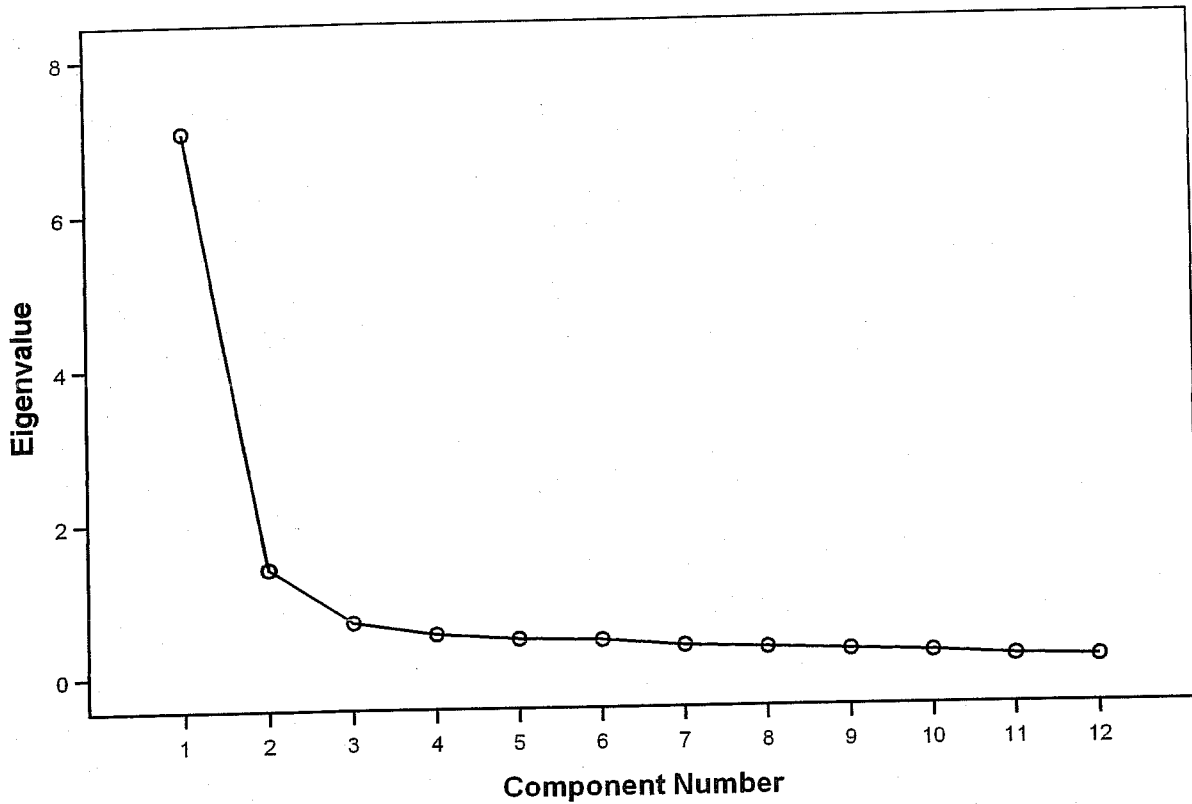
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,060	58,836	58,836	4,540	37,833	37,833
2	1,390	11,587	70,423	3,911	32,591	70,423
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Self-efficacy	,850	-,277
2 - Self-efficacy	,778	-,431
3 - Self-efficacy	,830	-,383
4 - Self-efficacy	,799	-,305
5 - Self-efficacy	,693	-,332
6 - Self-efficacy	,774	,054
7 - Self-efficacy	,741	,493
8 - Self-efficacy	,734	,427
9 - Self-efficacy	,682	,549
10 - Self-efficacy	,764	,170
11 - Self-efficacy	,777	,046
12 - Self-efficacy	,766	,133

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Self-efficacy	,818	,360
2 - Self-efficacy	,867	,198
3 - Self-efficacy	,874	,267
4 - Self-efficacy	,798	,306
5 - Self-efficacy	,738	,215
6 - Self-efficacy	,541	,557
7 - Self-efficacy	,223	,861
8 - Self-efficacy	,262	,808
9 - Self-efficacy	,142	,864
10 - Self-efficacy	,456	,636
11 - Self-efficacy	,548	,552
12 - Self-efficacy	,482	,610

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

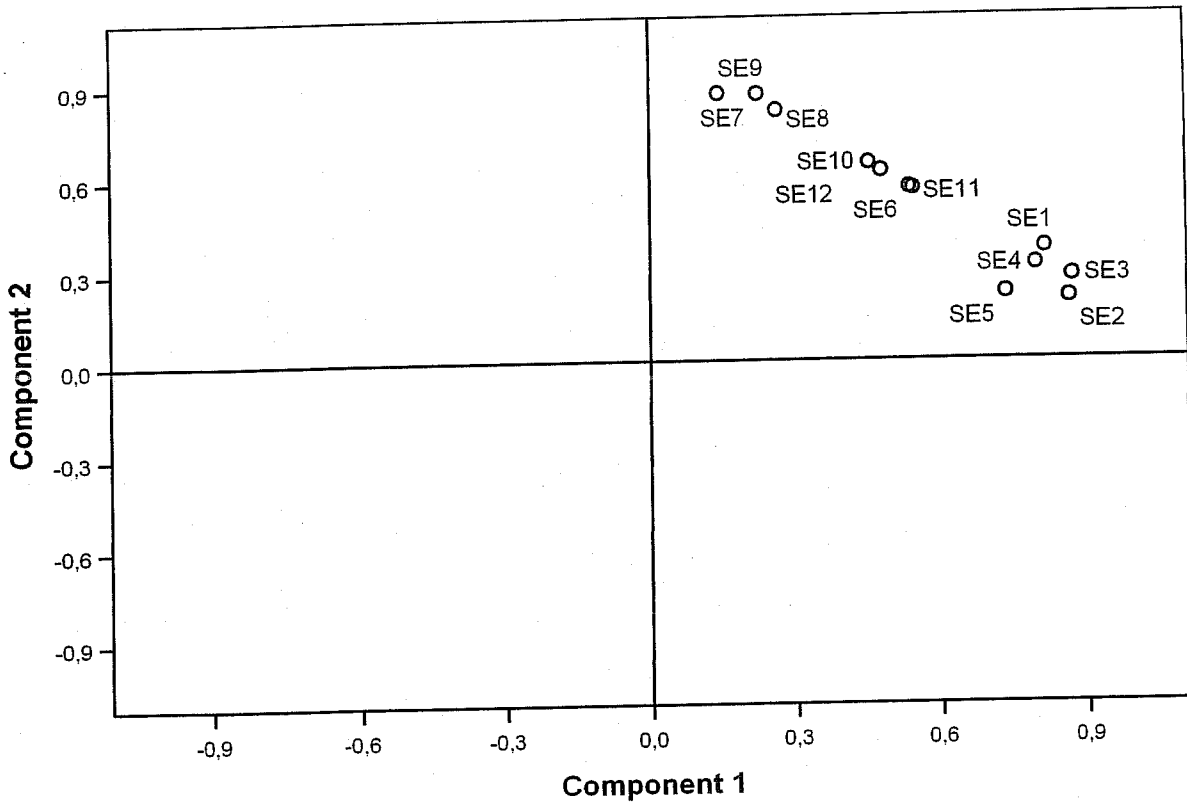
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,745	,667
2	-,667	,745

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



Component Score Coefficient Matrix

	Component	
	1	2
1 - Self-efficacy	,223	-,068
2 - Self-efficacy	,289	-,157
3 - Self-efficacy	,271	-,127
4 - Self-efficacy	,230	-,088
5 - Self-efficacy	,232	-,113
6 - Self-efficacy	,056	,102
7 - Self-efficacy	-,158	,334
8 - Self-efficacy	-,127	,298
9 - Self-efficacy	-,191	,358
10 - Self-efficacy	-,001	,163
11 - Self-efficacy	,060	,098
12 - Self-efficacy	,017	,144

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 Component Scores.

Factor Analysis

Análise Factorial: Escala de Valor da Saúde (extração de factores sempre que o *eigenvalue* tiver um valor igual ou superior a um)

Warnings

Only one component was extracted. Component plots cannot be produced.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
1 - Health Value	6,01	1,279	380
2 - Health Value	4,41	1,659	380
3 - Health Value	6,17	1,058	380
4 - Health Value	5,61	1,448	380

Correlation Matrix

		1 - Health Value	2 - Health Value	3 - Health Value	4 - Health Value
Correlation	1 - Health Value	1,000	,177	,281	,567
	2 - Health Value	,177	1,000	,260	,238
	3 - Health Value	,281	,260	1,000	,294
	4 - Health Value	,567	,238	,294	1,000
Sig. (1-tailed)	1 - Health Value	,000	,000	,000	,000
	2 - Health Value	,000	,000	,000	,000
	3 - Health Value	,000	,000	,000	,000
	4 - Health Value	,000	,000	,000	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,636
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	226,399
	df	6
	Sig.	,000

Anti-image Matrices

		1 - Health Value	2 - Health Value	3 - Health Value	4 - Health Value
Anti-image Covariance	1 - Health Value	,664	-,018	-,104	-,340
	2 - Health Value	-,018	,903	-,176	-,105
	3 - Health Value	-,104	-,176	,859	-,103
	4 - Health Value	-,340	-,105	-,103	,647
Anti-image Correlation	1 - Health Value	,599 ^a	-,023	-,138	-,519
	2 - Health Value	-,023	,724 ^a	-,200	-,138
	3 - Health Value	-,138	-,200	,750 ^a	-,138
	4 - Health Value	-,519	-,138	-,138	,602 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities

	Initial	Extraction
1 - Health Value	1,000	,606
2 - Health Value	1,000	,280
3 - Health Value	1,000	,402
4 - Health Value	1,000	,648

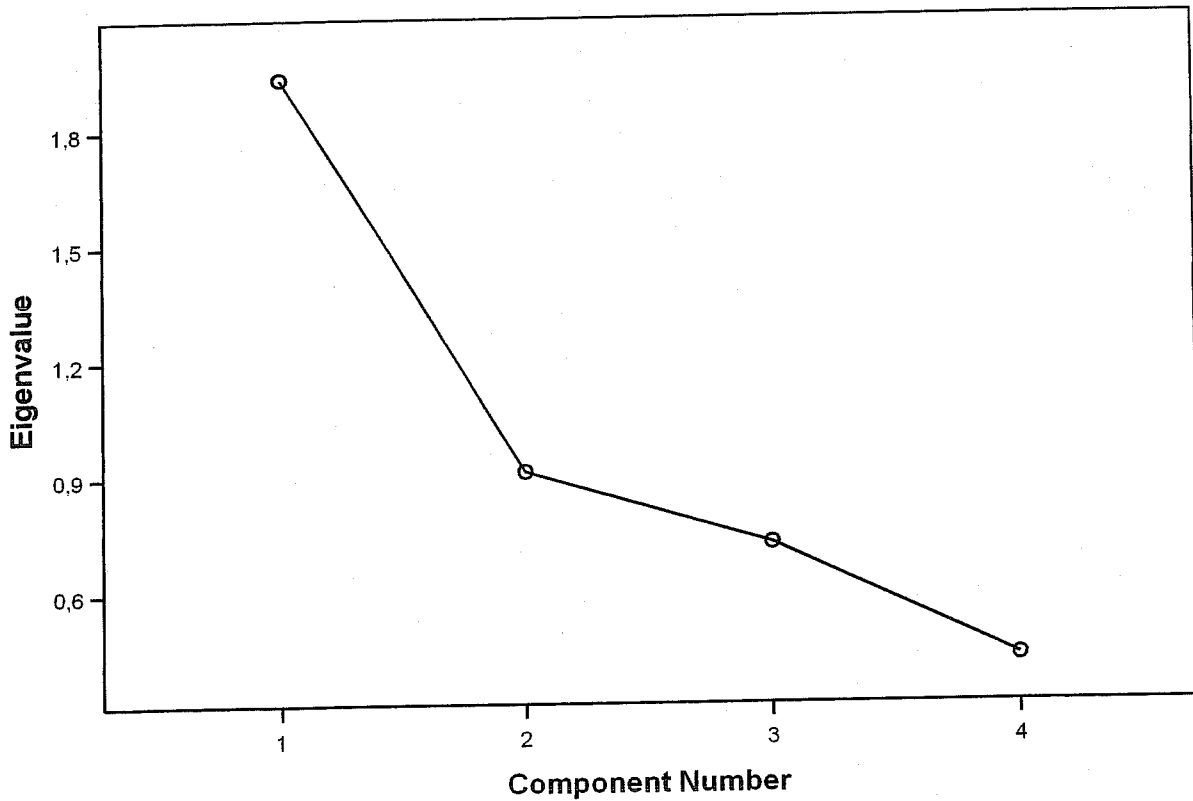
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,936	48,389	48,389	1,936	48,389	48,389
2	,911	22,768	71,157			
3	,724	18,103	89,259			
4	,430	10,741	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component
	1
1 - Health Value	,778
2 - Health Value	,529
3 - Health Value	,634
4 - Health Value	,805

Extraction Method: Principal Component Analysis.

- a. 1 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

-
- a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.

Component Score Coefficient Matrix

	Component
	1
1 - Health Value	,402
2 - Health Value	,273
3 - Health Value	,328
4 - Health Value	,416

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Scores.

Factor Analysis

Análise Factorial: Escala de Valor da Saúde (Extracção de dois factores)

Communalities

	Initial	Extraction
1 - Health Value	1,000	,787
2 - Health Value	1,000	,784
3 - Health Value	1,000	,521
4 - Health Value	1,000	,754

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,936	48,389	48,389
2	,911	22,768	71,157
3	,724	18,103	89,259
4	,430	10,741	100,000

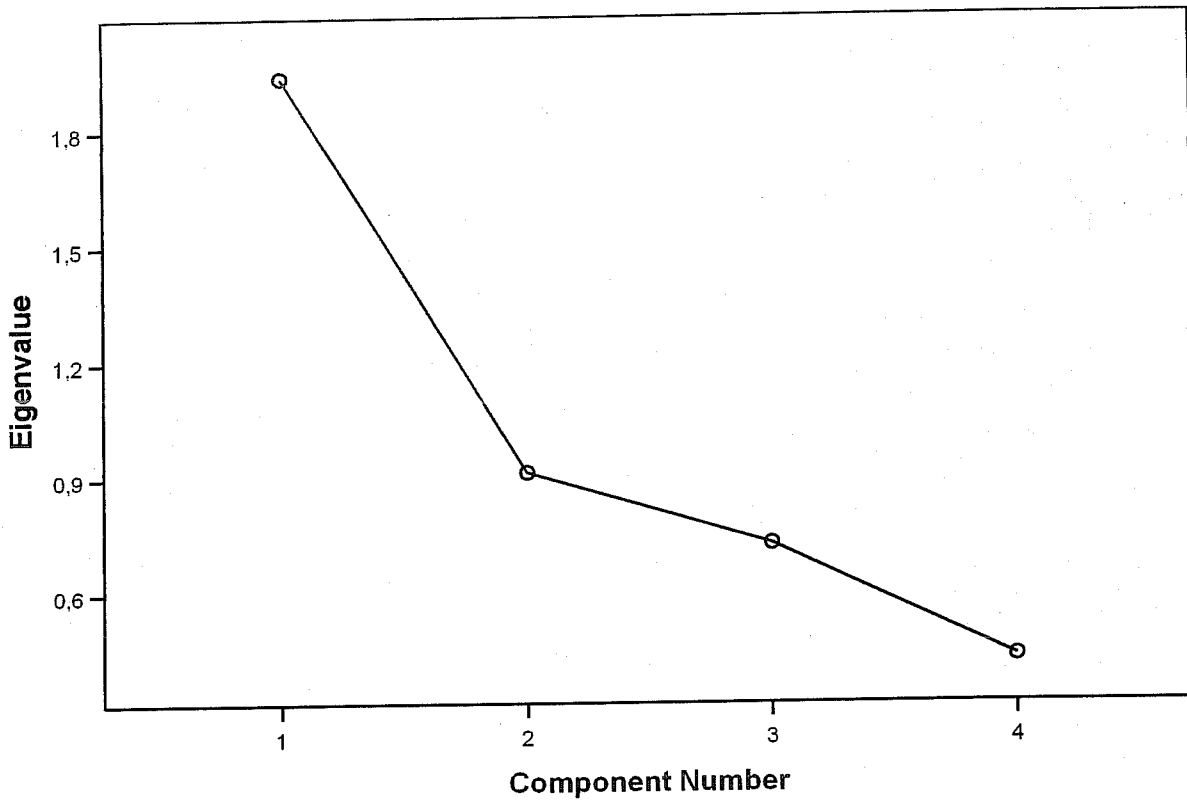
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,936	48,389	48,389	1,592	39,803	39,803
2	,911	22,768	71,157	1,254	31,354	71,157
3						
4						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Health Value	,778	-,426
2 - Health Value	,529	,710
3 - Health Value	,634	,344
4 - Health Value	,805	-,326

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Health Value	,881	,103
2 - Health Value	,020	,885
3 - Health Value	,318	,648
4 - Health Value	,845	,201

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

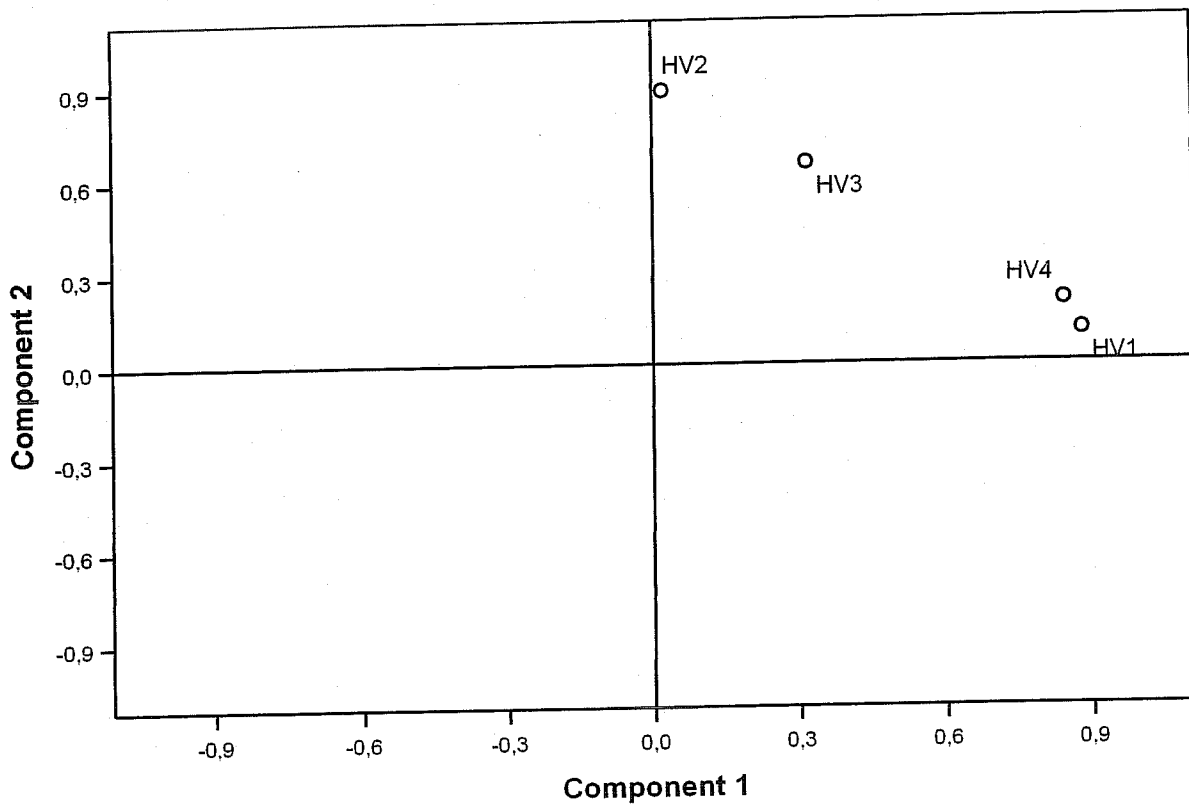
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,815	,579
2	-,579	,815

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



Análise Factorial: Escala de Percepção de Competência para a Saúde

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
1 - Perceived Health Competence	3,79	,999	377
1 - Perceived Health Competence	3,65	,989	377
1 - Perceived Health Competence	3,73	,815	377
1 - Perceived Health Competence	3,77	,897	377
1 - Perceived Health Competence	3,63	,798	377
1 - Perceived Health Competence	3,80	,903	377
1 - Perceived Health Competence	3,71	1,046	377
1 - Perceived Health Competence	3,72	,816	377

Correlation Matrix

	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	
Correlation	1 - Perceived Health Competence	1,000	,393	,313	,198
	1 - Perceived Health Competence	,393	1,000	,386	,297
	1 - Perceived Health Competence	,313	,386	1,000	,463
	1 - Perceived Health Competence	,198	,297	,463	1,000
	1 - Perceived Health Competence	,223	,440	,562	,556
	1 - Perceived Health Competence	,333	,492	,513	,432
	1 - Perceived Health Competence	,369	,393	,400	,318
	1 - Perceived Health Competence	,298	,381	,610	,522
Sig. (1-tailed)	1 - Perceived Health Competence		,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000		,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000		,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000

Correlation Matrix

		1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
Correlation	1 - Perceived Health Competence	,223	,333	,369	,298
	1 - Perceived Health Competence	,440	,492	,393	,381
	1 - Perceived Health Competence	,562	,513	,400	,610
	1 - Perceived Health Competence	,556	,432	,318	,522
	1 - Perceived Health Competence	1,000	,598	,411	,681
	1 - Perceived Health Competence	,598	1,000	,529	,618
	1 - Perceived Health Competence	,411	,529	1,000	,511
	1 - Perceived Health Competence	,681	,618	,511	1,000
Sig. (1-tailed)	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000
	1 - Perceived Health Competence	,000	,000	,000	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,890
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1208,168
	df	28
	Sig.	,000

Anti-image Matrices

		1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
Anti-image Covariance	1 - Perceived Health Competence	,769	-,174	-,072
	1 - Perceived Health Competence	-,174	,657	-,044
	1 - Perceived Health Competence	-,072	-,044	,548
	1 - Perceived Health Competence	-,007	-,001	-,078
	1 - Perceived Health Competence	,059	-,089	-,071
	1 - Perceived Health Competence	-,034	-,117	-,042
	1 - Perceived Health Competence	-,123	-,065	-,015
	1 - Perceived Health Competence	-,024	,034	-,122
Anti-image Correlation	1 - Perceived Health Competence	,850 ^a	-,244	-,111
	1 - Perceived Health Competence	-,244	,881 ^a	-,073
	1 - Perceived Health Competence	-,111	-,073	,922 ^a
	1 - Perceived Health Competence	-,010	-,002	-,132
	1 - Perceived Health Competence	,103	-,170	-,148
	1 - Perceived Health Competence	-,056	-,209	-,084
	1 - Perceived Health Competence	-,178	-,101	-,026
	1 - Perceived Health Competence	-,044	,067	-,262

Anti-image Matrices

		1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
Anti-image Covariance	1 - Perceived Health Competence	-,007	,059	-,034
	1 - Perceived Health Competence	-,001	-,089	-,117
	1 - Perceived Health Competence	-,078	-,071	-,042
	1 - Perceived Health Competence	,637	-,133	-,024
	1 - Perceived Health Competence	-,133	,420	-,088
	1 - Perceived Health Competence	-,024	-,088	,471
	1 - Perceived Health Competence	-,005	,008	-,124
	1 - Perceived Health Competence	-,071	-,139	-,089
Anti-image Correlation	1 - Perceived Health Competence	-,010	,103	-,056
	1 - Perceived Health Competence	-,002	-,170	-,209
	1 - Perceived Health Competence	-,132	-,148	-,084
	1 - Perceived Health Competence	,920 ^a	-,257	-,043
	1 - Perceived Health Competence	-,257	,867 ^a	-,199
	1 - Perceived Health Competence	-,043	-,199	,905 ^a
	1 - Perceived Health Competence	-,008	,015	-,229
	1 - Perceived Health Competence	-,142	-,343	-,207

Anti-image Matrices

		1 - Perceived Health Competence	1 - Perceived Health Competence
Anti-image Covariance	1 - Perceived Health Competence	-,123	-,024
	1 - Perceived Health Competence	-,065	,034
	1 - Perceived Health Competence	-,015	-,122
	1 - Perceived Health Competence	-,005	-,071
	1 - Perceived Health Competence	,008	-,139
	1 - Perceived Health Competence	-,124	-,089
	1 - Perceived Health Competence	,627	-,100
	1 - Perceived Health Competence	-,100	,393
Anti-image Correlation	1 - Perceived Health Competence	-,178	-,044
	1 - Perceived Health Competence	-,101	,067
	1 - Perceived Health Competence	-,026	-,262
	1 - Perceived Health Competence	-,008	-,142
	1 - Perceived Health Competence	,015	-,343
	1 - Perceived Health Competence	-,229	-,207
	1 - Perceived Health Competence	,903 ^a	-,201
	1 - Perceived Health Competence	-,201	,870 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities

	Initial	Extraction
1 - Perceived Health Competence	1,000	,725
1 - Perceived Health Competence	1,000	,561
1 - Perceived Health Competence	1,000	,590
1 - Perceived Health Competence	1,000	,600
1 - Perceived Health Competence	1,000	,738
1 - Perceived Health Competence	1,000	,647
1 - Perceived Health Competence	1,000	,535
1 - Perceived Health Competence	1,000	,733

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,128	51,599	51,599
2	1,002	12,525	64,123
3	,639	7,988	72,112
4	,622	7,773	79,885
5	,526	6,581	86,466
6	,431	5,390	91,856
7	,365	4,561	96,416
8	,287	3,584	100,000

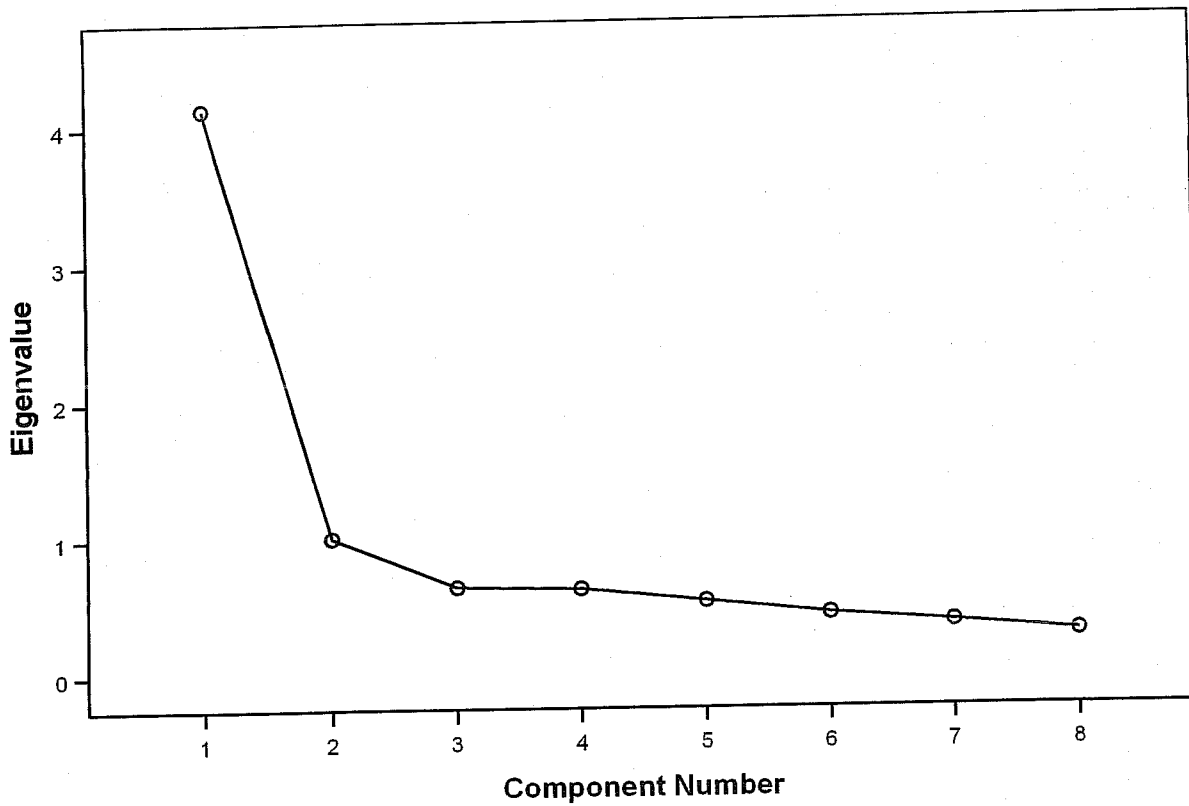
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,128	51,599	51,599	3,122	39,027	39,027
2	1,002	12,525	64,123	2,008	25,096	64,123
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Perceived Health Competence	,501	,689
1 - Perceived Health Competence	,646	,379
1 - Perceived Health Competence	,754	-,146
1 - Perceived Health Competence	,666	-,396
1 - Perceived Health Competence	,805	-,302
1 - Perceived Health Competence	,804	,025
1 - Perceived Health Competence	,682	,265
1 - Perceived Health Competence	,830	-,210

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1 - Perceived Health Competence	,022	,851
1 - Perceived Health Competence	,317	,678
1 - Perceived Health Competence	,704	,308
1 - Perceived Health Competence	,773	,052
1 - Perceived Health Competence	,834	,208
1 - Perceived Health Competence	,648	,477
1 - Perceived Health Competence	,411	,605
1 - Perceived Health Competence	,803	,298

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

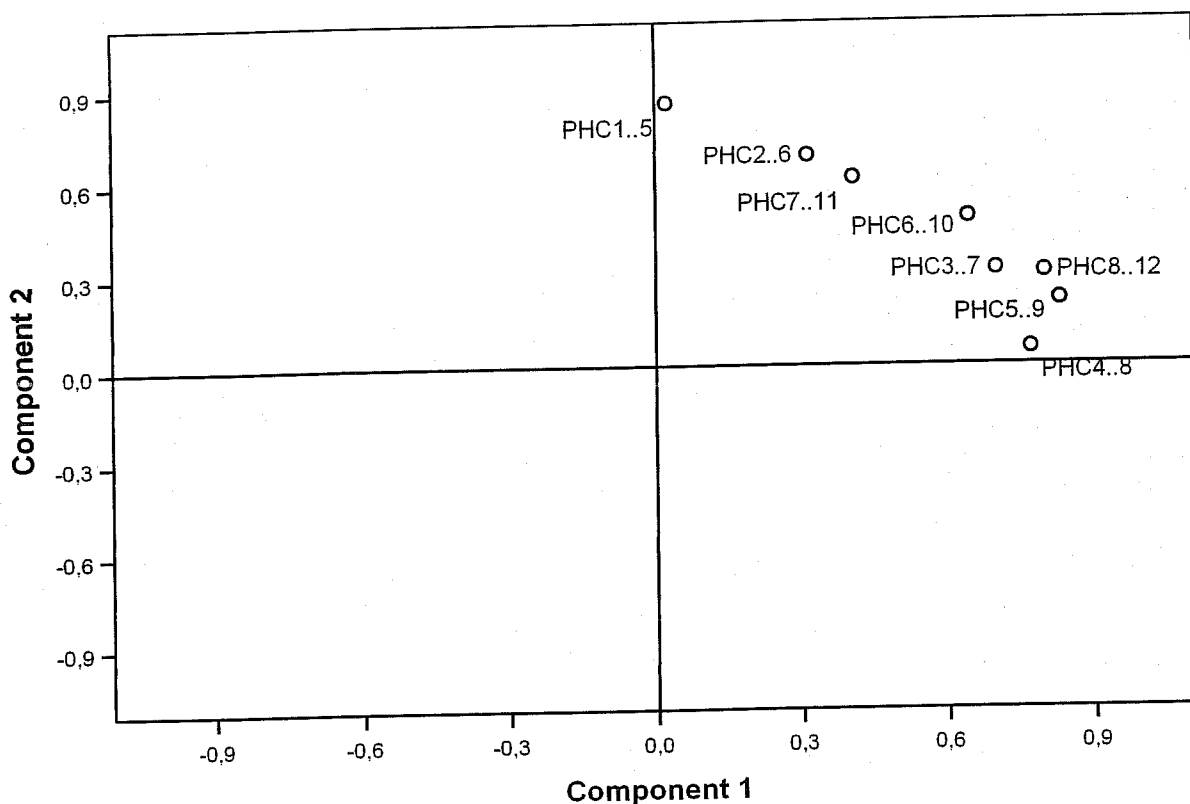
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,824	,567
2	-,567	,824

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



Component Score Coefficient Matrix

	Component	
	1	2
1 - Perceived Health Competence	-,290	,635
1 - Perceived Health Competence	-,086	,400
1 - Perceived Health Competence	,233	-,016
1 - Perceived Health Competence	,357	-,234
1 - Perceived Health Competence	,331	-,137
1 - Perceived Health Competence	,146	,131
1 - Perceived Health Competence	-,014	,312
1 - Perceived Health Competence	,285	-,059

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 Component Scores.