


37
TAPA-1

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

SAÚDE, QUE CONCEPÇÃO E VIVÊNCIA
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NA ZONA DA GRANDE LISBOA

ANA ROSA DE OLIVEIRA VELEZ TAPADINHAS
LISBOA, 2001

 **ISPA** Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação
Registo: 13553
Data: 30/09/02
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizado sob a orientação
do **Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro**,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia
Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na
especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme
Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar
satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto
Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

“Na medida em que a saúde é um recurso pessoal da vida de todos os dias, é normal que as pessoas tenham ideias acerca da saúde e das doenças. Essas ideias têm variado ao longo dos tempos através das diversas culturas e religiões, através de grupos socio-económicos e consoante a instrução das pessoas dentro da mesma cultura.”

José Luis Pais Ribeiro (1998)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, tornaram possível a concretização deste trabalho.

Por não ser fácil enumerar cada um e para que nenhuma das preciosas contribuições ficasse omissa, optei por transcrever o meu imenso OBRIGADO a todos em geral e a cada um em particular. Pelo quanto me ajudaram e apoiaram, aqui deixo o meu sincero reconhecimento.

RESUMO

Os conceitos de saúde, estilos de vida, stress e qualidade de vida não podem ser dissociados da realidade da vida das pessoas, embora nem sempre estejam presentes de forma consciente. A leitura da vivência destes conceitos torna possível o acesso a dados concretos que viabilizam o estabelecer de etapas de intervenção, atendendo às eventuais necessidades identificadas.

Este estudo propôs-se avaliar a concepção de saúde, identificar estilos de vida e a resposta ao stress, numa amostra de 640 residentes na zona da grande Lisboa. Procurou-se saber qual a relação existente entre estes conceitos e face à qualidade de vida e saúde percebidas na última semana, bem como em relação a alguns aspectos sócio-demográficos. Foram utilizados três instrumentos, a Escala de Concepção de Saúde de Laffrey, o Questionário de Avaliação de Estilos de Vida e uma Entrevista Clínica Estruturada.

Apartir das onze questões de investigação formuladas constatou-se que apesar do peso atribuído à nutrição/dietética, no que se refere à concepção de saúde, parece existir insuficiente informação qualitativa, o que se reflecte nos dados sobre o IMC e no escasso investimento ao nível do exercício físico. Analisada a importância atribuída aos valores da tensão arterial parece evidente a necessidade informativa/formativa. Podendo dizer-se algo semelhante quanto aos afectos e suporte social.

Ao nível do stress percebido verificou-se que uma expressiva capacidade de control permitia melhorar a concepção de saúde. Sofrendo esta, uma influência de aspectos sócio-demográficos como a escolaridade, a idade, a situação profissional e o suporte social. A forma como as pessoas perceberam o stress interferiu, de maneira evidente, nos estilos de vida que adoptaram. O stress foi influenciado por aspectos sócio-demográficos como a escolaridade, a idade, o sexo e a situação profissional. E nesta linha, aos estilos de vida associou-se ainda a variável suporte social.

Numa breve leitura sobre a qualidade de vida percebida foi possível constatar a preponderância de variáveis como a idade, a escolaridade, o sexo, o suporte social e a situação profissional. Sendo que a saúde percebida e a concepção de saúde assumiram uma marcada importância no âmbito da qualidade de vida. Ao analisar-se a qualidade de vida face aos estilos de vida verificou-se que foram negligenciados para segundo plano os aspectos relacionados com a nutrição/dietética, tal como os afectos. Os dados também sugerem que o stress percebido assumiu uma significação expressiva na qualidade de vida.

ABSTRACT

The conception of health, lifestyles, stress and life quality cannot be dissociated from the reality of people's life, although not always conscious presents. Reading the experience of these concepts, becomes possible the access to concrete data that make viable establishing of intervention stages assisting to the eventual identified needs.

This study intended to evaluate health conception, identify lifestyles and stress answer, in a sample of 640 residents in the great Lisbon area. Intend to find out of that forms these concepts link amongst themselves and face to perceived life quality and health in the last week, as well as regarding some demographic aspects. Three instruments, Laffrey Health Conception Scale, Lifestyle Appraisal Questionnaire and a Structured Clinical Interview were used.

Raised eleven investigation subjects starting from which if it evidenced that, despite the weight attributed to the nutrition/dietetics, seems insufficient qualitative information exist, in what does refer to health conception. That is reflected on BMI data and in the scarce investment at the level of physical exercise. Analysed the attributed importance to arterial tension values seems evident information/formation needs. Being able to say some similar thing to affection and social support.

It was verified at perceived stress level that an expressive control capacity allowed improving health conception. This overcame to demographic aspects as education, age, professional situation and social support influence. The perceived stress way evident interferes in selected lifestyles. Demographic aspects as education, age, sex and professional situation influenced stress. In lifestyles social support variable was associates.

Perceived life quality brief reading preponderance of variables as age, education, sex, social support and professional situation was possible to verify. Perceived health and health conception assumed a significant importance in life quality. Analysing life quality face lifestyles, aspects related to nutrition/dietetics are, once again, neglectful for second plan, just as affection. However, data suggest that perceived stress assume an expressive significance in life quality.

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	6
1. Conceito de Saúde.....	9
1.1. Perspectiva Histórica do Conceito de Saúde.....	10
1.2. Comportamentos de Saúde.....	13
1.3. Promoção da Saúde.....	18
1.4. Qualidade de Vida.....	20
1.5. Determinantes de Saúde.....	22
2. Factores de Risco Para a Saúde.....	24
2.1. Determinantes Sociais e Económicos da Saúde.....	24
2.2. Estilos de Vida.....	26
3. Stress	32
3.1. O Conceito de Stress	33
3.2. Factores que Influenciam a Avaliação e Resposta ao Stress	34
3.3. O Stress e a Saúde.....	38
4. Estudos Sobre a Saúde, os Estilos de Vida, Comportamentos e Stress..	42
5. O Problema.....	50
5.1. Formulação do Problema	50
5.2. Questões de Investigação.....	53
II- MÉTODO	54
1. Participantes.....	54
1.1. Caracterização da Amostra	56
2. Material	62
2.1. Entrevista Clínica Estruturada	62
2.2. Laffrey Health Conception Scale	65
2.2.1. Constituição da Escala.....	67
2.2.2. Qualidades Métricas	69
2.3. Lifestyle Appraisal Questionnaire.....	72
2.3.1. Constituição do Questionário	74
2.3.2. Qualidades Métricas	76

3. Tipo de Estudo	80
3.1. Definição das Variáveis	80
3.1.1. Variáveis Principais	80
3.1.2. Variáveis Controladas	81
4. Procedimento	83
III- RESULTADOS	85
1. Análise Quantitativa	85
2. Análise Descritiva	117
IV- DISCUSSÃO	129
REFERÊNCIAS	152

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Distribuição dos participantes em relação à idade	56
Quadro 2 – Distribuição dos participantes em relação ao sexo	57
Quadro 3 – Distribuição do sexo em relação aos grupos etários	57
Quadro 4 – Distribuição dos participantes quanto ao estado civil	58
Quadro 5 – Distribuição do estado civil em relação aos grupos etários	58
Quadro 6 – Distribuição do estado civil em relação ao sexo	59
Quadro 7 – Distribuição dos participantes quanto ao nível de escolaridade	59
Quadro 8 – Distribuição da escolaridade em relação ao sexo	60
Quadro 9 – Distribuição da escolaridade em relação aos grupos etários	60
Quadro 10 – Valor de Alfa de Cronbach para a Escala de Concepção de Saúde de Laffrey e para os quatro factores	70
Quadro 11 – Valor de Alfa de Cronbach para a parte II da LAQ	77
Quadro 12 – Valores de Alfa de Cronbach para os 2 factores da Parte II do LAQ	78
Quadro 13 – Distribuição dos participantes quanto à sua situação profissional	117
Quadro 14 – Distribuição dos participantes quanto ao seu agregado familiar (primeira escolha)	117
Quadro 15 – Distribuição dos participantes quanto ao seu agregado familiar (segunda escolha)	118
Quadro 16 – Local (concelho) de residência dos participantes	119
Quadro 17 – Sofre de alguma doença actualmente	119
Quadro 18 – Actualmente está a tomar medicação	120
Quadro 19 – Dias de doença no ano anterior	120
Quadro 20 – Dias de cama no ano anterior	121
Quadro 21 – Dias de falta por doença	121
Quadro 22 – Ir ao médico na ano anterior	122
Quadro 23 – Doenças crónicas	123
Quadro 24 – Listagem das queixas físicas apresentadas	124
Quadro 25 – Frequência dos sujeitos que fumam de forma regular	125
Quadro 26 – Frequência dos sujeitos que fumam actualmente	125

Quadro 27 – Frequência dos antecedentes familiares	126
Quadro 28 – Frequência dos sujeitos com doença crónica	126
Quadro 29 – Distribuição dos sujeitos segundo o IMC	127
Quadro 30 – Distribuição dos sujeitos com excesso de peso	128
Quadro 31 – Distribuição dos sujeitos com obesidade	128
Figura 1 – Itens do LAQ Parte I	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores obtidos no total da Escala de Conceção de Saúde de Laffrey	69
Tabela 2 – Peso e estrutura dos itens da LHCS	71
Tabela 3 – Peso e estrutura dos itens da Parte II do LAQ	78
Tabela 4 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e os estilos de vida	87
Tabela 5 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e o stress Percepcionado	88
Tabela 6 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e os aspectos sócio-demográficos	90
Tabela 7 – Valores da estatística <i>t</i> -student na comparação dos resultados médios do sexo em relação à concepção de saúde	91
Tabela 8 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional e as quatro dimensões da LHCS e o seu total	92
Tabela 9 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre o estado civil em relação ao total da LHCS e as suas quatro dimensões	93
Tabela 10 – Valores de correlação entre o stress percepcionado e os estilos de vida ...	94
Tabela 11 – Valores de correlação entre o stress percepcionado e os aspectos sócio-demográficos e dados sobre a saúde-doença no ano anterior	97
Tabela 12 – Valores da estatística <i>t</i> -student na comparação dos resultados médios do sexo em relação ao stress percepcionado	99

Tabela 13 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença ao nível da situação profissional em relação ao stress percebido	100
Tabela 14 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença ao nível do estado civil em relação ao stress percebido	100
Tabela 15 – Valores de correlação entre os estilos de vida e aspectos sócio-demográficos e a saúde-doença no ano anterior	102
Tabela 16 – Valores da estatística <i>t</i> -student na comparação dos resultados médios do sexo em relação aos estilos de vida	105
Tabela 17 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional em relação aos estilos de vida	106
Tabela 18 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre o estado civil em relação aos estilos de vida	108
Tabela 19 – Valores da correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e as variáveis sócio-demográficas e dados sobre a saúde-doença no ano anterior	110
Tabela 20- Valores da estatística <i>t</i> -student na comparação dos resultados médios do sexo em relação à qualidade de vida percebida na última semana	111
Tabela 21 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional em relação à qualidade de vida percebida na última semana	111
Tabela 22 – Valores da estatística Anova da diferença entre o estado civil em relação à qualidade de vida percebida na última semana	111
Tabela 23 – Valores das correlações entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana	113
Tabela 24 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a concepção de saúde	113
Tabela 25 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e os estilos de vida	115
Tabela 26 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e o stress percebido	116

I - INTRODUCAO

Com o decorrer dos tempos torna-se possível constatar que o conceito de saúde tem vindo a sofrer várias alterações, facto este que lhe confere uma atribuição de conceito dinâmico permitindo-lhe um continuo ajustamento aos diferentes momentos sociais e culturais da história das sociedades humanas.

A natureza complexa e multifactorial da saúde induz um crescente reconhecimento da relevância dos factores psicológicos, o que se torna especialmente mais expressivo nas duas últimas décadas (Godoy,1999).

Os aspectos culturais com carácter socialmente dominante exercem uma significativa influência sobre o comportamento humano (Barry,1997) podendo considerar-se, desta forma, que os comportamentos de saúde não constituem nenhuma excepção.

Os comportamentos que afectam a saúde, positiva ou negativamente, podem ser tidos como comportamentos relacionados com a saúde, sendo possível a sua descrição de acordo com diversas dimensões, nomeadamente a duração, frequência e a forma de impacto na saúde (Carmody,1997).

Os comportamentos de saúde apresentam-se como relevantes para predizer da longevidade e da taxa de mortalidade das pessoas (Ogden,1999), são determinados por diferentes factores (Bishop,1994) e condicionados por determinantes psicossociais (Carmody,1997), o que tem levado a vários estudos segundo aspectos individuais e de personalidade.

Diversos trabalhos de pesquisa nas vertentes demográficas, históricas, sociológicas, antropológicas, médicas e epidemiológicas têm sublinhado a evidência de que as condições sociais e económicas funcionam como determinantes de marcada influência no âmbito da saúde das populações (Ziglio, Levin & Bertinato,1998).

Os factores psicossociais sofrem a preponderância das diferentes culturas e a sua significativa variação intercultural já é um dado adquirido (Barry,1997) constatando-se, no entanto, uma peculiar forma de irregularidade na saúde relacionada com o género (Bobak,1998).

O nível de educação formal dos sujeitos, a sua capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar comportamentos preventivos são factores que exercem um determinado predomínio sobre os estilos de vida acabando por, em última instância, tender a afectar a saúde (Westaway & Viljoen, 2000). De uma forma geral, os estilos de vida a que as pessoas recorrem têm por base diversos comportamentos que podem funcionar como factores de risco para a saúde (Sarafino,1990).

A qualidade de vida é um conceito historicamente relacionado com o bem-estar e a felicidade e a sua utilização têm-se generalizado a múltiplas áreas (Ríos & Fernández,1999). Alguns autores definem-no segundo um carácter integrador e genérico enquanto outros o restringem mais ao âmbito da saúde.

Numa perspectiva relacional entre a pessoa e o ambiente surge a definição de stress (Lazarus & Folkman,1984) cujas manifestações comportamentais mais comuns são o chorar, fumar, comer em excesso, beber bebidas alcoólicas, falar rápido e tremer (Lyon,2000).

As mais recentes teorias sobre o stress enfatizam formas de autocontrolo na compreensão do stress, permitindo uma conceptualização deste conceito como um produto da capacidade individual de autocontrolo (Ogden,1999). Contudo, muitas outras variáveis vão exercer a sua influência e condicionar a resposta final do sujeito.

Diversos estudos se têm debruçado sobre o efeito potencial do stress ao nível da saúde, a qual pode ser afectada de duas formas: sob a forma de alterações do comportamento ou de alterações a nível fisiológico. No entanto, os efeitos fisiológicos do stress têm sido alvo da maior parte dos estudos efectuados no domínio da relação entre o stress e a doença, apenas um reduzido número de investigações abordou os efeitos do stress ao nível dos comportamentos relacionados com a saúde (Ogden,1999).

O stress parece ter responsabilidade no desenvolvimento de todas as doenças, é pelo menos o que sugerem as pesquisas existentes sobre os acontecimentos de vida, que

desde que sejam tidos como stressantes permitem predizer um significativo risco de doenças crónicas, como é o caso do cancro, e exacerbam os sintomas de outras doenças como é o caso da asma, da diabetes e da colite, não deixando de fora a sua influência ao nível das doenças mentais (Williams & House, 1992).

Os conceitos de saúde, estilos de vida, stress e qualidade de vida não podem ser dissociados da realidade da vida das pessoas, embora nem sempre presentes de forma consciente. Uma leitura da vivência destes conceitos permite aceder a dados mais concretos viabilizando o estabelecer de etapas de intervenção junto das pessoas atendendo às eventuais necessidades identificadas.

Procurou-se com este trabalho recolher informação sobre estas áreas junto da população residente na zona da grande Lisboa, recorrendo a instrumentos como a Escala de Concepção de Saúde de Laffrey (LHCS) e ao Questionário de Avaliação de Estilos de Vida (LAQ), procurando uma leitura informativa sobre estas vertentes relativas à saúde permitindo, desta forma, um delineamento de eventuais intervenções formativas e/ou educativas a partir dos órgãos com competências para este efeito.

Tanto quanto foi possível verificar, não existem estudos portugueses publicados sobre estas vertentes relacionadas com a saúde, nomeadamente com a população sobre a qual incide este estudo, apesar da sua relevância para a saúde.

Esta proposta de trabalho conta, ainda, com o aspecto inovador, ao procurar introduzir e adaptar à língua portuguesa dois instrumentos, a Laffrey Health Conception Scale e o Lifestyle Appraisal Questionnaire, num propósito de uma investigação cuidada, em que se procurou relacionar a concepção de saúde, os estilos de vida e o stress com outros factores, assinalados como relevantes.

1. Conceito de Saúde

A saúde parece ser um dos aspectos considerados de forma mais relevante pelas pessoas ao longo da sua vida. O conceito de saúde reflecte uma diversidade de contextos e vivências do Homem.

Os estudos existentes sobre a saúde são, pelo menos por enquanto, em muito menor número do que os trabalhos que abordam os aspectos relacionados com a doença.

A saúde constitui, num sentido lato, um elemento importante resultante das políticas social, económica, cultural e ecológica. Não podendo ser visto como exclusiva responsabilidade do sistema médico mas sim de todos os sectores da sociedade (Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1992).

A percepção do conceito de saúde da população em geral parece ser significativamente diferente da que se constata ao nível dos profissionais de saúde, daí a importância de se aceder às estratégias e conhecimento da saúde e doença tal como são vistas pelo público e perceber as discrepâncias. O conceito de saúde pode ser percebido com um misto de ignorância e má interpretação que carece de uma intervenção técnica educacional adequada. Sendo que muitas vezes a perspectiva leiga da concepção de saúde seja totalmente ignorada (Pill, 1992).

A actual filosofia da promoção de saúde enfatiza a importância da opinião das pessoas, uma vez que as considera directamente envolvidas nas decisões sobre a sua própria saúde.

O conceito de saúde tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, é um conceito dinâmico que se tem adaptado aos diversos momentos socioculturais da história da humanidade.

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

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

Para estes autores, as alterações na concepção dos estilos de vida podem induzir mudanças nos estilos de vida do indivíduo. A promoção de saúde de qualquer população começa, logicamente, pela avaliação da forma como essa população define a saúde.

Smith define a saúde dividindo-a em quatro dimensões diferentes: (a) saúde clínica, livre de sintomas e sinais de doença ao nível do corpo e da mente; (b) papel funcional da saúde, capacidade de desempenhar adequadamente os requisitos do papel social; (c) saúde adaptativa, concretização de um funcionamento adaptativo ao nível social e ambiental; (d) realização (*eudaimonistic*) ao nível da saúde, que inclui a auto-actualização, o sentir-se satisfeito e amado. Este autor sugere que estes quatro modelos não são mutuamente exclusivos, mas que em vez disso são progressivos, e recorrem ao conceito multidimensional de saúde (Lusk, Kerr & Baer, 1995).

1.1. Perspectiva Histórica do Conceito de Saúde

A concepção de saúde (e doença) pode ser abordada de acordo com uma perspectiva histórica, podendo referir-se que decorreu segundo quatro fases: a primeira fase vai até à Idade Média, a segunda tem início a partir do Renascimento e a terceira é consequência da Revolução Industrial, em cada um destes períodos parece ter-se verificado a existência simultânea de diversos modelos com desenvolvimento paralelo (Ribeiro, 1998).

Segundo Godoy (1999) a perspectiva histórica da saúde pode ser vista como estando contida em apenas dois momentos ou fases: a concepção negativa e a

concepção positiva. Esta visão sobre a saúde é igualmente defendida por Downie, Fyfe e Tannahill (1990).

De uma forma geral, pode considerar-se que durante o período pré-cartesiano a ciência médica ocidental se apoiou na tradição hipocrática, segundo a qual a saúde era vista de forma holística, sendo o corpo e a mente considerados como aspectos inseparáveis no homem (Ribeiro, 1998; Sarafino, 1990).

Conforme refere Ribeiro (1998), durante a Idade Média a Igreja Católica exerceu uma forte influência no desenvolvimento do conhecimento, nomeadamente ao nível do pensamento médico que passa a adoptar uma perspectiva dualista e reducionista como forma de viabilizar a dissecação do corpo humano. O dualismo radical definido por Descartes funcionou como pensamento científico impulsionador do desenvolvimento da medicina.

As mudanças sociais decorrentes da Revolução Industrial, no termino do século XVIII, com grandes movimentos migratórios de pessoas e a sua acumulação em agregados citadinos com escassas condições de habitabilidade e higiene, acabaram por induzir um tremendo impacto no equilíbrio ecológico que proporcionou uma rápida difusão de microorganismo causadores de doenças infecciosas, com acrescido na morbidade e mortalidade (Ribeiro, 1998).

O conhecimento científico em geral, e a medicina em particular, sofrem um rápido crescimento durante os séculos XVIII e XIX, para o que contribuiu a descoberta do microscópio e a dissecação nas autópsias. Em meados do século XIX são introduzidas as técnicas de assepsia e a anestesia que permite um significativo avanço da cirurgia (Sarafino, 1990).

Todos estes desenvolvimentos só foram possíveis perante uma postura filosófica de dualidade que preconiza o corpo e a mente como duas entidades separadas e distintas. É neste contexto, afirma Sarafino (1990), que surge o Modelo Biomédico que assume a doença como uma afecção do corpo e separado do processo psicológico e social da mente.

Para que pudessem existir mudanças relevantes ao nível da saúde das populações foram introduzidas as primeiras medidas de saúde pública que acabam por

levar até à Primeira Revolução da Saúde, centrada na prevenção das doenças. Se a prevenção decorrente destas medidas não fosse eficaz, cabia o papel seguinte à medicina curativa, que a partir do meio do século XX começa a contar com o precioso apoio dos antibióticos (Ribeiro,1998).

De acordo com a referência de Godoy (1999) e Downie, Fyfe e Tannahill (1990) num primeiro momento a saúde era geralmente conceptualizada como a mera ausência de doença, incapacidade ou invalidez, logo convencionalmente entendida de forma negativa, e segundo esta postura o sujeito estaria situado num lugar topográfico de um continuo cujos pólos extremos corresponderiam a um estado de saúde e a um estado de doença.

O termo «Segunda Revolução da Saúde» foi introduzido no relatório sobre a saúde elaborado por Julius Richmond em 1979, conforme refere Ribeiro (1998), o qual pretendia classificar aspectos relevantes a serem introduzidos de forma a responder às novas exigências no campo da saúde. Desta forma, a Segunda Revolução da Saúde centra-se na saúde, considerando que os comportamentos (e.g.: fumar, consumir álcool e drogas) constituem os principais factores de risco para a saúde.

A Terceira Revolução da Saúde decorre de uma evolução económica, social e política que reenvia para a monitorização continua dos resultados obtidos ao nível das intervenções na saúde, de forma a permitir a catalogação e adequação dos resultados encontrados e a viabilização do controlo dos custos. Paralelamente constata-se um acentuar das responsabilidades individuais pela saúde (Ribeiro,1998).

Para Godoy (1999) e Downie Fyfe e Tannahill (1990) a partir da altura em que a saúde deixa de ser conceptualizada como a mera ausência de doença e passa a implicar diversas dimensões de bem-estar, adaptação psicossocial, qualidade de vida, desenvolvimento pessoal, protecção face a possíveis riscos de doença, entre outras, começa a ser conceptualizada de forma positiva, o que reenvia para a nova definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS): A saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social e não a pura ausência de doença.

1.2. Comportamentos de Saúde

Os comportamentos de saúde, tal como os outros comportamentos, são motivados por um estímulo oriundo do indivíduo (interno) ou do ambiente (externo) e são influenciados por componentes cognitivos (intelectuais) e afectivos (emocionais). A resposta a esse estímulo pode ou não estar directamente relacionada com a saúde. Contudo, a motivação que leva aos comportamentos que influenciam a saúde parece não estar relacionada com a saúde em si mesma, o que reenvia para uma outra dimensão da motivação para comportamentos de saúde, isto é o facto de ela ser dinâmica, o que pode reflectir o nível que o indivíduo alcançou ao adoptar e desenvolver esse comportamento (Egger, Spark & Lawson, 1990).

Qualquer comportamento que afecte a saúde, quer positivamente quer negativamente, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde. Estes comportamentos podem ser descritos segundo diversas dimensões, que incluem a duração, a frequência e a forma de impacto na saúde (Carmody, 1997).

Os comportamentos de saúde têm sido definidos como qualquer actividade desenvolvida por uma pessoa que acredita ser saudável e com o propósito de prevenir a doença ou identifica-la em fases assintomáticas (Bishop, 1994; Conner & Norman, 1996). O conceito de comportamentos de saúde harmoniza o duplo esforço de reduzir comportamentos de risco, ou seja evitar comportamentos que prejudiquem a saúde, e a prática de comportamentos saudáveis, isto é que o indivíduo desenvolva actividades positivas para a saúde (Bishop, 1994).

O comportamento humano sofre uma marcada influencia dos factores culturais socialmente dominantes, afirma Berry (1997), ao que não se excluem os comportamentos de saúde.

Os estudos sobre os comportamentos de saúde incluem uma variedade de comportamentos como o recurso aos serviços de saúde (e.g.: consultas de rotina, vacinação), adesão aos cuidados e tratamentos médicos (e.g.: tratamento diatéticos, da

diabetes e da hipertensão arterial) e os comportamentos de saúde dependentes do próprio sujeito (e.g.: dietas, exercício, fumar, consumo de álcool).

Estes estudos, conforme referem Conner e Norman (1996) pretendiam avaliar a relação existente entre a realização dos comportamentos de saúde e as diversas consequências ao nível da saúde, e demonstraram a relevância destes comportamentos no que se refere à morbidade e à mortalidade.

Os comportamentos de saúde parecem, de acordo com Ogden (1999), relevantes como forma de poder predizer a longevidade a taxa de mortalidade das pessoas.

Os comportamentos podem influenciar a saúde de forma directa ou indirecta, afirma Carmody (1997). Existe igualmente uma diferença em termos da regulação do impacto dos comportamentos na saúde, uma vez que uns têm um impacto imediato (e.g.: um acidente de viação), outros a longo prazo (e.g.: má dieta) e ainda com impacto imediato e a longo prazo (e.g.: fumar, fazer exercício). Um outro aspecto salientado por este autor é a possibilidade de interacção entre diferentes comportamentos, como é o caso de fumar, consumir álcool e café que estão muitas vezes interrelacionados.

Inicialmente pode parecer que perante um risco para a saúde o indivíduo irá tomar medidas para o evitar, contudo o conceito de risco está impregnado na coisas do dia-a-dia da vida, e existe sempre algum risco em todos os comportamentos. Egger, Spark e Lawson (1990) consideram que a vida pode ser vista como um “negócio” perigoso, e a mera presença de risco não leva necessariamente à doença.

Assim, segundo estes autores, o simples facto de haver conhecimento sobre o que influencia a saúde não constitui uma condição necessária e suficiente para a mudança de comportamento, o que é evidente no comportamento de fumar. O conhecimento precisa de ser integrado pelo sujeito de forma a interferir nas suas atitudes e valores pessoais em relação à saúde e aos comportamentos relacionados com a saúde.

Belloc e Breslow (1972) fizeram uma análise proporcional entre os índices de mortalidade e os comportamentos e encontraram sete comportamentos correlacionados com o status de saúde: (a) sete a oito horas de sono diárias; (b) tomar pequeno almoço todos os dias; (c) não fumar; (d) comer raramente entre refeições; (e) estar abaixo ou

com o peso ideal; (f) fazer um consumo reduzido de álcool ou mesmo nenhum; (g) fazer exercício regular (citados por Banyard *et al.*, 2001).

Estes autores referem que as pessoas com mais de 75 anos de idade que recorrem a este tipo de comportamentos de saúde, pelo menos três deles, apresentam uma saúde compatível com sujeitos entre os 35 – 44 anos de idade.

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

1. Os determinantes sociais e demográficos que indicam que os comportamentos de saúde diferem significativamente entre os vários grupos socioculturais. Conner e Norman (1996) referem que a idade segue um movimento curvilíneo em relação a muitos comportamentos de saúde, e variáveis como o género podem induzir diferenças nos comportamentos de saúde.

A Sarafino (1990) afirma que a saúde das pessoas vai mudando ao longo do trajecto da vida, constatando-se a existência de diferentes necessidades e riscos de saúde entre homens e mulheres, bem como a necessidade de recorrer a determinados comportamentos preventivos e protectores de saúde varia entre as várias classes sociais e etnias de origem.

O suporte social tem sido referido como um importante factor no desenvolvimento e modificação de algumas formas de comportamentos aditivos (Carmody, 1997).

2. Quanto aos determinantes situacionais, têm a ver com o aspecto que se prende com as diferentes pressões sociais nas várias faixas etárias e cujo exemplo mais evidente se observa na adolescência. A pressão entre pares parecer ser um factor primário para o início do comportamento de fumar em adolescentes (Carmody, 1997). Conner e Norman (1996) aludem ao estatuto socioeconómico e étnico como tendo particular influência ao nível dos comportamentos de saúde.

3. Bishop (1994) refere ainda o determinante de risco percebido o qual pode vir a influenciar os comportamentos de saúde escolhidos pelas pessoas. Conner e Norman (1996) mencionam que os sintomas percebidos pelo sujeito podem permitir controlar os hábitos de saúde.

A saúde depende, em parte, de decisões deliberadas. Para que se possam fazer escolhas acertadas as pessoas precisam ter conhecimentos sobre os riscos e benefícios associados aos comportamentos. No entanto, as pessoas vêm-se, geralmente, a si próprias como tendo que encarar menos riscos que a média das outras pessoas (Fischhoff, 1997).

4. E finalmente, os determinantes psicológicos, quer ao nível emocional quer cognitivo. Neste âmbito Conner e Norman (1996) aludem aos níveis de stress, aspectos da personalidade e a auto-estima. Por outro lado, referem factores mais cognitivos como o conhecimento sobre os riscos comportamentais para a saúde e que determinam os estilos de vida, as crenças e as atitudes perante a saúde. Estes autores afirmam que os factores cognitivos constituem uma área particular de estudo na área da promoção da saúde uma vez que podem mediar os efeitos de muitos dos outros factores anteriormente mencionados e porque se pensa que sejam um ponto central para a mudança de comportamentos na saúde.

Os determinantes psicossociais dos comportamentos de saúde incluem: (a) factores cognitivos (e.g.: atitudes, crenças e intenções); (b) variáveis sócio-culturais (e.g.: influencia da família, dos amigos); (c) factores ambientais (e.g.: acontecimentos stressantes); (d) e diferenças individuais (e.g.: optimismo, locus de control) (Carmody, 1997).

De acordo com Carmody (1997), existem diversos determinantes cognitivos dos comportamentos de saúde. Alguns destes factores parecem estar envolvidos no inicio, manutenção e modificação de diversos comportamentos relacionados com a saúde, tais como as atribuições, expectativas, intenções, atitudes e crenças. As atitudes têm sido conceptualizadas como contendo componentes cognitivos e afectivos.

As intenções são geralmente consideradas como tendo uma influencia mais imediata no comportamento em função da forma racional como as pessoas utilizam a informação de que dispõem (Ajzen & Fishbein, 1980).

Segundo Bandura (1986) as crenças e as atribuições sobre os determinantes da saúde e as expectativas sobre a capacidade de control pessoal sobre a saúde desempenham um papel importante nos processos de aprendizagem e tomada de decisão no que se refere ao desenvolvimento e mudança de comportamentos de saúde (referido por Carmody, 1997).

Os comportamentos de saúde têm sido estudados segundo os aspectos individuais e de personalidade. Scheier e Carver (1992) verificaram que o optimismo está positivamente associado com os comportamentos protectores de saúde, e os sujeitos optimistas mostram ter melhor saúde e reproduzem mais comportamentos protectores da saúde do que os pessimistas.

Weinstein (1984) considera que uma das razões leva as pessoas a manterem práticas comportamentais não saudáveis se deve a uma inadequada percepção de risco e de susceptibilidade, o que estaria relacionado com um optimismo irrealista (citado por Banyard *et al.*, 2001). Aludindo, estes autores, que a percepção de risco não é um processo racional.

A auto-eficácia restringe-se às crenças do sujeito sobre os seus recursos pessoais, centrados especialmente na competência. O papel da auto-eficácia parece funcionar como um mediador entre os factores como a influência dos pares, o conhecimento e a vulnerabilidade percebida perante um determinado comportamento (Pitts & Phillips, 1998).

Hart (1997) refere que os sujeitos com um locus de control externo são mais condescendentes com os comportamentos de saúde. Os sujeitos com um locus de control interno acreditam mais facilmente que a sua capacidade de se esforçar é contingentes aos seus próprios esforços, enquanto os que têm um locus de control externo tendem a ver a sua vida como sendo, maioritariamente, determinada por forças externas tal como o destino ou os "outros poderosos" (Pitt & Phillips, 1998).

O locus de control está relacionado quer com alterações individuais do comportamento quer com o estilo de comunicação que estabelecem com os profissionais de saúde (Banyard *et al.*,2001).

Muitos outros aspectos sobre as diferenças individuais têm sido estudados e relacionados com os comportamentos de saúde, conforme refere Carmody (1997).

1.3. Promoção da Saúde

Promoção da saúde foi um dos conceitos centrais, específico e inovador decorrentes da Segunda Revolução da Saúde que tem sido referido como um conceito multidisciplinar, sobre o qual têm sido proferidas numerosas definições. Contém aspectos económicos, ambientais, organizacionais e estratégicos que preconizam, em última instancia, uma mudança de comportamento que torne possível o recurso estilos de vida saudáveis (Ribeiro,1998).

Godoy (1999) entende a promoção da saúde como um conjunto de actuações que vão no sentido da protecção, manutenção e aumento da saúde, e que ao nível operativo se centram no indivíduo e/ou na comunidade.

A promoção de saúde acarreta necessariamente, segundo Ribeiro (1998), a devolução do poder à comunidade em relação à saúde, restringindo-o às instituições e profissionais de saúde.

A literatura prática e teórica sobre a promoção da saúde desafia o modelo biomédico, ao reconhecer que as causas das doenças são geralmente atribuídas a uma complexa mistura de causas biológicas, psicológicas e sociais (Crossley,2001).

A promoção da saúde remete para os princípios básicos das teorias do sistema ecológico, afirmam Erben, Franzkowiak e Wenzel (1992), ao interligar diversos sectores sociais no desenvolvimento, implementação e avaliação das estratégias de comunicação e interacção. Desta forma, procura-se resolver alguns problemas através

de diferentes perspectivas recorrendo a diferentes métodos e estratégias seguindo, no entanto, objectivos comuns.

As abordagens possíveis ao nível da promoção da saúde devem ser de dois tipos, de acordo com Noack (1987) (referido por Godoy, 1999). As abordagens centradas no indivíduo, em que se propõe uma melhoria da saúde dos sujeitos individualmente e que correspondem ao modelo de actuação da tradição clínica, e as abordagens centradas nas comunidades, que visam a melhoria da saúde socioecológica e que equivalem ao modelo de actuação próprio da tradição comunitária. Esta divisão de abordagens pressupõe uma intervenção complementar e não necessariamente alternativa.

Os objectivos e as estratégias da promoção de saúde variam de acordo com o tipo de abordagem. Por um lado, ao nível individual os objectivos pretendem o incremento do potencial de saúde de forma a otimizar a capacidade do sujeito se defrontar adequadamente com as exigências ambientais e com os problemas de risco para a saúde. No que se refere às estratégias possíveis ao nível individual seriam centradas no indivíduo (e.g.: nutrição adequada, exercício físico, imunização, informação sobre a saúde), e centradas no ambiente (e.g.: aproveitamento dos serviços de saúde, procura de apoio social, evitar ambientes não saudáveis, participar em actividades saudáveis).

Por outro lado, a nível comunitário os objectivos reenviam para a melhoria do potencial de saúde sócio-ecológico em geral (e.g.: prevenção da natureza, planificação urbanística, controlo da poluição, campanhas de vacinação). Neste âmbito as estratégias devem necessariamente ser de carácter político, educativo, legislativo e administrativo, atendendo às características gerais da comunidade a que se destinam.

Contudo, a estratégia básica de intervenção na promoção da saúde é a educação para a saúde, procurando levar as pessoas a sentirem necessidade de cuidar de si mesmas, da sua família e de toda a comunidade, o que em última instância levaria à mudança de comportamentos e à aquisição de novos hábitos saudáveis (Godoy, 1999).

O objectivo global da promoção da saúde, de acordo com o resumo efectuado por Downie, Fyfe e Tannahill (1990), pode ser visto como o aumento balanceado da

saúde positiva ao nível físico, mental e social, conjugado com a prevenção da saúde negativa (ou má saúde) ao nível físico, mental e social.

Como se sabe que o conhecimento não leva necessariamente à mudança de atitudes e comportamentos, Westaway e Viljoen (2000) propõem que se proceda a uma avaliação do tipo de conhecimentos da população; das suas atitudes e comportamentos de forma a permitir uma informação de base que possa levar ao planeamento e organização de programas de promoção da saúde.

O contributo da psicologia da saúde para a promoção da saúde ainda não atingiu um nível suficientemente sofisticado de compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde, em especial no que se refere aos seus significados menos evidentes e na forma como esses significados se interligam com os dados sobre a mortalidade e o contexto social e económico da sociedade contemporânea (Crossley, 2001).

1.4. Qualidade de Vida

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um extenso conceito que tende a afectar de forma complexa aspectos pessoais da saúde física, do estado psicológico, dos níveis de independência, das relações sociais e das relações relevantes com aspectos ambientais (WHOQOL Group, 1996).

O *Centre for Health Promotion* (1995) da Universidade de Toronto no Canadá, começou a trabalhar o conceito de qualidade de vida em 1991 e definiu-o como o grau segundo o qual uma pessoa goza de oportunidades importantes da sua vida. Estas oportunidades resultam das capacidades e limitações que cada pessoa tem na sua vida e reflectem a interacção dos factores individuais e ambientais.

A promoção da qualidade de vida, quer ao nível individual quer ao nível colectivo, constitui um dos aspectos relevantes da teoria e da prática da psicologia da saúde (Ríos & Fernández, 1999).

Segundo Ribeiro (1998) o conceito de qualidade de vida tem desenvolvido íntimas relações com o de promoção da saúde. O relatório da *Commission on National Goals* indicava enumeros indicadores sociais e ambientais, nomeadamente a educação, a individualidade, o crescimento económico, a saúde e o bem-estar.

Desde então têm sido efectuadas diversas investigações sobre a qualidade de vida com o intuito de se estabelecerem indicadores de qualidade de vida. Liu (1976) (referido por Ribeiro, 1998) conclui que a qualidade de vida desfrutava de dois componentes principais que abrangiam os nove indicadores que proponha para a sua medição: um subjectivo (psicológico) com um carácter mais qualitativo, e outro objectivo (social, económico, político e ambiental) com um aspecto mais quantitativo.

Uma das investigações, consideradas por Ribeiro (1998) como sendo das mais importantes, foi realizada por Campbel, Converse e Rodgers em 1976 no âmbito da medição das componentes subjectivas da qualidade de vida. O modelo estabelecido por estes autores pressuponha que a avaliação efectuada pelo sujeito em relação às características ou atributos de um determinado domínio se prende com a sua percepção desse atributo em confronto com os seus padrões individuais.

O conceito de qualidade de vida está historicamente relacionado com o de felicidade e bem-estar, afirmam Ríos e Fernández (1999), existindo diversas formas de descrever o que se entende por qualidade de vida, uma vez que tem sido um conceito de utilização maciça. Alguns autores definem qualidade de vida atendendo unicamente ao âmbito da saúde e outros definem-no como tendo um carácter mais integrador e genérico.

A OMS reconhece que mais importante do que a quantidade de anos vividos é a qualidade dessa vivência. Desta forma, Ríos e Fernández (1999) propõem que em qualquer definição de qualidade de vida se deveriam incluir alguns dos seguintes aspectos: as capacidades cognitivas, comportamentais e de bem-estar emocional; o sentimento subjectivo de bem-estar e satisfação vital; as condições socio-materiais

objectivas de existência e a sua percepção; a satisfação referente às condições materiais reais e psicológicas do sujeito; a percepção subjectiva do nível de saúde pessoal e a capacidade de se comportar de forma subjectivamente satisfatória; e a percepção da utilidade da vida e a satisfação das necessidades básicas humanas.

1.5. Determinantes de Saúde

Preservar e manter a saúde tem sido considerado como um aspecto de primordial importância para toda as pessoas. Uma análise que permita aceder aos determinantes da saúde viabiliza a sua compreensão e facilita as formas de intervenção. Calman (1998) faz alusão a cinco determinantes que interagem e influenciam a saúde do sujeito individual ou de uma população, os quais incluem: (a) factores biológicos, como o envelhecimento e as alterações genéticas; (b) o meio ambiente, que reenvia para as doenças contagiosas; (c) estilos de vida, que se relaciona com o comportamento; (d) factores sócio-económicos; (e) e o recurso e acesso aos serviços de saúde.

1. Os factores biológicos, nomeadamente os que dependem de alterações genéticas, estão dependentes de uma vasta área de intervenção da biologia e permitem compreender a forma como o corpo funciona e quais as alterações que ocorrem quando algo corre mal. Actualmente já é possível identificar os genes responsáveis de determinadas doenças e estão a ser desenvolvidas novas formas de tratamento das doenças.

2. Os determinantes ambientais contém um número variado de factores provenientes do mundo externo mas que podem produzir algum tipo de impacto na saúde, onde estão incluídos aspectos como o ar, o solo, a comida, produtos químicos, radiações e as doenças infecciosas. Estão relacionados com a forma como usufruímos dos recursos naturais durante o processo de desenvolvimento.

As doenças infecciosas constituem uma enorme ameaça para a saúde, apesar dos avanços ao nível da prevenção surgem novas ameaças que desafiam as estratégias

actuais, como é o caso da infecção HIV. Tem sido necessário um constante alerta para lidar com as novas situações.

3. Os estilos de vida estão relacionados com a forma como as pessoas vivem e se comportam. Este factor tem sido referenciado como muito relevante ao nível da saúde, nele estão incluídos o consumo de cigarros e de álcool, o uso de drogas, a violência e outros comportamentos de risco. As mudanças nesta área dependem de tomadas de posição pessoal, associadas ao reconhecimento que disso depende igualmente o ambiente e a cultura em que o sujeito está inserido.

4. Dentro dos factores sociais e económicos está bem reconhecida a relevância, e sabe-se o quanto influenciam a saúde, de aspectos como as condições de habitação, o nível de rendimento, o emprego e a classe social. A pobreza, a privação, o desemprego e são acontecimentos impeditivos de uma boa saúde.

Tem sido atribuído um particular interesse ao nível educacional e de conhecimentos (escolaridade) na predição da saúde. Em todas as sociedades e grupos o nível de escolaridade está facilmente correlacionado com os níveis de saúde. Assim, um dos pré-requisitos para melhorar a saúde é a melhoria dos níveis de escolaridade das pessoas (Bobak, 1998).

5. Uma boa via de acesso aos serviços de saúde contribui de forma significativa para a melhoria da saúde.

Contudo, de acordo com Calman (1998), as maiores interferências ao nível da saúde decorrem de determinantes como o meio ambiente, os estilos de vida e os factores sociais e económicos, pelo que os dois últimos determinantes irão ser analisados mais pormenorizadamente.

2. Factores de Risco para a Saúde

2.1. Determinantes sociais e económicos da saúde

As condições sociais e económicas estão reconhecidas como determinantes que usam de relevante influencia no âmbito da saúde das populações, e uma variedade de estudos demográficos, históricos, sociológicos, antropológicos, médicos e epidemiológicos têm contribuído para a evidencia dessa afirmação (Ziglio, Levin & Bertinato, 1998).

Nos últimos 150 anos deram-se alterações marcadas no campo da saúde, afirmam estes autores, a mortalidade reduziu para cerca de metade e a esperança de vida duplicou o que se explica pela redução das causas de morte por infecção associado a melhorias ambientais (e.g.: introdução de medidas de saneamento básico), estilos de vida (e.g.: melhor alimentação), condições de vida (e.g.: melhor habitação), e outros aspectos relacionados com melhoramentos a nível social e económico.

A actual tendência na saúde indica claramente que os países europeus têm que lidar de modo crescente com as doenças degenerativas dos idosos, os estilos de vida e as doenças relacionadas com o ambiente. Diversos estudos apontam que os claros sinais de deterioração do status de saúde de determinados segmentos da população se devem, maioritariamente, a mudanças sociais, económicas e ambientais decorrentes das modernas sociedades (Ziglio Levin & Bertinato, 1998).

Um mercado de trabalho limitativo e uma rede de apoio social e familiar bastante frágil conduz a uma elevado número de crianças postas em risco de pobreza, o que terá, a curto ou médio prazo, as suas consequências ao nível da saúde.

A família constitui um importante veículo transmissor, talvez o mais importante, através do qual os factores sociais e demográficos exercem a sua influencia ao nível da saúde dos indivíduos. Alterações na composição da família são acontecimentos de vida significativos, tais como a doença ou o divórcio, e que se repercutem no status da saúde.

Por outro lado, muitos dos comportamentos de risco para a saúde, como o fumar e os tipos de alimentação, são aprendidos na família e tendem a ser mantidos (Hewison, 1997).

Contudo, Bobak (1998) afirma que a relação entre os factores socioeconómicos e a saúde não tem sido devidamente considerada em muitos países, e é muitas vezes ignorada pelos profissionais de saúde. As diferenças sociais ao nível da saúde persistem ao longo do tempo e não desapareceram com o aumento da prosperidade dos países industrializados. Paralelamente existe, marcadas diferenças no status de saúde entre os diferentes países europeus.

As diferenças existentes entre as classes sociais ao nível da saúde (e doença) têm sido reconhecidas, nomeadamente, desde que foram recolhidos os primeiros dados sobre a mortalidade, os dados mostram que os sectores mais pobres da população têm uma saúde mais precária e uma mortalidade mais elevada (Pitts & Phillips, 1998).

Por outro lado, referem estas autoras, uma saúde física e mental precária leva a maiores desvantagens sociais através do desemprego e da pobreza, e desta forma, a uma marcada morbilidade.

Uma particular forma de irregularidade na saúde prende-se com as diferenças de género, refere Bobak (1998), uma vez que ao nível dos países desenvolvidos a mortalidade é mais elevada entre os homens do que entre as mulheres, o que depende certamente de aspectos biológicos mas sugere também uma forte influencia do ambiente social.

Ussher (1997) afirma que existe uma evidente influencia ao nível da saúde dos factores sociais e culturais nos comportamentos dos homens e das mulheres e a sua experiência subjectiva, bem como se verifica uma interferência dos constructos sociais de feminilidade e masculinidade.

Um aspecto crucial dos países desenvolvidos não é a pobreza mas a desigualdade social, o que faz surgir o conceito de privação relativa que está directamente ligada ao papel dos factores psicossociais, embora os aspectos materiais não possam ser excluídos (Bobak, 1998).

Os factores psicossociais parecem agir de forma mais subtil e estão directamente relacionados com as hierarquias sociais. Neste campo estão incluídas características importantes do ambiente em que as pessoas vivem e trabalham e que consequentemente afectam os processos psicológicos. Estão aqui integrados aspectos relacionados com o suporte social, nomeadamente o estado civil, uma vez que o casamento parece fornecer algum desse suporte e paralelamente com as relações sociais têm sido referenciados como reduzindo os níveis de mortalidade em ambos os sexos (Bobak,1998).

Segundo este autor os rendimentos variam substancialmente em relação ao nível de escolaridade, e uma baixa formação educacional tende a aumentar de forma significativa os níveis de mortalidade.

Segundo Berry (1997) os factores psicossociais sofrem influencia das diferentes culturas, sendo já um dado adquirido a sua variação relevante através das diversas culturas.

A poluição ambiental e o acesso aos cuidados de saúde acabam por interferir de forma muito modesta nos níveis de mortalidade. Os estilos de vida e os comportamentos em geral constituem um substancial impacto (Bobak,1998).

2.2. Estilos de Vida

Os estilos de vida (*lifestyles*) têm sido definidos como acções sujeitas a um complexo condicionamento cultural, social, económico e ambiental que caracterizam um indivíduo ou um grupo, como uma matriz de comportamentos estáveis no tempo e que estão relacionados com a saúde, mas não necessariamente de forma directa (Young, 1998).

O conceito básico subjacente à abordagem dos estilos de vida é o da socialização dos indivíduos e grupos sociais e interacção social. Os comportamentos relacionados com a saúde, individuais ou colectivos, podem ser vistos como reflectindo certas condições de vida e a tentativa de lidar com elas e / ou modificá-las. O comportamento

individual numa situação social pode ser considerado, até certo ponto, como resultado do processo de socialização. Assim, sempre que ocorram mudanças nas condições sociais, o comportamento individual é igualmente sujeito a um processo de mudança (Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1992).

De uma forma geral os estilos de vida que as pessoas adoptam incluem diversos comportamentos que podem constituir factores de risco para a saúde (Sarafino, 1990).

Heikkinen (1989) afirma que alguns aspectos específicos dos estilos de vida, como o fumar, o consumo excessivo de álcool, o exercício físico insuficiente e uma nutrição inadequada são considerados como estando relacionados com a incidência de muitas doenças. Os estilos de vida parecem desempenhar um papel importante como preditores da longevidade e enquanto determinantes da qualidade de vida e do bem-estar nos idosos.

Os estilos de vida são um factor importante em muitas das causas de morbilidade e/ou mortalidade que afectam as pessoas mais idosas. Os idosos são geralmente incapazes e / ou não estão dispostos a modificar os seus estilos de vida (Hart, 1997).

Este autor alude que consideráveis esforços têm sido despendidos para promover estilos de vida saudáveis junto de sujeitos de meia-idade e jovens. Existe alguma evidencia empírica de que os idosos aderem a uma maior diversidade de comportamentos de forma a proteger e promover a sua saúde e fazem-no de forma mais diligente que os jovens.

Alguns estilos de vida parecem não ser livremente escolhidos pelo sujeito, e podem conduzir a problemas na saúde, podem ser considerados como revogáveis e deste modo injustos. As injustiças ao nível da saúde são provenientes do nível de recursos, das condições de habitação, de trabalhos em condições perigosas ou a exposição a riscos ambientais. Podem também ser incluídos neste leque as dificuldades ou limitações no acesso aos serviços e cuidados de saúde (Calman, 1998).

Os estilos de vida sofrem influência do nível de educação formal dos sujeitos, bem como a sua capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar

comportamento preventivos o que, segundo dizem Westaway e Viljoen (2000), tende a afectar a saúde.

Young (1998) refere que o reconhecimento, de que muitos dos comportamentos ou estilos de vida das pessoas estão associados com o desenvolvimento de uma diversidade de doenças e problemas de saúde, tem vindo a aumentar. Ao longo do seu trabalho dá particular relevância ao fumar, que considera como o mais importante estilo de vida enquanto determinante da saúde.

Segundo este autor, o fumar pode ser descrito como um percurso com diferentes fases, desde a iniciação, o uso frequente até desistir. Em cada uma destas fases estão em jogo diferentes influencias e acções.

Os estudos na área da Psicologia têm relacionado o fumar com a rebeldia, impulsividade e a reivindicação de identidade na adolescência. Depende da etnia e do estatuto sócio-económico, uma baixa auto-imagem e baixa realização podem igualmente ser preditores. Os modelos dos pais, pares ou companheiros podem influenciar ou inibir a iniciação ou o desistir de fumar (Young, 1998).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO,1993) os dados indicam que só em 1990 o efeito do tabaco matou cerca de 1,2 milhões de europeus, e metade destes abaixo dos 65 anos de idade. Referem que aproximadamente dois terços da população geral não são consumidores de tabaco, havendo alguns países em que existe uma maior percentagem de mulheres do que homens que fumam.

Segundo este relatório, Portugal não está entre os países que adoptaram medidas para reduzir o consumo de tabaco. Quando se faz uma análise em relação à população entre os 15 e os 24 anos de idade, em relação ao consumo de tabaco, constata-se que Portugal ocupa o segundo lugar como maior consumidor, logo a seguir à Grécia, com uma maior percentagem de fumadores do sexo masculino.

Existem muitos paralelismos entre o fumar e a ingestão de álcool, ambos estão cotados na ICD-10, “transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco” (F17), é a categoria atribuída ao fumar, e “ transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool” (F10) para o consumo de álcool. Ambos

reenviam para padrões mal adaptativos de consumo que levam a alterações emocionais graves.

Os níveis de consumo de álcool por pessoa estão fortemente correlacionados com a saúde, uma vez que o consumo de álcool leva a problemas económicos e sociais. Segundo refere o relatório da OMS (WHO, 1993), ao nível do consumo de bebidas alcoólicas têm sido tomadas medidas de regulamentação, nomeadamente ao nível da condução e da trabalho industrial, e por outro lado, as pessoas são incentivadas a beberem bebidas sem álcool.

Young (1998) refere que está bem estabelecida a importância da nutrição e dieta enquanto determinante do status de saúde. A dieta humana é composta por macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono e gorduras), vitaminas, fibras e minerais e.g.: cálcio, magnésio, iodo), electrólitos (e.g.: sódio, potássio, cloro), e água. Os macronutrientes são a principal fonte de energia necessária ao organismo. Assim, um excesso de ingestão e/ou baixo consumo energético, que tem a ver com actividade física, leva à obesidade, a qual representa um risco para a saúde.

No relatório da segunda avaliação da saúde para todos publicado pela OMS em 1993 afirmam que a obesidade e o excesso de peso continuam a ser um problema sério na maioria dos países europeus. A obesidade severa [Índice Massa Corporal > 30] na população refere-se a oito países, nos quais está incluído Portugal, país que não adoptou as política de nutrição sugerida em 1874 na *World Food Conference*. Os dados obtidos permitem constatar que a obesidade constitui um problema mais marcante nas mulheres de meia-idade.

O índice de massa corporal (IMC) é um padrão de medida internacionalmente aceite para permitir identificar o grau de obesidade de uma pessoa. Trata-se de uma fórmula matemática utilizada, nomeadamente, por médicos e nutricionistas para correlacionar o peso e a estatura do indivíduo, com a sua gordura corporal. Funcionando como base para determinar se um sujeito se encontra em risco de saúde devido a um excesso de peso (Nunes, 2001).

A sua forma de cálculo é a divisão do peso (em Kg) da pessoa pela sua altura, elevada ao quadrado (em m²), considerando-se obeso o sujeito com peso igual ou

superior a 25 Kg / m², tendo-se tornado numa medida standard por ser melhor indicador do risco de doença, do que o peso por si só (Fatimah *et al.*, 1995). As categorias do IMC descritas reportam-se a Garrow (1981) e são as seguintes: (a) Magro – abaixo de 20; (b) Peso Normal – entre 20,0 e 24,9; (c) Excesso de Peso – entre 25,0 e 29,9; (d) Obeso – entre 30,0 e 39,9; e (e) Obesidade Mórbida – 40,0 e acima (citado por Fatimah *et al.*, 1995; Nunes, 2001).

No caso de o IMC ser demasiado elevado corre-se o risco de desenvolver determinadas doenças, como é o caso da hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes do adulto (tipo II), apneia do sono, infertilidade feminina, refluxo gastroesofágico e incontinência urinária, depressão e baixa da auto-estima, que reenvia para um acréscimo da morbilidade (Nunes, 2001; Thomas, 1995).

Para Thomas (1995) a obesidade é vista como uma doença da regulação do apetite com carácter complexo e multifactorial, envolvendo aspectos genéticos, metabólicos, fisiológicos e bioquímicos, sem excluir a área das neurociências, bem como factores psicológicos, ambientais e culturais. Os programas de prevenção da obesidade tem por base incentivar os sujeitos a adoptar estilos de vida mais saudáveis.

A actividade física tem sido definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio de energia. O exercício é um tipo de actividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, com um objectivo de manter a capacidade física. A participação em algum tipo de actividade física, quer a nível do trabalho quer nos tempos livres, tem demonstrado ser importante na prevenção de problemas cardiovasculares e musculoesqueléticos e promove uma sensação de bem-estar (Young, 1998).

Se os indivíduos sedentários fossem mais activos tendiam a viver mais e com mais qualidade de vida. A prevalência do exercício varia com o género, os homens tendem a fazer exercícios mais pesados e as mulheres os mais leves, sendo igual ao nível dos exercícios moderados, refere um estudo efectuado por Manning *et al.* (1991), em que classificaram o exercício segundo três tipos: leve, moderado e pesado.

Segundo o mesmo estudo a percentagem de exercício pesado e moderado reduz com o aumento da idade dos sujeitos. Por outro lado, quanto maior for o nível

educacional mais as pessoas tomam a iniciativa de fazer exercício do tipo moderado, e as pessoas tendem a ser menos estáveis nos seus hábitos de exercício quando fumam ou bebem bebidas alcoólicas.

As pesquisas sobre os factores de risco para as doenças cardiovasculares, em particular a proveniente do *Human Population Laboratory* em Alameda County na California, identificaram segundo Young (1998) que as redes sociais e o suporte social funcionam como preditores de consequências de doença independentemente de outras problemas como a hipertensão arterial e estilos de vida como o fumar.

A participação social e os contactos sociais influenciam a tomada de consciência, as atitudes e as emoções das pessoas. A inclusão das pessoas em actividades sociais organizadas são descritas por Heikkinen (1989) como contribuindo para um elevado grau de satisfação, são actividades diversas e que tendem a predizer uma melhor saúde e longevidade.

Para Young (1998) a forma como a identidade cultural foi absorvida por um sujeito ou por um grupo aquando num novo ambiente pode ser avaliada através de variáveis como a competência da língua original, o consumo de certos alimentos, entre outros. Os conflitos que decorrem ao nível cultural tendem a reforçar a vulnerabilidade individual e originar doenças nos indivíduos mais susceptíveis.

No âmbito dos estilos de vida, e com a divulgação da importância que a sua noção ocupa na área da saúde, têm sido desenvolvidos diversos estudos e programas de modificação do estilo de vida, aplicados individualmente ou em grupo. De acordo com Ribeiro (1998) a modificação conseguida revela um impacto real no estado de saúde.

3. O Stress

Stress é um termo que tem sido referido desde há vários séculos reportando-se, segundo Lazarus e Folkman (1984), ao século XIV. Diversas áreas do conhecimento têm recorrido à sua utilização de forma sistemática ou científica, pelo que tem recebido diversas definições.

O conceito de stress começa por ser primeiramente abordado pela física, pretendendo traduzir o grau de deformidade sofrido por um material ao ser submetido a um esforço ou tensão (Silva, 2000). A sua passagem à biologia dá-se de forma gradual com o desenvolvimento de teorias explicativas diversas (Ribeiro, 1998).

A conceptualização sistemática e as investigações nesta área são relativamente recentes, o seu incentivo provém das guerras, nomeadamente da II Guerra Mundial, devido à relevância do stress no decurso bélico. Só mais tarde se reconheceu o stress como um aspecto inevitável da vida, com um crescente interesse sobre o estudo das vivências de stress, sendo esse um aspecto que demarca o Homem das outras espécies (Lazarus & Folkman, 1984).

No entanto, Ogden (1999) e Ribeiro (1998) aludem que os modelos de stress foram sendo alterados ao longo do século XX no que se refere à sua definição, no variado destaque atribuído aos factores fisiológico e psicológico e nas descrições da relação existente entre o indivíduo e o seu meio ambiente.

Para Lyon (2000) o termo stress enquanto relacionado com a experiência humana surge na literatura científica desde 1930, passando a constituir um termo do senso comum a partir do final dos anos setenta.

As manifestações comportamentais de stress mais comuns são o chorar, fumar, comer em excesso, beber bebidas alcoólicas, falar rápido e tremer (Lyon, 2000).

3.1 O Conceito de Stress

Uma das características mais importantes do stress é o facto de ser uniforme e não específico, o que significa que o organismo se prepara de forma idêntica para qualquer tipo de ameaça ou agressão, não estando dependente da natureza ou do grau de perigo (Silva, 2000).

A definição de stress referida por Lazarus e Folkman (1984) enfatiza a perspectiva relacional entre a pessoa e o ambiente. Face a essa interacção o indivíduo vai percepcionar a discrepância entre as exigências da situação e os recursos disponíveis em termos biológicos, psicológicos e sociais (Sarafino, 1990).

No processo de stress as ameaças do mundo externo ao sujeito são de origens diversas e a sua percepção depende de um componente subjectivo, a descarga da tensão produzida por essa sensação de perigo vai repercutir-se, principalmente, sobre a musculatura lisa, que não está dependente da vontade do indivíduo (Silva, 2000).

A interacção que leva à situação de stress inclui, geralmente, um processo de avaliação cognitiva que passa por duas formas. Inicia-se por uma avaliação primária, relacionada com a forma como o sujeito percepciona o significado de uma dada transação perante o seu bem-estar, que envolve uma avaliação do mundo exterior, podendo fazê-lo de três formas: irrelevante; benigna e positiva; e nociva e negativa. Os acontecimentos podem ser categorizados como sendo relativos a: perda; ameaça; desafio.

Segue-se uma avaliação secundária que preconiza: (a) a análise dos recursos disponíveis perante as exigências do momento, e que envolve uma avaliação do próprio sujeito; (b) a avaliação dos custos e benefícios das alternativas de resposta perante as opções possíveis; (c) a selecção das estratégias de coping mais adequadas para lidar com a situação (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984; Ogden, 1999; Ribeiro, 1998; Sarafino, 1990).

Quanto aos factores situacionais, verifica-se uma tendência a avaliar os acontecimentos como stressantes quando incluem expressivas exigências, face à sua indesejabilidade ou intolerância ou se ocorrem em momentos inesperados. Folkman (1984) assinala o facto de poder existir alguma clareza ou ambiguidade nestes acontecimentos.

No que diz respeito ao factores relacionados com o indivíduo, incluem aspectos intelectuais, motivacionais e características de personalidade, como a auto-estima e o sistema de valores.

Pode considerar-se que existe uma componente individual no gerar do stress e na resposta perante ele, pelo que pessoas diferentes vão apresentar respostas diversas. A componente individual dos stress relaciona-se com a personalidade do indivíduo, a sua história de vida e todo o seu desenvolvimento psicodinamico. Um estado interior de insatisfação, consigo mesmo ou com a vida em geral, pode ser considerado como um determinante significativo do potencial nocivo do stress, o que reenvia para sujeitos inseguros, intranquilos e com baixa auto-estima (Silva, 2000).

3.2. Factores que Influenciam a Avaliação e Resposta ao Stress

A diversidade das reacções perante as situações de stress não depende exclusivamente da situação em si mesma, inclui todas as variáveis individuais, tanto inter-individuais como intra-individuais, podendo também ocorrer variações no mesmo indivíduo numa segunda vivência semelhante (Ribeiro,1998), o que as torna particularmente complexa.

Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) fazem referência a dois tipos de recursos a que o indivíduo recorre perante cada situação de stress: os recursos pessoais e os recursos sociais. Entre os recursos pessoais salientam o control, a constructos relacionados com o *self*, e o julgamento que o sujeito faz do seu meio ambiente. Dentro dos recursos sociais sublinham variáveis relacionadas com o suporte social, que analisam enquanto metaconstructo que se compõe de variáveis como a estrutura social

(e.g.: a densidade e o tamanho da rede social de suporte), as condições sociais (e.g.: casamento, grupos sociais), e as interações de suporte social e a sua percepção.

No entanto, nem sempre as situações de stress induzem alterações adversas na saúde. Williams e House (1992) referem alguns factores que têm sido identificados e que parecem compensar ou mediar o impacto do stress na saúde. São três essas variáveis: as relações e o suporte social, o coping e a percepção pessoal de control.

Folkman (1984) Apesar de se acreditar que o control pessoal está intimamente implicado com o stress não existe, contudo, a certeza sobre a forma como essa influência acontece. As crenças de control e a avaliação situacional podem ser influenciadas por uma situação stressante, desta forma, o control pode ser visto como um mediador cognitivo das transações stressantes e a adaptação. A complexidade da avaliação do control, nas situações da vida real, é particularmente evidente nos contextos relacionados com a saúde (Folkman, 1984),

Na revisão de estudos, referida por Folkman (1984), em relação às expectativas do locus de control interno-externo e das atitudes e comportamentos de saúde, constatou-se que as pessoas com locus de control interno são mais capazes, do que as que recorrem a um locus de control externo, de recorrer à informação sobre a doença e a manutenção da saúde, desde que seja relevante para o seu bem-estar e para adoptar comportamentos preventivos. Sarafino (1990), alude que uma forte sensação de control pessoal é propensa a beneficiar a saúde dos indivíduos.

O control pode ser definido como a sensação que se tem de ter influência sobre o seu meio ambiente com um razoável sucesso. Dependendo do grau pessoal de confiança do sujeito em relação à sua sensação de control assim será formulada a avaliação, podendo contudo haver variações na capacidade de percepção, mais ou menos adequadamente, ao nível da controlabilidade. No entanto, Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) referem que quanto maior for a capacidade de control mais positivo é o resultado para a saúde.

As teorias mais recentes de stress, afirma Ogden (1999), têm dado ênfase a formas de autocontrolo na compreensão do stress, sendo este conceptualizado como um produto da capacidade individual de autocontrolo.

O control pode também estar relacionado com a saúde num nível mais directamente físico, afirmam Hobfoll, Banerjee e Britton (1994), uma vez que algumas investigações indicam que uma elevada sensação de control e eficácia traduz-se num aumento da actividade das células *natural killer* e da função imunológica. Desta forma, as pessoas com uma grande capacidade de control tendem a experienciar menos a depressão, a zanga crónica e a ansiedade, e conseguem mais facilmente manter emoções positivas. As pessoas que se deixam envolver mais facilmente nas emoções negativas, em comparação, são mais susceptíveis a desenvolver doenças.

A informação constitui uma importante fonte de recurso mas tem que ser procurada e usada. Para preservar a saúde e combater a doença é necessário ir procurando e explorando um complexo informacional proveniente de múltiplas fontes (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994).

Os compromissos revelam o que é importante para as pessoas e estão relacionados com as crenças e valores ou com os objectivos específicos do indivíduo (Folkman, 1984). Todos os factores envolvidos nas situações stressantes vão modificar o impacto do stress no sujeito, nomeadamente o sentido de control, os compromissos e as características percebidas na situação (Sarafino, 1990).

A autoestima é vista por Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) como um recurso bastante forte que leva muito tempo a desenvolver e fortalecer perante as adversidade. Segundo alguns estudos referidos por estes autores, os indivíduos com uma baixa autoestima tendem a desenvolver problemas somáticos alguns tempo após experienciarem situações de stress. Outros estudos identificaram que a baixa autoestima está relacionada com comportamentos de saúde pobres e angústia, o que tende a afectar o sistema imunitário.

O suporte social ocupa um papel relevante nas situações de stress, reduz o stress experienciado pelo indivíduo acabando por, genericamente, beneficiar a saúde. Sarafino (1990) alude a três tipos de suporte: emocional, instrumental e informacional.

O suporte social está relacionado com uma melhor saúde independentemente da quantidade de stress que os indivíduos confrontem, pode afectar directamente a saúde ao facilitar oportunidades de interacção social que levem à adopção de regras e comportamentos apropriados (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994).

O facto das pessoas sentirem que obtiveram benefícios com o suporte social, vai fazer com que continuem a procurar esse tipo de apoio sempre que precisarem em situações semelhantes. E apesar dos efeitos do suporte social identificados ao nível da saúde física poderem ser modestos, Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) afirmam que esse modesto efeito pode ser, pelo menos em parte, devido ao complexo efeito do stress no factores físicos.

Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) consideram que existem diferenças ao nível do sexo em relação ao stress, o suporte social constitui um aspecto importante na relação com o stress para as mulheres e para os homens, no entanto os homens recorrem menos ao suporte social, eventualmente por questões socioculturais.

O stress parece ter efeitos mais adversos ao nível da saúde mental nas mulheres do que nos homens. Bem como, acontecimentos de vida stressantes equivalentes apresentam efeitos negativos mais evidentes nas pessoas de mais baixo estatuto socioeconómico (Williams & House, 1992).

Poucos estudos debruçaram a sua atenção sobre a distribuição das variáveis socioeconómicas e socioculturais em relação ao stress. Williams e House (1992) falam sobre um deles e referem que o stress está francamente relacionado com o status socioeconómico, o sexo e a idade. Mais mulheres que homens referem desemprego e stress crónico relacionado com o casamento.

Segundo estes autores a idade parece determinar o nível e o tipo de stress experienciado pelos indivíduos. O casamento e o divórcio estão inversamente associados com a idade, outros acontecimentos como a doença e a morte de um esposo estão positivamente relacionados com a idade. Estes dados de Williams e House (1992) indicam, claramente, que o estágio da vida em que o sujeito se encontra é importante

aquando da ocorrência dos acontecimentos de vida stressantes, e que isso determina o seu impacto real no sujeito.

Os dados encontrados por Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) sugerem que os pessimistas tendem a ter piores consequências para a saúde, em grande parte, porque são passivos nos cuidados de saúde, nas alterações de vida, e na mobilização de suporte social. No entanto, não significa que os pessimistas sejam pessoas passivas, mas alimentam a crença de que os seus recursos são inadequados ou usam-nos de forma inadequada.

3.3. O Stress e a Saúde

O estudo de Ursin *et al.*, citado por Lyon (2000), sustenta a ideia que o primeiro determinante do padrão de resposta neuroendócrino é a percepção individual de uma situação ameaçadora.

As mudanças psicofisiológicas induzidas pelo stress têm sido alvo de diversos estudos. Um acontecimento vivenciado de forma stressante pode levar a alterações fisiológicas que incluem:

1. excitação do sistema nervoso simpático e acréscimo na libertação de hormonas de stress (e.g.: catecolaminas, corticosteróides);
2. alteração de factores físico com a subida do ritmo cardíaco, da tensão arterial e do potencial muscular;
3. aumento de factores psicológicos como o medo, ansiedade e fúria, redução da capacidade cognitiva e da intersensibilidade.

Alguns destes efeitos psicofisiológicos, refere Ogden (1999), podem ser vistos, por um lado, como adaptativos já que preparam o indivíduo para a resposta, e por outro lado, como não adaptativos uma vez que são prejudiciais à saúde.

O potencial efeito que o stress tem ao nível da saúde tem levado a diversos estudos. O stress pode afectar a saúde de duas formas : através de alterações do comportamento ou de alterações a nível fisiológico. Ogden (1999) refere que a grande parte dos estudos realizados sobre a relação entre o stress e a doença abordaram os efeitos fisiológicos do stress. No entanto, faz menção a algumas investigações sobre os efeitos do stress ao nível de comportamentos específicos relacionados com a saúde, nomeadamente o fumar e o consumo de álcool, e nas mudanças de comportamento mais gerais.

O campo de pesquisa ainda relativamente recente, mencionado por Sarafino (1990), é a psiconeuroimunologia que se focaliza nos aspectos do sistema nervoso, endócrino e imunitário e nas suas interacções. A importância desta área no que se refere ao stress prende-se com facto deste interferir em numerosos dos distúrbios psiconeuroimunológicos.

A teoria dos acontecimentos de vida surge na tentativa de colocar o ênfase mais psicológicos relacionados com o stress. Contudo, afirma este autor, nem sempre os acontecimentos de vida são experienciados de forma objectivamente stressante, depende da susceptibilidade individual.

Williams e House (1992) consideram que a abordagem proposta por Elliot e Eisdorfer em 1982 parece incluir as principais definições de stress, dividindo-o em quatro partes componentes, baseados na resposta ao stress, e que são constituídas por: (a) os potenciais stressores; (b) as reacções; (c) as consequências; e (d) os mediadores.

Os acontecimentos e as situações que podem levar a reacções físicas ou psicossociais são os potenciais stressores. As reacções caracterizam as respostas individuais ao stress (biológicas ou psicológicas). Muitas reacções são de curta duração e não apresentam efeitos a longo prazo, enquanto outras podem levar a alterações na saúde, por serem suficientemente intensas ou numerosas induzindo efeitos físicos ou psicológicos. Os efeitos das reacções a longo prazo são denominados consequências.

Os mediadores são os filtros ou os modificadores (genéticos, psicológicos, sociais e físicos) que podem afectar a variação individual ou de um grupo ao nível dos stressores, das reacções e das consequências.

Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) indicam diversos exemplos de estudos que têm identificado que o stress tem um impacto negativo na saúde, em particular o stress severo ou crónico (Goldberger & Bernitz). A responsabilidade do stress tem sido constatada em relação às doenças infecciosas através da vulnerabilidade desencadeada no organismo (Cohen & Williamson). E ao nível da saúde pública tem sido demonstrada de forma consistente a relação entre o stress e a morbilidade e a mortalidade.

Contudo, estes autores salientam o facto de a ligação entre o stress e a doença ser mais forte para uns indivíduos do que para outros. Vários investigadores concluíram que as diferenças individuais ou nos grupos podem ser atribuídas, parcialmente, a diferenças nos níveis de factores de risco psicológico e nas diferenças dos níveis de recursos psicossociais.

Os acontecimentos de perda foram identificados como críticos para desenvolver stress psicológico. Sempre que os recursos da pessoa são levados à exaustão, o seu sistema vai-se tornando cada vez mais vulnerável e activa-se a angústia (*distress*). Esta angústia pode estar relacionada com a saúde de três formas (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994):

(1) o stress pode afectar directamente o organismo através de um impacto negativo no sistema fisiológico (e.g.: taquicardia, hiper secreção gástrica, hipertensão arterial) ;

(2) a resposta de stress pode afectar directamente o sistema imunitário, e levar o organismo a uma excessiva vulnerabilidade;

(3) a resposta de stress pode induzir angústia psicológica que, por sua vez, leva a maus comportamentos de saúde.

Diversos estudos têm demonstrado, mesmo a nível intercultural, a relevancia da vivência de perda no desenvolvimento de stress patogénico (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994; Williams & House, 1992).

Williams e House (1992) e Lyon (2000) dizem que o stress tem responsabilidade pelo desenvolvimento de todas as doenças, o número de pesquisas existentes sobre os acontecimentos de vida parece demonstra-lo. Os acontecimentos de vida stressantes predizem um risco significativo de doenças crónicas como o cancro, exacerbam os sintomas de outras doenças como por exemplo da asma, da colite ulcerosa e da diabetes, bem como de doenças mentais. No entanto, em alguns casos as consequências do stress na saúde parecem ser bastante inespecíficas.

Estes autores sublinham uma visão positiva do stress, considerando que nem todas as situações de stress levam a adversidades, podendo mesmo facilitar o processo de crescimento, aumentar a auto-estima ao desenvolver estratégias que permitam uma melhor performance na vivência de novas situações, ou podem ser um meio de estimulação e desafio pessoal.

Muitos dos estudos sobre as variáveis individuais relacionadas com o stress negligenciam a importância do contexto sociocultural e socioeconómico. O papel e o status social são referidos por Williams e House (1992) como determinantes importantes pela distribuição diferencial do stress e do impacto do stress na saúde. Diferentes disposições estruturais na sociedade podem induzir experiências de vida que podem diferir no tipo e quantidade de stressores.

Lyon (2000) afirma que em 1993 Werner ampliou e modificou significativamente a noção de que o stress e as respostas relacionadas com a saúde são causa de um acontecimento súbito e violento. Alude quatro tipos de stressores: acontecimento, situação, condições e estado de espírito. Um acontecimento é algo nada meritório que acontece. A situação é composta pela combinação de circunstâncias num dado momento. A condição é uma forma de estar e o estado de espírito é o rosto indicativo da natureza do que foi percebido.

Para identificar o tipo de stressores, Werner identificou formas de categorizar os stressores em relação ao locus (interno e externo), duração e temporalidade (agudo, tempo limitado; crónico, intermitente; e crónico), prognóstico (previsível ou imprevisível), modulação (positiva ou negativa), e impacto (normativo ou catastrófico).

4. Estudos sobre a Saúde, Estilos de Vida, Comportamentos e Stress

Um dos dados encontrados de forma consistente na área de investigação sobre a saúde indica que um maior número de comportamentos de saúde positivos está positivamente associado com a elevação do estatuto socioeconómico. As medidas do estatuto sócio-económico incluem geralmente a educação relacionada com o tipo de emprego e/ou o rendimento.

Pill, Peters e Robling (1993) realizaram o primeiro estudo do Reino Unido sobre saúde e estilos de vida. Foram avaliar os comportamentos de saúde de uma amostra de mulheres de baixo estatuto socioeconómico e os factores (sociodemográficos, características, atitudes, crenças e ambiente) que melhor explicam a performance de risco mais baixo ao nível destes comportamentos.

Para avaliar as consequências ao nível da saúde recorreram ao *Health Practices Index*, utilizado no estudo de Alameda County. Os dados encontrados nesta investigação foram relativamente sobreponíveis aos resultados dos estudos prévios que consideram que as variáveis sociodemográficas constituem um factor dominante em relação às atitudes e crenças.

A investigação tem dado pouca atenção à forma como os comportamentos de saúde são encorajados como forma de promover estilos de vida mais adequados. Uma mensagem que sugira métodos que façam o comportamento mais encorajador talvez possa ajudar a eliminar barreiras (efeitos negativos) na realização do comportamento, o que pode facilitar a percepção do comportamento.

Miller e Miller (1998) elaboraram um estudo que pretendia avaliar se uma mensagem detectada como encorajadora, em aspectos relacionados com a saúde, seria mais efectiva ao nível dos comportamentos quando comparada com uma mensagem mais centrada na informação. Verificaram que os dados foram consistentes com os que enfatizam a importância da autoeficácia e das consequências esperadas na realização dos comportamentos de saúde.

Os resultados destes autores sugerem que a habilidade percebida pelas pessoas a realizar a identificação dos comportamentos de doença pode estar relacionada com o efeito negativo produzido pela detecção do próprio comportamento. Este efeito pode vir a ter implicações significativas na formulação de novas mensagens e campanhas, uma vez que parece que a realização da identificação de comportamentos de doença se torna mais agradável com esta estratégia, talvez seja esta uma via para a mudança nos estilos de vida.

Waldron e Johnson consideram que mais de 75 por cento das diferenças relacionadas com o sexo no que se refere às causas de mortalidade podem ser atribuídas às regras comportamentais associadas ao sexo, em contraste com os factores genéticos e fisiológicos. Outros estudos vierem conformar que as diferenças no género ao nível dos comportamentos de saúde são congruentes com as normas sociais relacionadas com o sexo (citado por Kristiansen, 1990).

Esta autora alude outras referências que indicam que as diferenças no género em relação às atitudes relacionadas com a saúde surgem na infância, o que reenvia para as diferenças ao nível do género na socialização da saúde, consequentemente também nos comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde. Parece que no curso da socialização os homens são encorajados e é esperado que ignorem os sintomas de doença, enquanto que as mulheres são socializadas a cuidarem mais da sua saúde, ou pelo menos a não a ignorar.

Por outro lado, outros dados referidos pela mesma autora dizem que o processo de socialização, que inclui a internalização de valores, tem diferentes efeitos na personalidade desenvolvida por homens e mulheres. A consistência destes dados sugere uma possível relação entre o género, os valores prioritários e os comportamentos de saúde.

Para verificar esses pressupostos Kristiansen (1990) desenvolveu uma investigação em que encontrou dados consistentes com os que havia recolhido da literatura.

No estudo levado a cabo por Steptoe e Wardle (1992) foram comparar amostras de jovens de oito países (Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Hungria, Irlanda, Polónia,

Portugal e Espanha) no que se refere à avaliação de risco e às crenças sobre a importância dos comportamentos de saúde (i.e.: nutrição adequada, exercício regular, fumar e consumir álcool).

Os resultados permitiram identificar diferenças substanciais na prevalência de comportamentos em relação aos diversos países, mas sendo muito semelhantes os resultados em cada país no que diz respeito aos dois sexos. De uma forma geral as mulheres tendiam a fumar e beber menos, enquanto os homens evitavam uma dieta adequada mas faziam mais exercício. Por exemplo Portugal estava quase no topo com três dos quatro comportamentos nos homens e dois de quatro nas mulheres.

De uma forma geral, os autores concluíram que os aspectos culturais e geográficos influenciam os comportamentos de saúde das pessoas. Genericamente as mulheres mostraram possuir comportamentos mais saudáveis que os homens, excepto no que se refere ao exercício, que é considerado como sendo menos importante para o sexo feminino.

Fazer exercício é um estilo de vida ou comportamento relacionado com a saúde e considerado como importante. Ajzen e Fishbein (1980) referem que as intenções predizem de forma exacta os comportamentos apenas quando estes estão sob o control voluntário do sujeito. Esse control pode variar de acordo com as circunstâncias, as estratégias do indivíduo e o seu repertório comportamental.

Bozionelos e Bennett (1999) referem que o control comportamental tem afinidades com a teoria que apoia o conceito de autoeficácia. As atitudes provaram ser um significante preditor de intenção comportamental. Uma grande parte dos estudos encontrou uma variedade de associações entre as normas subjectivas e as intenções de fazer exercício.

No estudo realizado por estes autores verificaram a existência de associações significantes entre as intenções para fazer exercício e as atitudes, as normas sociais e o control comportamental percebido. As barreiras percebidas em relação ao comportamento estavam significativamente correlacionadas com as intenções e eram preditivas do comportamento. Desta forma, o comportamento precedente foi marcadamente preditivo quer da intenção quer do comportamento.

No entanto, Bozionelos e Bennett (1999) constataram que as atitudes não prediziam de forma consistente o comportamento, o que não foi de acordo com a literatura e achados prévios.

Frasquilho (1998) refere que o facto de sermos pessoas nos transforma em grupo de risco face à saúde. As pessoas podem mover-se ao longo do *continuum* entre os dois pólos conceptuais: total de saúde e o total de doença, dependendo das suas estratégias para gerir as interações e inter-relações com os diferentes factores determinantes da saúde.

Esta autora realizou um estudo sobre os comportamentos de saúde, onde pretendia apurar a qualidade e o grau das preocupações dos adolescentes em relação aos comportamentos problema e os comportamentos saudáveis. Verificou que os adolescentes referiram o consumo de drogas como o problema de saúde mais relevante da actualidade.

Liao, Hunter e Weinman (1995) efectuaram um estudo os comportamentos relacionados com a saúde com mulheres com idades superiores a 45 anos, como forma de compreenderem os factores de risco comportamental, relacionados com comportamentos de saúde como o fumar, consumir álcool, tipo de alimentação, control de saúde e exercício regular, para as mulheres neste grupo etário. Os autores consideraram pertinente esta avaliação uma vez que esta área tem sido negligenciada dada a maior longevidade feminina.

Os autores atenderam ao facto de os aspectos sócio-demográficos interferirem nos comportamentos de saúde, bem como aos diferentes graus de relação existentes entre as crenças de saúde e os comportamentos. Concluíram que o estatuto de saúde funcionou como, tal como em outros estudos, uma variável importante para prever os comportamentos de saúde.

Estes autores identificaram diversas associações entre os comportamentos e as variáveis psicossociais e a saúde. Os resultados encontrados sugerem que se deve aumentar a promoção de saúde no sentido de encorajar o exercício regular e desencorajar o fumar e a ingestão de cafeína, em particular neste grupo etário.

Giraldes (1996) refere ter participado numa revisão de literatura que relacionava os estilos de vida importantes para a saúde com factores sócio-económicos onde constataram que essa relação foi estudada em quase todos os estudos, utilizando como indicador do nível sócio-económico a escolaridade, o rendimento ou a ocupação.

Esta autora afirma ter concluído que fumar (a obesidade e o consumo de álcool) é um comportamento que aumenta com a diminuição do nível sócio-económico. Num outro estudo que referencia os autores (Härtel e Keil, 1986) concluíram que para o sexo masculino o comportamento de fumar (o consumo elevado de álcool e o excesso de peso) era inversamente proporcional ao nível educacional em todas as faixas etárias. Estes dados foram consistentemente encontrados em diversos estudos.

Giraldes (1996) refere que a posição sócio-económica e o fumar estão muito associados, o que tem sido confirmado em diversos estudos. Face à relevância dos dados desenvolve uma investigação com a população portuguesa em que relaciona os estilos de vida, nomeadamente o fumar, com o nível sócio-económico.

Verificou que existia uma diferença de comportamento entre homens e mulheres em relação ao fumar associado ao nível de escolaridade. No sexo masculino constata-se um decréscimo do comportamento de fumar com a subida do nível de escolaridade, a inversão da tendência no sexo feminino, a autora relaciona-a com aspectos socioculturais que dá às mulheres (das classes sócio-económicas mais elevadas) uma iniciação mais tardia nesse comportamento comparativamente aos homens.

Segundo o estudo realizado por Chamberlain e O'Neill (1998) em que efectuaram uma análise qualitativa da percepção de saúde de sujeitos fumadores de diferentes classes sociais (i.e.: classe baixa e classe alta). O estudo focalizou-se no comportamento de fumar porque, segundo os autores, é um comportamento largamente reconhecido como causador de danos na saúde.

Os resultados deste estudo sugerem que existe uma clara diferença, entre o significado quer da saúde quer do comportamento de fumar, ao nível das classes sociais. As pessoas das classes sociais mais baixas têm diferentes concepções de saúde, no que se refere ao seu significado e ao seu controlo pessoal sobre a saúde. As pessoas das classes sociais menos favorecidas sentem-se mais vulneráveis à doença em geral, e

percepcionam como menos eficaz, quando comparadas com as pessoas das classes mais elevadas, o facto de não fumar enquanto forma de prevenir as doenças.

Os autores deste estudo salientam o que o comportamento de fumar serve diferentes funções em cada um dos grupos sociais, e só através da compreensão do significado de fumar em cada um dos contextos sociais se poderão clarificar ideias e implementar medidas de promoção da saúde.

Evagelia *et al.* (2001) afirmam que existem alguns estudos que analisam a forma como as pessoas definem a saúde. Ailinger e Causey em 1995 foram avaliar como é que os idosos em Espanha compreendiam a saúde, Wilson em 1992 avaliou jovens adultas, Lee em 1992 fez um estudo nesta área na Coreia e Davis em 1998 foi ver como as mulheres da África do Sul definiam saúde e doença.

Todos estes estudos mostraram que a saúde é definida de forma diferente pelos diversos grupos da população e que os factores que influenciam a forma como definem saúde são de natureza individual, sócio- económico, demográfico e psicológico (Elliot *et al.*, 1997; Feldon *et al.*, 1997; Long, 1993; citados por Evagelia *et al.*, 2001).

Estes autores referem ainda mais dois estudos (Laffrey, 1986; Wood *et al.*, 1988) que mostram que o significado da saúde está associado a muitos factores (e.g.: papel social, rendimento, meio ambiente, nutrição). Decidiram desenvolver uma investigação que permitisse avaliar a forma como os habitantes de uma cidade grega definiam a saúde, fazendo entrar em linha de conta algumas variáveis sócio- demográficas como o sexo, a idade, a ocupação, o estado civil e o nível de educação.

Verificaram que para 27% dos inquiridos a saúde era uma forma de vida, enquanto que para 23,5% foi definida como uma dádiva. No entanto, 4% dos sujeitos consideraram Deus como a fonte da saúde, e outros 20% definiram saúde como o equilíbrio físico e psicológico. Ainda foi definida como a ausência de doença para 15% e 14,5% deram outras respostas.

De uma forma geral, não foram identificadas diferenças ao nível do sexo, no que se refere à definição de saúde. O sujeitos mais jovens (com menos de 40 anos de idade) procuraram definir a saúde relacionando-a com o equilíbrio entre o físico e o psicológico. As pessoas de meia idade (dos 40 aos 65 anos de idade) acreditavam que a

saúde é uma dádiva, algumas vezes dada por Deus. Os idosos (mais de 65 anos de idade) consideravam a saúde como sendo a ausência de doença e dor. O que reenvia para diferentes pontos de vista e atitudes perante a vida em geral.

Neste estudo o nível de escolaridade dos sujeitos pareceu estar directamente relacionado com a definição de saúde. Assim, A saúde definida como o equilíbrio psicossomático reenvia para um nível educacional mais elevado, em contraste com a definição de uma forma de vida que demonstrou estar relacionada com níveis de escolaridade mais baixos. Este aspecto diferencial os autores relacionam-no com a possibilidade de uma formação escolar mais diferenciada se relacione com uma vertente mais intelectual e de conhecimento.

No que se refere ao estado civil, muitos dos solteiros escolheram a definição do equilíbrio psicossomático (41,2%). O grupo dos divorciados definiram em grande parte a saúde como uma dádiva (75%). O grupo dos sujeitos viúvos recorreu à definição de ausência de doença e dor (33,3%).

De uma forma geral pode concluir-se que nesta investigação a definição de saúde sofreu influências das variáveis demográficas e sócio-económicas.

Leseman *et al.* (1998) afirmam que a maior parte das abordagens que avaliam os acontecimentos de vida, fazendo a relação entre os stressores e a saúde tem permitido um bom nível de conhecimento em diversas populações. Os sujeitos submetidos a maior número de acontecimentos stressantes recorrem mais aos serviços de saúde, tem mais risco de adoecer, tem mais problemas de saúde e um funcionamento e bem-estar mais pobre.

Os estudos mostram que a combinação dos acontecimentos de vida e um fraco suporte social tem sido particularmente associado com maior incidência de doenças, e maior utilização dos cuidados de saúde.

Leseman *et al.* (1998) desenvolveram um estudo em que examinaram a relação entre diversas situações de stress e o suporte social e a sua influência ao nível da saúde. Verificaram que um status habitual de saúde pobre estava associado com a ocorrência de quatro tipos de stressores (história de grave abuso sexual e físico, uma perda significativa ou um trauma grave, e acontecimentos negativos recentes e problemas

familiares na infância) nos sujeitos de uma amostra de mulheres com perturbação gastrointestinal.

Lusk, Kerr e Baer (1995) propuseram fazer um estudo de forma a reduzir a *Laffrey Health Conception Scale* (LHCS), um instrumento designado para medir a definição pessoal de saúde. Este instrumento tinha sido demonstrado como sendo eficaz na identificação da definição individual de saúde, bem como na predição da promoção estilos de vida relacionados com a saúde.

Desta forma, foram seleccionar os três melhores itens de cada sub-escala e fizeram a aplicação a uma amostra de 893 sujeitos trabalhadores numa fábrica de automóveis. Os resultados encontrados foram no sentido da redução do instrumento, demonstrando uma variância de 51% na definição de saúde e com uma excelente consistência interna. No entanto, referem a necessidade de proceder a alguns ajustamentos, nomeadamente em relação ao tempo.

Os estilos de vida sofrem a influência do nível educacional dos sujeitos, tal como a sua capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar comportamentos preventivos o que, na opinião de Westaway e Viljoen (2000), tende a afectar a saúde.

Muitos dos estudos que têm sido efectuados pretendem avaliar a relação entre a realização dos comportamentos de saúde e as diversas consequências ao nível da saúde, e conseguiram demonstrar, referem Conner e Norman (1996), a relevancia destes comportamentos no que diz respeito à morbidade e mortalidade.

No entanto, a motivação que leva aos comportamentos que influenciam a saúde parece não estar relacionada com a saúde em si mesma, o que reenvia para uma outra dimensão da motivação para estes comportamentos, ou seja, o facto dela ser dinâmica. Segundo Egger, Spark e Lawson (1990) este aspecto pode reflectir o nível alcançado pelo indivíduo ao adoptar e desenvolver um determinado comportamento.

Belloc e Breslow (1972) realizaram uma análise proporcional entre os índices de mortalidade e os comportamentos e encontraram sete comportamentos correlacionados com o status de saúde: (a) sete a oito horas de sono diárias; (b) tomar diariamente pequeno almoço; (c) não fumar; (d) raramente comer entre refeições; (e) manter-se no peso ideal ou abaixo; (f) fazer um consumo reduzido de álcool ou nenhum; (g) fazer regularmente exercício (citados por Banyard *et al.*, 2001).

No âmbito dos estilos de vida e com a divulgação da relevancia que a sua noção ocupa na área da saúde, diversos estudos e programas de modificação dos estilos de vida têm vindo a ser desenvolvido, e aplicados quer individualmente quer em grupo. Constatase, afirma Ribeiro (1998), que a modificação conseguida apresenta impacto real no estado de saúde.

No entanto, de acordo com Calman (1998) as maiores interferências ao nível da saúde decorrem de determinantes da saúde, para além dos estilos de vida, como o meio ambiente e os factores sociais e económicos.

O potencial efeito do stress ao nível da saúde tem levado a ennumerados estudos. O stress pode afectar a saúde de duas formas: através de alterações do comportamento ou de alterações a nível fisiológico. Ogden (1999) menciona que algumas investigações

sobre os efeitos do stress ao nível de comportamentos específicos relacionados com a saúde, nomeadamente o fumar e o consumo de álcool, e nas mudanças de comportamento mais gerais.

Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) indicam diversos exemplos de estudos que têm identificado que o stress tem um impacto negativo na saúde, em particular o stress severo ou crónico. No entanto, salientam o facto de a ligação entre o stress e as doenças ser mais forte para uns indivíduos do que para outros. Essas diferenças podem ser atribuídas, parcialmente, a diferenças nos níveis de factores de risco psicológico e nas diferenças dos níveis de recursos psicossociais.

Atendendo ao facto que a educação para a saúde é a estratégia básica na promoção da saúde, para que se possa proceder a um plano de educação para a saúde é mandatório que se iniciem, previamente outras etapas de estudo.

Estas devem permitir aceder ao tipo de conhecimentos sobre a saúde que a população dispõe, aos seus estilos de vida e comportamentos relacionados com a saúde, como forma de obter informação que possa levar, num segundo momento, à elaboração de intervenções devidamente planeadas e organizadas, atendendo às reais necessidades dessa população.

Por outro lado, o facto de a percepção do conceito de saúde poder ser significativamente diferente ao nível da população em geral e dos profissionais de saúde, e atendendo à natureza complexa e multifactorial da saúde, fará todo o sentido que se proceda a uma avaliação da população na qual se pretende intervir.

Como os estilos de vida sofrem influência de variáveis demográficas, económicas e psicossociais, tal como as respostas ao stress. Desta forma, não podem ser descuidados esses dados sócio-demográficos que complementam a informação.

Assim, e de acordo com o que foi anteriormente referido, o presente estudo pretende avaliar a concepção de saúde, bem como identificar os estilos de vida e as repostas às situações de stress, de uma amostra da população residente na zona da grande Lisboa. De forma a poder verificando em que medida a concepção de saúde se relaciona com os estilos de vida que as pessoas adoptam e com as formas como percebem o stress.

5.2. Questões de Investigação

Como forma de dar corpo a este estudo foram colocadas as seguintes questões de investigação:

1. Será que existe relação entre a concepção de saúde e os estilos de vida?
2. Existirá relação entre a concepção de saúde e a forma como o stress é percebido?
3. Encontrar-se-á relação entre a concepção de saúde e os aspectos sócio-demográficos?
4. Será que existe relação entre os estilos de vida e o stress percebido?
5. Poderá verificar-se a existência de relação entre o stress percebido e as variáveis sócio-demográficas?
6. Existirá relação entre os estilos de vida e as variáveis sócio-demográficas?
7. Verificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e as variáveis sócio-demográficas?
8. Poderá existir relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a saúde percebida na última semana?
9. Será que existe relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a concepção de saúde?
10. Identificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e os estilos de vida?
11. Será que se encontra relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e o stress percebido?

II – MÉTODO

1. Participantes

Participaram no presente estudo 640 sujeitos residentes na zona da grande Lisboa, sendo 55,3% do sexo feminino e 44,7% do sexo masculino, com idade superior a 14 anos, uma formação escolar que possibilita-se a leitura e interpretação dos questionários apresentados.

A amostra foi recolhida, no período de 10 de Julho a 15 de Setembro de 2001, e constituem uma amostra de conveniência, não probabilística e intencional, tendo-se pedido a colaboração de pessoas residentes no maior número de concelhos da zona em questão, de forma a obter uma amostra que caracteriza-se, tanto quanto possível, a população. No entanto, não se pode saber o quão representativa é da população (Ribeiro, 1999).

Dentro deste tipo de amostras esta tem como característica ser de informantes estratégicos, uma variante de amostras estruturais e homogéneas, que permite estudar mais adequadamente determinados aspectos da sociedade em geral, partindo do princípio que o conhecimento não está distribuído de igual modo.

Dentro deste variante de amostras é denominada, mais especificamente, por amostra de bola de neve, em que o investigador recorre a um grupo inicial de pessoas para colaborar na recolha junto de outras pessoas e assim sucessivamente (Ribeiro, 1999).

As pessoas foram abordadas em zonas públicas ou através de conhecimentos pessoais em zonas privadas, onde preencheram os questionários e os entregaram ao interlocutor.

No que se refere à idade cronológica dos participantes, o facto de terem pelo menos 14 anos reenvia para a adolescência, que segundo Kaplan, Sadock e Grebb

(1997), se divide, geralmente, em três períodos: (a) inicial, dos 11 aos 14 anos de idade; (b) intermédia, dos 14 aos 17 anos de idade; e (c) tardia, dos 17 aos 20 anos de idade, e que constitui, em grande parte, um processo psicológico de mudança.

Para estes autores a adolescência caracteriza-se por alterações do desenvolvimento biológico, psicológico e social. O desenvolvimento psicológico tem como características uma aceleração do desenvolvimento cognitivo e uma consolidação da formação da personalidade. A nível social, é um período de preparação intensa para a idade adulta jovem. Cunha (1993) afirma que a adolescência é a época em que as relações sociais se tornam mais importantes.

Os participantes foram seleccionados a partir do período intermédio da adolescência, altura em que o desenvolvimento global começa a ganhar expressão e socialmente são assumidas maiores responsabilidades. Este grupo foi denominado de jovens e vai até aos 24 anos de idade, seguindo paralelamente a orientação do Instituto Nacional de Estatística.

Os restantes participantes foram subdivididos em mais quatro grupos, seguindo as mesmas linhas de orientação que para o primeiro grupo. Assim, o segundo grupo – os jovens adultos vão desde os 25 aos 44 anos de idade. Carl Jung refere que nesta fase da vida o indivíduo vai, através da individuação, aprender a aceitar-se a si mesmo como pessoa única, distinta da sociedade e, ao mesmo tempo fazendo parte dela (citado por Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

O terceiro grupo etário, a idade adulta intermédia ou meia-idade, está compreendido entre os 45 e os 64 anos de idade. Erik Erikson descreveu esta fase da vida como sendo o estágio em que o adulto se caracteriza por generatividade ou estagnação, ou seja, se define claramente perante o seu projecto de vida.

O quarto e quinto grupos entram na fase adulta tardia ou velhice, é o ciclo vital que se inicia aos 65 anos de idade. Os gerontologistas dividem os idosos em dois grupos: o grupo dos “velhos jovens” ou terceira idade, que vai dos 65 aos 74 anos de idade, e o grupo dos “velhos velhos” ou quarta idade a partir dos 74 anos de idade.

Quanto à escolaridade, é uma variável significativa em termos gerais e na área da saúde em particular. O nível de educação formal correlaciona-se com os níveis de

saúde (Bobak,1998), e influencia os estilos de vida, a capacidade de resolver problemas e a iniciativa de selecção de comportamentos preventivos (Westaway & Viljoen,2000).

1.1. Caracterização da Amostra

Os 640 sujeitos da amostra tinham idades entre os 15 e os 91 anos, cuja média etária perfaz os 35 anos ($M = 34,97$), sendo 354 mulheres e 286 homens. Dada importância atribuída à variável idade, os participantes foram subdivididos em cinco grupos etários, para o efeito recorreu-se a uma classificação próxima da referenciada por Kaplan (1997), sem deixar de atender à classificação definida pelo Instituto Nacional de Estatística.

Desta forma, quanto à idade os sujeitos distribuíram-se de acordo com os dados do Quadro 1:

Quadro 1 – Distribuição dos participantes em relação à Idade (N = 640)

Grupo Etário	Frequência	Percentagem
Jovens: 15 – 24	145	23%
Adultos Jovens: 25 – 44	359	56%
Meia-idade: 45 – 64	98	15%
3ª Idade: 65 – 74	28	4%
4ª Idade: > 74	10	2%

Como se pode constatar no Quadro 1, anteriormente apresentado, o grupo dos adultos jovens (56%) foi predominante nesta amostra, o que é compatível com os dados do Instituto Nacional de Estatística ao nível da população residente em Portugal no período de 1990 a 1998 (Anexo D). O mesmo se aplica à restante distribuição etária.

No que se refere ao sexo foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2 – Distribuição dos participantes em relação ao Sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	286 (758.313)	44,7% (46,9%)
Feminino	354 (856.152)	55,3% (53,1%)
Total	640 (1.614.465)	100%

Conforme se observa no Quadro 2, atrás apresentado, houve um maior número de participantes do sexo feminino. Estes dados são, proporcionalmente, semelhantes aos dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística, de acordo com o censo 2001 e, referentes à população com mais de 15 anos residente na zona da grande Lisboa (entre parêntesis).

Quando se procurou analisar a distribuição existente entre o sexo e os grupos etários encontram-se os dados que constam no Quadro 3:

Quadro 3 – Distribuição do sexo em relação aos grupos etários

		Grupos Etários					
		15-24	25-44	45-64	65-74	> 74	Total
Sexo	Masculino	66 (23%)	155 (54%)	41 (14%)	20 (7%)	4 (2%)	286 (44,7%)
	Feminino	79 (22%)	204 (57%)	57 (16%)	8 (3%)	6 (2%)	354 (55,3%)
Total		145 (23%)	359 (56%)	98 (15%)	28 (4,3%)	10 (1,7%)	640 (100%)

Conforme se pode constatar no Quadro 3, apesar de ter existido um predomínio do sexo feminino no total dos participantes ($n = 354$), o que equivale a 55,3%, não se verificou o mesmo quando se analisa grupo a grupo ao nível da idade, havendo uma exceção no grupo dos 65 aos 74 anos de idade em que se verifica um maior número de participantes do sexo masculino ($n = 20$), num total de 7% em relação ao total do grupo do sexo masculino ($n = 286$) e que corresponde a 44,7% dos participantes.

Quanto ao estado civil os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 4:

Quadro 4 – Distribuição dos participantes quanto ao Estado Civil (N = 640)

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro(a)	293	45,8%
Casado(a)	255	39,8%
Divorciado(a)	38	5,9%
Separado(a)	9	1,4%
Viúvo(a)	13	2%
Outros	32	5%

A partir da observação do Quadro 4, pode apurar-se que a maior percentagem dos participantes são solteiros (45,8%) ou casados (39,8%). No item outros foi referida a alternativa de viver em união de facto.

Ao proceder-se à análise da distribuição dos participantes em relação à idade e ao estado civil, encontrou-se os dados referentes ao Quadro 5:

Quadro 5 – Distribuição do estado civil em relação aos grupos etários

		Estado Civil						
		Solt.o(a)	Cas.o(a)	Div.o(a)	Sepa.o(a)	Viúvo(a)	Outros	Total
Grupos Etários	15-24	137 (94%)	4 (3%)	0	1 (1%)	0	3 (2%)	145 (23%)
	24-44	147 (41%)	160 (45%)	21 (6%)	5 (1%)	1 (0,2%)	25 (6,8%)	359 (56%)
	45-64	8 (8%)	62 (63%)	17 (18%)	2 (2%)	5 (5%)	4 (4%)	98 (15%)
	65-74	1 (3,5%)	21 (75%)	0	1 (3,5%)	5 (18%)	0	28 (4,3%)
	> 74	0	8 (80%)	0	0	2 (20%)	0	10 (1,7%)
	Total		293 (46%)	255 (40%)	38 (6%)	9 (1%)	13 (2%)	32 (5%)

De acordo com os dados do Quadro 5 verificou-se que os participantes solteiros são em maior número (n = 293), o que equivale a 46% dos participantes, particularmente nos dois primeiros grupos etários. Os casados estão em maior número

na faixa etária do 24 aos 44 anos de idade ($n = 160$), o que corresponde a 45% dos total de participantes desta faixa etária ($n = 359$). Todos os divorciados se centram nos segundo ($n = 21$) e terceiro ($n = 17$) grupos etários, o que equivale a 6% ($n = 359$) e 18% ($n = 98$) do total de participantes desse grupo etário.

No que diz respeito à distribuição do sexo em relação ao estado civil apurou-se os dados do Quadro 6:

Quadro 6 – Distribuição do estado civil em relação ao sexo

		Estado Civil						
		Solt.os	Cas.os	Div.os	Sepa.os	Viúvos	Outros	Total
Sexo	Masc.	137 (48%)	110 (38%)	16 (6%)	5 (2%)	3 (1%)	15 (5%)	286 (45%)
	Femin.	156 (44%)	145 (41%)	22 (6%)	4 (1%)	10 (3%)	17 (5%)	354 (55%)
Total		293 (46%)	255 (40%)	38 (6%)	9 (1%)	13 (2%)	32 (5%)	640 (100%)

Segundo o Quadro 6, acima apresentado, a proporção de participantes do sexo masculino e feminino é muito semelhante em quase todos os estados civis, tal como no total dos participantes. No entanto verificou-se uma exceção no grupo dos viúvos, em que houve proporcionalmente um maior número de mulheres viúvas ($n = 10$) numa percentagem de 3% do total das participantes, tal como ao nível da população em geral atendendo à maior longevidade da mulher.

Quanto ao nível de escolaridade, o mínimo de anos de escolaridade foi de 2 anos e o máximo de 22 anos, correspondendo ao nível de doutoramento, com um tempo médio de escolaridade de cerca de 12,5 anos. Foram encontrados os dados do Quadro 7 referentes à distribuição dos participantes por unidade de escolaridade:

Quadro 7 – Distribuição dos participantes quanto ao Nível de Escolaridade

Anos de Escolaridade	Frequência	Percentagem
Até 4 anos	43	6,7%
De 5 a 9 anos	93	14,5%
De 10 a 12 anos	218	34%
De 13 a 17 anos	248	38,8%
De 18 a 22 anos	38	6%
Total	640	100%

De acordo com o Quadro 7, apresentado anteriormente, o maior número de participantes encontrava-se nos níveis de escolaridade de 10 a 12 anos (34%) e de 13 a 17 anos (38,8%). Constatando-se um número muito semelhante de participantes com nível de escolaridade até 4 anos e com mais de 18 anos (mestrado e doutoramento).

Quando se analisou o nível de escolaridade em relação ao sexo, encontraram-se os dados do Quadro 8:

Quadro 8 – Distribuição da escolaridade em relação ao sexo.

		Anos de Escolaridade					
		Até 4	5 a 9	10 a 12	13 a 17	18 a 22	Total
Sexo	Masc.	20 (7%)	46 (16%)	105 (37%)	99 (35%)	16 (5%)	286 (45%)
	Femin	23 (6,5%)	47 (13,5%)	113 (32%)	149 (42%)	22 (6%)	354 (55%)
Total		43 (7%)	93 (15%)	218 (34%)	248 (39%)	38 (5%)	640 (100%)

Segundo o Quadro 8 a diferença mais relevante em relação aos dois sexos deu-se no nível dos 13 aos 17 anos de escolaridade, em que o número de participantes do sexo feminino (n = 149) é proporcionalmente maior, e corresponde a 42% das participantes. O que é igualmente mencionado nos dados das estatísticas nacionais, segundo os quais existe um maior número de mulheres a frequentar o ensino superior.

Quando se pretendeu analisar a distribuição dos níveis de escolaridade em relação aos diferentes grupos etários obteve-se os dados do Quadro 9:

Quadro 9 – Distribuição da escolaridade em relação aos grupos etários

		Anos de Escolaridade					
		Até 4	5 – 9	10 -12	13 –17	18 –22	Total
Grupos Etários	15-24	0	13 (9%)	73 (50,3%)	59 (40,7%)	0	145 (23%)
	25-44	2 (0,5%)	39 (11%)	124 (34,5%)	166 (46%)	28 (8%)	359 (56%)
	45-64	20 (20%)	29 (30%)	18 (18%)	22 (23%)	9 (9%)	98 (15%)
	65-74	15 (54%)	9 (32%)	3 (11%)	0	1 (3%)	28 (4,3%)
	> 74	6 (60%)	3 (30%)	0	1 (10%)	0	10 (1,7%)
	Total	43 (6,7%)	93 (14,5%)	218 (34%)	248 (38,8%)	38 (6%)	640 (100%)

A partir da observação do Quadro 9, pode constatar-se que o maior número de participantes com 13 a 17 anos de escolaridade (ensino superior) se encontrou no grupo etário dos 25 aos 44 anos de idade ($n = 166$), o que corresponde a 46% dos participantes desta faixa etária. Por outro lado, verificou-se que o maior número de participantes com 4 ou menos anos de escolaridade se localizou na faixa etária dos 45 aos 64 anos de idade ($n = 20$), o que equivale a 20% dos participantes dessa faixa etária, a qual apresentou uma maior homogeneidade na distribuição de anos de escolaridade.

2. Material

Os estudos transversais realizados por Laffrey (1986) e por Craig, Hancock e Craig (1996), funcionaram como guia de orientação, em diversos aspectos, do presente estudo, nomeadamente a selecção dos instrumentos.

A proposta de trabalho versa um estudo transversal, com uma amostra de residentes na zona da grande Lisboa. Para este estudo foram seleccionados e utilizados três instrumentos:

1. Entrevista Clínica Estruturada (Anexo A)
 - 1.1. Consequências da saúde-doença
 - 1.2. Qualidade de vida e saúde percebida
2. Laffrey Health Conception Scale (Anexo B)
3. Lifestyle Appraisal Questionnaire (Anexo C)

2.1. Entrevista Clínica Estruturada

A entrevista é um método de obter informação, que geralmente põe duas pessoas em interacção verbal face a face, caracterizando-se pelo facto de uma dessas pessoas, o entrevistador, procurar aceder à informação sobre o entrevistado. Requer, da parte do entrevistador, sensibilidade e empatia.

A entrevista pode ser classificada, de acordo com Nunes (1993), segundo determinados critérios, tais como o seu objectivo e estrutura.

Esta entrevista foi construída com o objectivo de pesquisa, com o intuito de obter informações sobre determinados factores considerados como relevantes nesta área

de pesquisa. O seu interesse está dirigido à investigação clínica, foi recolhida por registo escrito, na forma de auto-preenchimento.

No que diz respeito à sua estruturação, ela é fechada ou estruturada de maneira a permitir aceder à mesma informação através de diferentes interlocutores, o que facilita a quantificação dos dados e a sua comparação.

A entrevista clínica estruturada foi, de acordo com Nunes (1993), desenvolvida por Kernberg na década de setenta do século vinte.

Neste estudo os participantes começaram por responder a uma entrevista clínica estruturada, como forma de dar início ao procedimento da investigação. Com base neste instrumento de avaliação chegou-se aos seguintes dados:

1. Dados relativos ao sexo, idade e escolaridade;
2. Estado civil, com quem coabita e o local (concelho) de residência;
3. (Consequências da saúde-doença) A existência ou não de doença, ou ingestão de medicação, na altura da sua participação;
4. (Consequências da saúde-doença) Avaliação dos períodos de doença ocorridos no ano anterior, e a frequência com que foi observado pelo médico;
5. (Qualidade de vida e saúde percebida) A classificação da qualidade de vida e da saúde percebidas na última semana.

Esta entrevista foi construída de forma a procurar atingir os objectivos deste estudo. De forma a permitir relacionar a concepção de saúde, os estilos de vida e o stress percebido com os factores que são referidos, nos diversos estudos, como sendo relevantes em relação a esta área de investigação. Dentro dos quais se encontra a idade, escolaridade, situação profissional, suporte sócio-familiar e acontecimentos de vida como o adoecer. Sem deixar de atender aos aspectos relacionados com a saúde-doença, bem como, à forma como os participantes perceberam a sua qualidade de vida e a sua saúde no período referente à semana anterior ao preenchimento do questionário.

Os aspectos referentes à idade cronológica dos sujeitos, têm sido assinalados como sendo importantes por diversos autores nesta área (e.g.: Evagelia *et al.*, 2001;

Frasquilho, 1998; Hart, 1997). Toda a performance individual, ou de um grupo, resulta do processo de socialização a que se associa o nível de experiências vividas, logo existem sempre marcadas diferenças entre as várias faixas etárias.

Quanto ao sexo, a literatura apresenta dados consistentes no que diz respeito a esta variável, por exemplo Waldron e Johnson (citados por Kristiansen, 1990) aludem que mais de 75% das diferenças relacionadas com o sexo em relação à mortalidade reenviam para regras comportamentais associadas ao género.

O nível de educação formal dos indivíduos parece estar relacionado com a predição da saúde, estando fortemente correlacionado com os níveis de saúde (e.g.: Bobak, 1998; Westaway & Viljoen, 2000). Antunes (1996) menciona que os índices de mortalidade se encontram associados aos níveis de escolaridade quando nos referimos ao stress. O baixo nível de educação escolar pode aumentar, em duas ou três vezes, a mortalidade quando se compara com a formação universitária.

O estado civil e as pessoas com quem se vive reenvia para o suporte social, largamente assinalado na literatura como relevante ao nível da saúde em geral. O apoio social vai modular a relação entre a saúde e as situações de stress, amortizando o impacto dos agentes geradores de stress (Durá & Garces, 1991).

Os aspectos relacionados com a situação profissional prendem-se com factores sócio-económicos, que têm uma relação muito próxima com a saúde (e doença), já que os sectores mais pobres da população têm uma saúde mais precária e uma mortalidade mais elevada (e.g.: Bobak, 1998; Pitts & Phillips, 1998).

O acesso aos serviços de saúde é um dos determinantes de saúde referidos por Calman (1998), uma boa forma de acesso contribui significativamente para a melhoria da saúde. Se a acessibilidade for difícil as pessoas tendem a recorrer a outras vias para resolver os seus problemas de saúde, nomeadamente à auto-medicação.

Procurou-se que os participantes identificassem, ou não, acontecimentos de vida relacionados com a doença no ano anterior, sendo que este tipo de acontecimentos são sempre cotados na literatura como indutores de stress (e.g.: Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1990).

2.2. Laffrey Health Conception Scale

Os bons cuidados de saúde dependem de um nível de comunicação claro entre os profissionais de saúde e os utentes, e entre os próprios profissionais de saúde. Definições de saúde discrepantes podem levar a confusões e até a conflitos.

Desta forma, o desenvolvimento de uma forma de medida do conceito de saúde que fosse válida e fiável, constituiu um passo essencial no processo das investigações na saúde e de forma a poder relacionar o conceito de condição de saúde e comportamento de saúde.

A *Laffrey Health Conception Scale* (LHCS) foi constituída com o intuito de medir a percepção de saúde individual do significado de saúde.

Laffrey (1986) refere que muitas investigações tinham avaliado a condição de saúde e os comportamentos de saúde, mas poucas se haviam debruçado sobre a concepção de saúde. Os estudos prévios, referidos pela autora, procederam a uma avaliação da saúde enquanto ausência de doença.

A autora vai aludir diversos estudos que preconizavam uma noção multidimensional do conceito de saúde, o que inclui mais do que a mera ausência de doença.

Este conceito multidimensional do conceito de saúde foi discutido por Schlenger em 1976 (citado por Laffrey, 1986), que propõe uma visão sistémica do ser humano, caracterizada por dois processos fundamentais. Um deles, o processo de *feedback* negativo, incluindo o conceito corrente de saúde enquanto ausência de doença ou a tentativa do equilíbrio; uma noção designada como saúde negativa ou a componente de equilíbrio da saúde.

A outra, o processo de *feedback* positivo, que inclui a auto-actualização e crescimento; noção designada como saúde positiva ou componente de actualização da saúde.

Para Schlenger uma visão compreensiva da saúde tem que ser composta destes dois componentes, nos quais podem ser incluídos diversas dimensões.

Esta visão multidimensional da saúde permite ao sujeito continuar a cumprir várias expectativas, adaptar-se às alterações do meio ambiente ou a auto-actualizar-se, apesar de sofrer de uma doença crónica.

Laffrey no seu estudo partilha da visão de saúde proposta por Smith (1980 – 1981), após uma revisão de literatura em que concluiu que as diversas definições de saúde se direccionavam para quatro concepções gerais : (a) clínica, na qual a saúde é vista como a ausência de doença ou sintomas; (b) o papel da execução, no qual a saúde é vista como a capacidade de desempenhar papeis sociais; (c) adaptativa, em que a saúde é vista como um ajustamento flexível às alterações circunstanciais; e (d) realização (*eudaimonistic*), na qual a saúde é vista como um excelente bem-estar. Estes quatro conceitos não são mutuamente exclusivos, mas interagem de forma progressiva.

No desenvolvimento da Laffrey Health Conception Scale o conceito de saúde foi definido segundo uma visão pessoal da saúde para o indivíduo.

O *Conceito de Saúde Clínica* foi definido como a ausência de estar ou sentir-se doente ou ter sintomas. De acordo com esta concepção a saúde é medicamente definida e é focalizada na doença ou nos sintomas.

O *Conceito Funcional de Saúde* foi definido como uma capacidade para desenvolver os papeis habituais de forma satisfatória. Quem funcione segundo este conceito de saúde considera que a saúde é a capacidade de funcionar como é esperado pelos outros e de acordo com as regras que regem o indivíduo.

O *Conceito Adaptativo de Saúde* foi definido como um ajustamento flexível às alterações circunstanciais e inclui a capacidade de adaptar-se ao stress ambiental. As pessoas que partilham deste conceito consideram-se saudáveis ao sentirem-se flexíveis e capazes de manterem a estabilidade na vida.

O *Conceito de Realização de Saúde* foi definido como um bem-estar exuberante, a capacidade de transcender o habitual e as situações de vida comuns, para atingir níveis

superiores de bem-estar e humanidade. As pessoas que adoptam este conceito consideram a saúde como o atingir da sua auto-realização e do mais elevado potencial.

A LHCS não se encontrava traduzida nem adaptada à população portuguesa. Procedeu-se à sua tradução e adaptação à população portuguesa, tendo-lhe sido atribuído o nome de Escala de Concepção de Saúde de Laffrey (ECSL).

As escalas e os itens deste instrumento foram submetidos a tradução para língua portuguesa, tendo a versão final obtida a partir da apreciação do Professor Dr. Pais Ribeiro, orientador deste estudo.

Depois de concluída a fase da tradução do instrumento, a versão portuguesa desta escala, a ECSL, foi aplicada a cinco pessoas de idades e estatutos sócio-profissionais diferentes. Estas não mencionaram nenhum tipo de dificuldade na sua compreensão. Passou-se, posteriormente à fase da investigação com a amostra deste estudo.

2.2.1. Constituição da Escala

Os itens da Laffrey Health Conception Scale (LHCS) foram desenvolvidos através de um estudo piloto com uma amostra de conveniência de 78 participantes adultos de classes de escolaridade nocturna, a quem foi perguntado, “o que quer dizer quando afirma que está em boa saúde?”.

Das várias respostas obtidas com este grupo foram seleccionados os itens, de forma congruente com as definições das quatro dimensões de saúde, que foram suficientemente gerais para serem aplicados a um grupo mais alargado de pessoas.

A forma inicial da LHCS, chamou-se *Health Conception Measure*, continha 16 itens (Laffrey, 1983). Foi depois pedido a sete enfermeiras, integradas em estudos avançados sobre a saúde, que colocassem os itens em quatro categorias de acordo com os pressupostos teóricos. Todas as categorias receberam um acordo de 70% a 100%. No

teste-reteste de fidelidade, após uma semana com 14 bacharéis de enfermagem, demonstrou uma correlação de Pearson de 0,78.

O constructo de validade foi determinado usando o instrumento numa investigação sobre a concepção de saúde com 95 adultos, numa amostra seleccionada e aleatória. Neste grupo a concepção de saúde foi significativamente associada com a escolha de comportamentos de promoção de saúde ($r = 0,44$; $p < 0,001$), e com a criatividade ($r = 0,23$; $p < 0,05$), através da avaliação com a *Adjective Check List* (Gough, 1979). A teoria que suporta este estudo já tinha posto a hipótese destas relações.

O instrumento inicialmente construído pareceu complicado aquando da sua administração, logo pouco eficiente para grupos mais alargados de participantes. Assim, o instrumento foi revisto e reestruturado atendendo à sua validade e fidelidade.

Foram, nessa altura, acrescentados 12 itens, num total de 28, sendo sete para cada dimensão. A administração e o método de escolha das alternativas de resposta foi alterado para uma forma tipo Likert, e o instrumento revisto passou a denominar-se Laffrey Health Conception Scale.

A LHCS com os 28 itens passou a ser submetida a uma resposta de escolha múltipla tipo Likert com o formato desde o discordo completamente (1) até ao concordo completamente (6). Cada item é uma curta afirmação descritiva sobre a natureza da saúde.

Cada uma das quatro dimensões do conceito de saúde foi representada por sete itens. Pergunta-se às pessoas em que grau concordam com cada uma das afirmações no que diz respeito à forma como definem a saúde.

Obtêm-se um total em cada dimensão do conceito de saúde ao somar os sete itens dessa dimensão. O total de cada dimensão vai desde 7 a 42. Sendo esta a força relativa em que a dimensão individual ou de grupo pode ser comparada.

Pode ser obtido um total geral através da soma dos totais das quatro dimensões. Este total geral pode variar de 28 até 168, indicando a força do total da concepção de saúde, que pode ser comparado entre grupos ou indivíduos.

A LHCS pode ser auto-administrada individualmente ou em grupo, enviada pelo correio, ou usada como parte de uma entrevista. O tempo necessário para o preenchimento do instrumento é de cerca de 10 minutos. Durante a testagem o instrumento foi referenciado como sendo fácil e de eficiente administração.

A amostra para o estudo da validação da versão original da LHCS foi composta por 141 estudantes do primeiro e segundo ano do mestrado em enfermagem. Os participantes tinham idades entre os 24 e os 61 anos, com uma média de 32,4 anos. O grupo foi composto maioritariamente por mulheres (97%), sendo 137 mulheres e 4 homens.

A amostra para o estudo da validação da versão portuguesa da LHCS foi composta por 640 participantes, numa amostra tipo bola de neve entre os residentes na zona da grande Lisboa. Os sujeitos tinham idades entre 15 e 91 anos, com uma média de 34,9 anos. Este grupo foi composto por 354 mulheres (55,3%) e por 286 homens (44,7%).

2.2.2. Qualidades Métricas

A versão portuguesa da LHCS foi administrada ao referido grupo para determinar a validade e a consistência interna do instrumento.

A Tabela 1 mostra os valores mínimos e máximos, as médias e desvio padrão para cada um dos 4 factores e para o total da escala, apresentando-se entre parêntesis os valores da escala original encontrados pela autora.

Tabela 1 – Valores obtidos no total da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey (N = 640) Dados da autora entre parêntesis.

Concepção	Valores Limite	Média	Desvio Padrão
Clinica	7 – 42 (9- 42)	32 (28,7)	7,8 (7,7)
Funcional	7 – 42 (12-42)	30 (30)	7,6 (5,6)
Adaptativa	7 – 42 (16-42)	30 (35)	7,5 (5)
Realização	7 – 42 (15-42)	31 (36)	7,3 (5,3)
Total	28 – 128 (77-165)	121,5 (131,2)	25,6 (16,1)

As médias encontradas variam entre 30 e 32, verificando-se homogeneidade entre as dimensões.

Para o cálculo da fidelidade recorreu-se ao Alfa de Cronbach, que é a medida mais corrente para este tipo de escalas e baseia-se no cálculo das correlações médias entre os itens de um teste. Tendo como vantagem o poder trabalhar com testes cujas respostas aos itens possam estar numa escala não dicotómica (Cronbach,1990).

Geralmente considera-se que um coeficiente acima de 0,70 é um bom valor de consistência interna (Nunnaly,1978). No Quadro 10 pode observar-se o valor de alfa encontrado para a LHCS, bem como para cada uma das suas dimensões ou factores, na amostra em estudo.

Quadro 10 - Valor de Alfa de Cronbach para a Escala de Concepção de Saúde de Laffrey e para os quatro factores(N = 640)

Escala	Coefficiente de Alfa de Cronbach
Factor 1 – Clínico	0,81
Factor 2 – Funcional	0,88
Factor 3 – Adaptativo	0,88
Facto 4 - Realização	0,84
Total da LHCS	0,94

A análise da fidelidade da escala para a amostra em estudo, revelou coeficientes de alfa que se situam, claramente, no intervalo mencionado. Estes valores são, desta forma, considerados como um bom indicador da consistência interna do instrumento. A escala original apresentou valores de alfa de Cronbach entre 0,86 e 0,88 na avaliação da consistência interna dos itens de cada uma das dimensões.

A Análise factorial confirmatória dos 28 itens foi feita com recurso à rotação ortogonal varimax. Os quatro factores que emergiram foram idênticos às quatro dimensões conceptualizadas para o desenvolvimento da LHCS, da mesma forma como Laffrey constatou. Não tendo sido obtido nenhum valor inferior a 0,77. A carga dos factores e a sua estrutura são apresentadas na Tabela 2, ficando entre parêntesis os dados encontrados por Laffrey.

Tabela 2 – Peso e estrutura dos itens da LHCS (N = 640) Entre parêntesis os dados encontrados por Laffrey.

Itens	Factor 1 Clínico	Factor 2 Funcional	Factor 3 Adaptativo	Factor 4 Realização
(3) Não ter incapacidades físicas ou mentais.	0,83 (0,60)			
(5) Estar livre de sintomas de doença.	0,80 (0,65)			
(9) Não precisar de comprimidos por estar ou sentir-me doente.	0,78 (0,82)			
(14) Não precisar de medicamentos.	0,77 (0,73)			
(20) Não ter de ser seguido pelos cuidados médicos devido a doença.	0,78 (0,87)			
(26) Não precisar ir ao médico.	0,77 (0,70)			
(28) Não estar doente.	0,79 (0,71)			
(1) Desempenhar as minhas responsabilidades como esposo, criança, amigo, etc.		0,88 (0,63)		
(7) Ser capaz de funcionar conforme o esperado.		0,86 (0,68)		
(18) Adotar um normal funcionamento na minha vida diária.		0,87 (0,68)		
(21) Ser capaz de fazer o que preciso de fazer.		0,86 (0,73)		
(22) Ter um desempenho ao nível que é previsto		0,85 (0,58)		
(25) Conseguir realizar bem as minhas tarefas diárias.		0,86 (0,74)		
(27) Fazer todas as tarefas diárias.		0,86 (0,56)		
(2) Ser capaz de mudar e ajustar-me às exigências do meio ambiente.			0,87 (0,69)	
(6) Adaptar-me às coisas tal como elas são.			0,87 (0,55)	
(10) Conseguir lidar com acontecimentos stressantes.			0,87 (0,74)	
(11) Não me ir abaixo quando estou com o stress habitual.			0,87 (0,45)	
(16) Ajustar-me às mudanças do dia-a-dia.			0,85 (0,75)	
(19) Conseguir lidar com as mudanças do meu meio ambiente.			0,85 (0,74)	
(23) Adaptar-me às mudanças do meio ambiente			0,85 (0,59)	
(4) Fazer o máximo que sou capaz.				0,82 (0,72)
(8) Viver no nível máximo.				0,82 (0,78)
(12) Concretizar a minha maior e mais elevada aspiração.				0,81 (0,62)
(13) Sentir-me bem-estar na maior.				0,82 (0,73)
(15) Sentir que o funcionamento da minha mente e do meu corpo estão no nível mais alto.				0,84 (0,64)
(17) Viver de forma criativa até ao máximo.				0,81 (0,66)
(24) Encarar o dia com prazer e entusiasmo.				0,83 (0,71)

O peso dos factores é genericamente claro em cada um deles. A análise dos factores permitiu a franca confirmação dos quatro factores ou dimensões que a LHCS pretendia medir, relativamente a dimensões distintas do conceito de saúde.

2.3. Lifestyles Appraisal Questionnaire

Os aspectos relacionados com o stress ou as doenças decorrentes dos estilos de vida são prevalentes nas chamadas nações desenvolvidas (WHO,1991; citado por Craig, Hancock & Craig, 1996), e parece envolver diversos factores interrelacionados, que de alguma forma se articulam e estimulam o processo de doença. As doenças das artérias coronárias, o cancro, a hipertensão arterial e a asma são alguns dos exemplos dos considerados problemas de saúde major (Health Targets and Implementation Committee,1988; Citado por Craig, Hancock & Craig, 1996).

Apesar de se ter verificado um declínio significativo nos índices de mortalidade provocados pelas doenças infecciosas nas nações desenvolvidas desde o início do século XX, a mortalidade e a morbilidade causada pelas doenças provocadas pelos estilos de vida, como as doenças das artérias coronárias que matam mais de 70% das pessoas que morrem anualmente em países como a Austrália, os Estados Unidos da América e na Europa (Craig, Hancock & Craig, 1996).

As estratégias de promoção da saúde ficaram comprometidas com a elevada prevalência destas doenças. Neste momento, afirmam diversos autores citados por Craig, Hancock e Craig (1996), considera-se que existem substanciais evidencias que relacionam os comportamentos e os estilos de vida stressantes com os estilos de vida que levam à doença.

No entanto, a saúde física por si só não determina o bem-estar das pessoas. Estes autores recorrem à definição de saúde proposta pela OMS (1946), segundo a qual a saúde é considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade. Aludem ainda, que a saúde psicológica

também é importante para o indivíduo, e as evidências sugerem que o stress psicológico tem impacto na saúde física.

Algumas investigações, afirmam Cohen *et al.* (1991), identificaram alguns efeitos físicos directos dos stressores psicológicos que podem aumentar a susceptibilidade para a doença ao suprimirem o sistema imunitário e aumentar a pressão arterial (citados por Craig, Hancock & Craig, 1996). Aludindo ao facto de que um maior número de emoções negativas experienciadas pelo sujeito, maior é a probabilidade de desenvolver doenças das artérias coronárias, especialmente quando se associam outros factores de risco como a história familiar, o fumar, a obesidade e a hipertensão arterial.

Desta forma, afirmam estes autores, parece importante que os riscos face à saúde sejam avaliados, incluindo o stress, de forma compreensiva ao nível das estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. Contudo, uma série de medidas precisam de ser mais exploradas na área da saúde e dos estilos de vida e do stress.

O conceito de stress, consideram estes autores, tem sido difícil de clarificar. Tem sido definido como uma resposta ou reacção de uma pessoa a uma ameaça, ou como um estímulo causador de angústia. Neste estudo propõem que o stress seja considerado segundo uma perspectiva cognitiva e definido como uma resposta física, comportamental e psicológica da pessoa a uma pressão ou exigência externa ou interna. Uma vez que o conceito de stress envolve a resposta do indivíduo, a definição deve também incluir a noção de percepção e expectativa pessoal bem como os sintomas físicos (Lazarus & Folkman, 1984).

Foram desenvolvidos alguns testes bastante válidos na compreensibilidade do acesso ao stress. As formas de aceder ao stress incluem medidas bioquímicas tal como os níveis de glucocorticoides no sangue e urina, medidas psicofisiológicas como o electromiograma, o electroencefalograma e a resposta galvanica da pele. No entanto, não é fácil aceder à natureza complexa do stress. As estratégias de auto-relato para aceder ao stress incluem a abordagem dos acontecimentos de vida, escalas de depressão e ansiedade, escalas de sintomas, entre outras referidas por Craig, Hancock e Craig (1996).

Consideram ser necessária uma abordagem multifactorial dos factores de risco que permita aceder a uma multiplicidade de riscos possíveis. Têm sido referenciados poucos instrumentos que possam aceder aos estilos de vida stressantes de forma acumulativa dos factores de risco, uma vez que existem fortes evidências que a maioria dos estilos de vida que produzem doença têm uma causa multifactorial, e que o stress se acumula e face a isto se aumentam os riscos.

O estudo efectuado por Craig, Hancock e Craig (1996) propôs o desenvolvimento de um instrumento de auto-relato chamado Lifestyle Appraisal Questionnaire (LAQ), construído para aceder aos riscos de saúde e aos stress numa perspectiva compreensiva. Envolve o cálculo de um score de múltiplos factores de risco (Parte I) e o acesso à avaliação individual das pressões e exigências da vida (Parte II).

As escalas e os items deste questionário foram submetidas a tradução para língua portuguesa, e a versão final foi submetida à apreciação do Professor Doutor Pais Ribeiro, orientador deste estudo.

Concluída a fase da tradução, a versão em língua portuguesa assumiu o nome de Questionário de Avaliação dos Estilos de Vida (QAEV), foi aplicada a um grupo de cinco pessoas de diferentes idades e estatutos sócio-profissionais, as quais não referiram dificuldade na sua compreensão. Passou-se então à fase da investigação com a amostra do estudo.

2.3.1. Constituição do Questionário

O LAQ é composto por duas partes, desenvolvidas para aceder a múltiplos riscos registando os factores de risco presentes nas últimas oito semanas (Parte I) e acedendo ao stress percebido nesse período, segundo uma perspectiva unidimensional (Parte II). A Parte I pretende avaliar os factores de risco conhecidos enquanto risco de desenvolver doenças decorrentes dos estilos de vida como o cancro, doenças das artérias coronárias, asma, entre outras.

Os itens da Parte I estão cotados segundo os factores de risco, assim o a cotação mais elevada de um item significa teoricamente que a pessoa corre um risco mais alto. O score total da Parte I é composto pela soma de todos os scores dos riscos individuais. Os scores elevados podem ser interpretados como o sujeito estando sob um forte risco de doença.

A Parte I é composta por um total de 22 questões solicitando informação sobre: O consumo diário de bebidas alcoólicas, comportamento de fumar, pressão arterial, índice de massa corporal, ingestão de drogas, exercício, dieta, relaxação, afectos, suporte social, história familiar e pessoal de doença, acontecimentos de vida stressantes, sono, sintomas de stress, ingestão de chá e café.

A Parte II acede à avaliação cognitiva do sujeito perante as tensões e exigências durante as últimas oito semanas. Foram desenvolvidos 27 itens usando uma escala tipo Likert.

Para determinar a fidelidade, validade e a análise de factor do LAQ os autores recorreram à selecção de duas populações. O Grupo Um foi composto por 600 homens e mulheres seleccionados de forma aleatória de uma lista da comunidade (cerca de 3000). O grupo era composto por 320 mulheres ($M = 36,6$ de idade; mínima = 17 e máxima = 83) e 280 homens ($M = 36,2$ de idade; mínima = 15 e máxima = 80). Os sujeitos foram contactados e caso se obtivesse consentimento, marcava-se uma hora para a entrevista onde era aplicado o questionário.

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

A amostra para o estudo da validação da versão portuguesa do LAQ foi composta por 640 participantes, numa amostra tipo bola de neve entre os residentes na zona da grande Lisboa. Os sujeitos tinham idades entre 15 e 91 anos, com uma média de

35 ($M = 34,9$) anos de idade. Este grupo foi composto por 354 mulheres (55,3%) e por 286 homens (44,7%).

Os itens da Parte I estavam cotados pelo grau de risco. Para a maioria dos itens, o risco ia de 0 (pequeno ou nenhum risco) a 4 (alto risco), enquanto outras eram dicotómicas. O score da Parte I obtém-se somando todos os níveis de risco. O total possível é de 73, e assume-se que os scores mais altos estão associados a riscos mais elevados de doença e menor qualidade de vida.

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

2.3.2. Qualidades Métricas

A amostra de 640 sujeitos excedeu o número de 10 pessoas por item, o que é sugerido por Nunnally (1978) para assegurar a confiança estatística dos resultados dos factores.

Para a Parte I, optou-se por não efectuar uma avaliação das qualidades métricas, uma vez que é composta por dois tipos de itens ou questões, com resposta tipo dicotómica (Não / Sim) e ordinal. No entanto o autor procedeu a esse tipo de avaliação e identificou dois factores que são responsáveis por 21,7% da variância. O Factor I contém os valores dos factores de risco ($> 0,2$) como a tensão arterial, o índice de massa corporal, o fumar, ingestão de drogas, história pessoal e familiar de doença e ingestão de álcool.

O Factor II inclui os valores dos restantes factores ($>0,2$) como o exercício, recreação, relaxação, dieta, suporte social, acontecimentos de vida e afectos. A presença

de um factor major (13% da variância) e de um factor minor (8,7% da variância) suporta a validação da Parte I.

O autor propõe o desenvolvimento de duas subescalas para a Parte I para aceder a estas duas áreas, primeira para os riscos físicos e comportamentais, e a segunda para factores sócio-comportamentais, a realizar em futuros estudos.

Para o cálculo da fidelidade da Parte II do LAQ recorreu-se ao Alfa de Cronbach, tal como o autor. No Quadro 11 pode constatar-se o valor de alfa encontrado para a Parte II da LAQ.

Quadro 11 – Valor de Alfa de Cronbach para a Parte II do LAQ (N = 640)

Escala	Coefficiente Alfa de Cronbach
Parte II da LAQ	0,87 (0,89)

A análise factorial dos 25 itens da Parte II do LAQ, efectuada recorrendo à rotação ortogonal varimax, fez emergir dois factores: o factor 1, a que se deu o nome de Resposta Face ao Stress, composto por 15 itens; o factor 2, que foi denominado de Locus de Control, composto pelos restantes 10 itens (Tabela 3).

Na análise da estrutura dos factores da Parte II do LAQ na versão original, todos os itens obtiveram valores superiores a 0,35 no primeiro factor, o qual explicou 9,5% da variância. O autor usou o *Scree Test* para um número substancial de factores (Cattell, 1966), o qual sugeriu a presença de um único factor comum. A presença deste factor geral suportou a validade de constructo do LAQ Parte II, e sugeria uma medida unidimensional do constructo de stress percebido, o que não se verificou na versão portuguesa. O autor demonstrou a validade de constructo através da correlação significativa com a ansiedade traço ($r = 0,77$) e o control percebido ($r = 0,53$).

No cálculo de fidelidade destes dois factores identificados obtiveram-se valores de alfa de Cronbach compatíveis com um bom valor de consistência interna (Nunnally, 1978), tal como se pode verificar pelo Quadro 12.

Quadro 12 – Valores de Alfa de Cronbach para os 2 Factores da Parte II do LAQ (N= 640)

Factores do LAQ	Alfa de Cronbach
Factor 1 – Resposta ao Stress	0,84
Factor 2 – Locus de Control	0,76

Desta forma, pode constatar-se que a análise de fidelidade para a amostra em estudo, revelou coeficientes de alfa que se situam no intervalo atrás mencionado, e que reenvia para valores considerados como um bom indicador da consistência interna do instrumento.

Tabela 3 – Peso e estrutura dos itens da Parte II do LAQ (N=640). Dados do autor entre parêntesis e referentes a um único factor.

Itens	Factor 1	Factor 2
	Resposta ao stress	Locus de Control
1. A minha vida é controlada pela sorte e pelo acaso.	0,84 (0,36)	
2. Sinto-me nervoso(a) e sem controle.		0,74 (0,67)
3. Preocupo-me demasiado com as coisas.		0,74 (0,66)
4. Tenho dificuldade em tomar decisões.	0,83 (0,55)	
5. Para mim é uma perda de tempo fazer exercício ou relaxação.	0,84 (0,36)	
6. É melhor evitar as pressões da vida do que enfrentá-las.	0,84 (0,38)	
7. Não há muito que possa fazer para resolver os meus problemas.	0,83 (0,49)	
8. Fico stressado(a) com muita facilidade.		0,72 (0,70)
9. É difícil gerir o meu tempo.		0,75 (0,52)
10. É difícil concentrar-me naquilo que estou a fazer.	0,83 (0,58)	
11. Não tenho confiança no que faço.	0,82 (0,43)	
12. Sinto que as coisas me ultrapassam.	0,82 (0,65)	
13. Não consigo controlar o stress que sinto.		0,74 (0,65)
14. O meu trabalho faz com que fique stressado(a).		0,75 (0,50)
15. Não me sinto satisfeito(a) com a forma como tenho gerido a minha vida.	0,82 (0,59)	
16. Sinto-me zangado(a) e frustrado(a).	0,82 (0,65)	
17. Fico muito chateado(a) quando não consigo o que quero.		0,76 (0,57)
18. Não mostro os meus sentimentos.	0,84 (0,42)	
19. Procuo fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.		0,75 (0,36)
20. Fico impaciente com a vida.		0,73 (0,59)
21. Sinto-me culpado(a) quando gasto tempo a divertir-me.	0,83 (0,37)	
22. Não me sinto confiante para gerir o meu futuro.	0,82 (0,61)	
23. Os outros não me podem ajudar a gerir o meu stress.		0,76 (0,40)
24. Sinto-me incapaz de tirar prazer das minhas actividades diárias.	0,82 (0,56)	
25. Tenho-me sentido muito chateado(a) no final do dia.	0,82 (0,63)	

Figura 1 – Itens do LAQ Parte I

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

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

Não 0
Sim 1

b) Actualmente fuma?

Não 0
Sim 3

*Se Fuma actualmente - responda às questões 2 e 3. Caso não fume passe para a Q. 4

2. Com que frequência costuma fumar?

Só socialmente (1 X p/semana ou -) 1
1 ou 2 X p/dia 2
Até 10 X p/dia 3
Mais de 10 X p/dia 4

3. Já alguma vez tentou deixar de fumar?

Nunca 1
Sim, mas não consegui 2

4. Qual a sua Tensão Arterial máxima?

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

5. Qual a sua Tensão Arterial mínima?

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

6.a) Qual o seu peso actual?

b) Qual a sua altura? _____

IMC = _____

7. Bebe bebidas alcoólicas?

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

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

Não 0
Só 1 ou 2 X p/ ano 1
1 ou 2 X p/ mês 2
1 ou 2 X p/ semana 3
Diariamente 4

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

Doença do coração
Não 0
Sim 1

Cancro
Não 0
Sim 1

Hipertensão Arterial
Não 0
Sim 1

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

3 ou + X p/semana 0
Cerca de 1 X p/semana 1
Cerca de 1 X p/mês 2
Nunca 3

11. Com que frequência costuma fazer exercícios de relaxação?

Pelo - 1 X p/ S 0
Cerca de 1 X p/ M 1
1 X cada 6 M 2
Nunca 3

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

Todos os dias 0
1 X p/ S 1
1 X p/ M 2
Nunca 3

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

Pelo - 1 X p/ dia 0
2 a 3 X p/ S 1
1 X p/ S 2
Raramente 3

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

1 ou 2 X p/ S 0
Cerca de 1 X p/dia 1
Algumas X p/dia 2
Pelo - 4 X p/dia 3

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

Sempre disponíveis 0
Frequente/ disp.s 1
Algumas X disp.s 2
Rara/ disp.s 3

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

Frequente/ 0
Ocasional/ 1
1 ou 2 X p/S 2
1 ou 2 X p/ M 3

17. Nos últimos 6 meses, quantos acontecimentos stressantes teve que viver (tais como

situações que causem preocupação ou criam tensão, por ex. romper uma relação, divórcio, crise financeira, doença, roubo, desemprego, acidentes, etc.) ?

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

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

Não 0
Sim 1

Caso responda SIM diga que doença(s) _____

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

Nunca 0
Algumas X p/ano 1
1 ou 2 X p/M 2
1 ou 2 X p/S 3
Todos os dias 4

Caso responda SIM diga quais as queixas _____

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

Todas as noites 0
Dia sim dia não 1
1 X p/ S 2
Raramente 3

21. Bebe chá ou café?

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

3. Tipo de Estudo

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

3.1. Definição das Variáveis

3.1.1 Variáveis Principais

As variáveis principais são constituídas pela Concepção de Saúde, os Estilos de Vida e a percepção do Stress.

O conceito de saúde tem sofrido muitas alterações ao longo do tempo, adaptando-se aos diversos momentos sociais e culturais da história da humanidade. Pode ser considerado um conceito dinâmico. Actualmente, tem sido aceite a definição de saúde proposta pelo OMS segundo a qual a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença.

Esta variável foi operacionalizada por intermédio da Laffrey Health Conception Scale (Laffrey, 1986).

Os estilos de vida têm sido definidos como acções sujeitas a um complexo condicionamento cultural, social, económico e ambiental que caracterizam um indivíduo ou um grupo, com uma matriz de comportamentos estáveis no tempo e que estão relacionados com a saúde mas, não necessariamente de forma directa (Young, 1998).

O stress definido como uma resposta física, comportamental ou psicológica de uma pessoa a uma tensão ou exigência externa ou interna (Lazarus & Folkman, 1984).

Estas duas variáveis foram operacionalizadas por intermédio do Lifestyle Appraisal Questionnaire (Craig, Hancock & Craig, 1996).

3.2.2. Variáveis Controladas

Foram consideradas dez variáveis controladas, às quais se acedeu através da entrevista clínica estruturada. Assim, foram inseridas e trabalhadas as variáveis a seguir designadas:

Idade – Os participantes tinham entre os 15 e os 93 anos de idade. A idade segue um movimento curvilíneo em relação a muitos comportamentos de saúde (Conner & Norman, 1996). Constatam-se diferentes pressões sociais nas várias faixas etárias (Carmody, 1997; Young, 1998).

Sexo – Existem participantes de ambos os sexos. O género pode induzir diferenças nos comportamentos de saúde (Bobak, 1998; Conner & Norman, 1996). Existem diferentes necessidades e riscos de saúde entre os dois sexos (Sarafino, 1990).

Escolaridade – O nível de escolaridade está correlacionado, em todas as sociedades e grupos, com os níveis de saúde (Bobak, 1998), influencia os estilos de vida e a capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar comportamentos preventivos (Westaway & Viljoen, 2000).

Estado Civil e com quem coabita – Reenvia para o suporte social, segundo Bobak (1998), o estado civil, em particular o casamento parece fornecer algum desse suporte e, paralelamente, com as relações sociais tem sido referido como reduzindo os níveis de mortalidade em ambos os sexos.

Situação profissional – Os estudos apontam para sinais de deterioração dos status de saúde, de determinados segmentos da população, relacionados em grande parte, com mudanças económicas e sociais, onde o mercado de trabalho é limitativo e o risco de pobreza leva, a curto ou médio prazo, a consequências na saúde (Ziglio Levin & Bertinato, 1998).

Local de residência – Pretendeu analisar uma forma simples de distribuição geográfica dos participantes nos diferentes concelhos da zona da grande Lisboa.

Doença actual e no último ano – O potencial efeito que o stress tem ao nível da saúde tem levado a diversos estudos. Uma situação de doença pode ser considerada um acontecimento de vida indutor de stress. O stress pode afectar a saúde de duas formas: através de alteração do comportamento ou de alterações a nível fisiológico (Ogden, 1999).

Ir ao médico – Tem a ver com o acesso aos cuidados de saúde, se uma vez pode não ser devidamente utilizado outras não é fácil. Os estudos sobre os comportamentos de saúde incluem comportamentos como o recurso aos serviços de saúde (Conner & Norman, 1996). O acesso aos serviços de saúde contribui de forma significativa para a melhoria da saúde.

Saúde percebida na última semana – Remete para o determinante de risco percebido referido por Bishop (1994), que pode muitas vezes estar qualitativamente alterado devido, nomeadamente, a alguns determinantes psicológicos, como é o caso dos níveis de stress, uma vez que a percepção de risco não é um processo racional (Banyard *et al.*, 2001).

Qualidade de vida percebida na última semana – O conceito de qualidade de vida tem desenvolvido íntimas relações com o de promoção da saúde (Ribeiro, 1998), está relacionado com a felicidade e o bem-estar (Ríos & Fernández, 1999).

4. Procedimentos

O processo pelo qual este estudo teve início, e após a preparação dos instrumentos, incluiu um contacto com um grupo de amigos pessoais e familiares que se disponibilizaram colaborar na recolha de dados juntos de possíveis candidatos, ou seja, pessoas residentes na zona da grande Lisboa.

Depois de confirmada a disponibilidade dos colaboradores foram distribuídos os questionários pessoalmente, pelo correio postal ou electrónico. A cada um dos colaboradores foi dada informação do tempo médio de preenchimento dos questionários, um total médio de 20 minutos, e dados referentes às questões mais frequentes na fase de pré-teste.

Por outro lado, os colaboradores foram informados das restrições impostas pelo estudo, nomeadamente em relação à idade mínima exigida aos participantes (15 anos) e da necessidade de um mínimo de literária que permitisse a leitura e compreensão dos conteúdos dos instrumentos, já que deveriam proceder a auto-preenchimento, embora pudesse haver ajuda face a dúvidas colocadas.

A distribuição, tal como a recolha, foi efectuada de forma faseada de maneira a poder obter pelo menos alguns representantes de residentes dos concelhos mais populosos da zona da grande Lisboa.

A organização da apresentação dos instrumentos aos participantes foi previamente estipulada e respeitada em todos os casos. Assim, a seguir à folha de informação geral sobre o estudo, onde era garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato, formulado o respectivo agradecimento prévio e a identificação do responsável da recolha de dados, surgia o questionário de acesso aos dados sócio-demográficos (a Entrevista Clínica Estruturada – Anexo A).

Seguia-se a Escala da Concepção de Saúde de Laffrey (Laffrey Health Conception Scale) (Anexo B), e depois o Questionário de Avaliação de Estilos de Vida (Lifestyle Appraisal Questionnaire) (Anexo C). Cada um deles com as respectivas instruções de preenchimentos.

A sequência pela qual os instrumentos foram apresentados pretendeu, em primeiro lugar relaxar o participante falando anonimamente de coisas do seu dia-a-dia, da sua saúde actual, do último ano e na última semana e a qualidade de vida na última semana. Depois foram introduzidas as questões sobre a saúde, da qual tinham acabado de falar.

O último instrumento, na sua primeira parte aborda os estilos de vida e parece exigir muito menos reflexão do que a segunda parte, onde alguns dos participantes confessaram: “bem aqui tenho que parar para pensar”.

De uma forma geral, verificou-se uma boa adesão na colaboração ao estudo, com muitas referências quanto à importância de aceder aos resultados obtidos no estudo, também como forma de caracterizar o conhecimento sobre uma matéria – a saúde – que toca a todos nós.

III – RESULTADOS

1. Análise Quantitativa

Após terem sido submetidas ao teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov, quer a Escala de Conceção de Saúde de Laffrey (LHCS) quer a Parte II do Questionário de Avaliação dos Estilos de Vida (LAQ), foi possível verificar que a amostra em estudo teve uma distribuição normal, o que reenvia para a capacidade de discriminar os sujeitos segundo os critérios que estão a ser avaliados pelos instrumentos.

Por outro lado, o facto de a LHCS e a Parte II da LAQ recorrerem a escalas tipo Likert, de acordo com Bryman e Cramer (1992), consideram-se como escalas intervalares. Assim, e atendendo aos dois aspectos anteriormente referidos, optou-se por basear a análise dos resultados, em métodos de estatística paramétrica.

Em relação à Parte I da LAQ, decidiu-se por recorrer a uma análise por grupos de itens ou item a item, em relação às questões que apresentam uma escala intervalar. Desta forma obtiveram-se os seguintes agrupamentos de itens: (a) Consumo, associando os itens 7, 8 e 21, relacionados com ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas e ingestão de café ou chá, respectivamente; (b) Nutrição, associando os itens 13 e 14 relacionados com comportamentos alimentares; (c) Exercício, associando os itens 10, 11 e 12 que reenviam para alguma forma de actividade física.

As Questões 2 (Frequência de fumar), 4 (Tensão arterial máxima), 5 (Tensão arterial mínima), 6 (Índice de Massa Corporal - IMC), 15 (Suporte social), 16 (Afecto), 17 (Acontecimentos de vida), 19 (Queixas físicas) e 20 (Sono), foram analisadas separadamente. Todas estas questões se reportam às consideradas segundo uma escala

intervalar, uma vez que as questões referentes a escala ordinal vão ser analisadas de acordo com outros parâmetros estatísticos.

Nesta análise vão ser examinadas as relações entre as diferentes variáveis, procurando responder às 11 questões previamente formuladas neste estudo e que serviram de orientação a este trabalho de pesquisa. Convém salientar que sempre que ao longo desta análise se referirem as variáveis sócio-demográficas vão estar incluídos outros dados referentes à saúde do ano anterior, os quais foram recolhidos na Entrevista Clínica, como já foi mencionado anteriormente, e cuja análise pareceu pertinente.

Questão N° 1: Será que existe relação entre a concepção de saúde e os estilos de vida?

Para responder a esta questão recorreu-se ao método estatístico de correlações atendendo ao tipo de dados experimentais em questão, que segundo Green e D'Oliveira (1991), se forem medidos numa escala ordinal ou no caso de os dados não se enquadrarem nos outros pressupostos dos testes estatísticos, devem utilizar-se as correlações que avaliam o tamanho e a significancia de uma relação entre os resultados dos sujeitos em duas variáveis.

As duas variáveis em questão foram operacionalizadas através da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey e a Parte I do Questionário de Avaliação de Estilos de Vida.

A leitura da Tabela 4 permite identificar onze associações estatisticamente significativas. As primeiras cinco associações significativas são negativas e são entre a Nutrição e o total da escala de Laffrey, bem como entre a Nutrição as quatro dimensões da LHCS: Factor 1- Clínico; Factor 2- Funcional; Factor 3- Adaptativo; e Factor 4- Realização. Estes valores indicam que quanto pior for o estilo de vida em relação à nutrição (cresce a variável) mais precária (diminui a variável) é a concepção geral e específica de saúde.

Tabela 4 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e os estilos de vida (N=640)

Estilos de Vida	Concepção de Saúde				
	Laffrey Total	Factor 1 (Clínico)	Factor 2 (Funcional)	Factor 3 (Adaptativo)	Factor 4 (Realização)
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	-0,02 Ns	0,01 Ns	-0,004 Ns	-0,05 Ns	-0,05 Ns
Nutrição (Questões 13 e 14)	-0,15 p=0,0001	-0,13 p=0,0001	-0,13 p=0,001	-0,13 p=0,001	-0,10 p=0,009
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	-0,02 Ns	-0,01 Ns	-0,01 Ns	-0,03 Ns	-0,03 Ns
Frequência de fumar * (Questão 2)	0,02 Ns	0,08 Ns	0,02 Ns	-0,03 Ns	0,02 Ns
TA máxima ** (Questão 4)	0,03 Ns	0,02 Ns	0,07 Ns	-0,004 Ns	0,02 Ns
TA mínima *** (Questão 5)	-0,02 Ns	0,006 Ns	0,002 Ns	-0,07 Ns	-0,01 Ns
Índice Massa Corporal (Questão 6)	0,05 Ns	0,04 Ns	0,04 Ns	0,04 Ns	0,04 Ns
Suporte Social (Questão 15)	-0,006 Ns	0,05 Ns	-0,005 Ns	-0,05 Ns	-0,01 Ns
Afecto (Questão 16)	-0,01 Ns	0,06 Ns	-0,03 Ns	-0,04 Ns	-0,05 Ns
Acontecimentos de Vida (Questão 17)	-0,07 Ns	-0,02 Ns	-0,08 p=0,03	-0,09 p=0,01	-0,05 Ns
Queixas Físicas (Questão 19)	0,01 Ns	0,02 Ns	0,01 Ns	0,004 Ns	-0,01 Ns
Sono (Questão 20)	-0,11 p=0,005	-0,03 ns	-0,11 p=0,003	-0,10 p=0,008	-0,11 p=0,003

* N = 283; ** N = 555; *** N = 554; Ns = não significativa

Quanto às duas associações encontradas a seguir, igualmente negativas, são entre os Acontecimentos de Vida e o Factor 2 - Funcional e o Factor 3 - Adaptativo da LHCS. A partir destes resultados pode afirmar-se que quanto maior for o número de acontecimentos de vida menos força tem a concepção de saúde em relação ao aspecto funcional e adaptativo.

As últimas quatro associações, também elas negativas, encontram-se entre o Sono e o total da Laffrey, bem como entre o Sono e o Factor 2 - Funcional, o Factor 3 - Adaptativo e o Factor 4 - Realização da LHCS. Este resultado permite referir que

quanto pior for a qualidade do sono mais precária é a força da concepção de saúde geral e ao nível funcional, adaptativo e de realização.

Em relação às outras áreas que integram a avaliação dos estilos de vida não se encontraram associações estatisticamente significativas com a concepção de saúde a nível geral, isto é no total da LHCS, bem como em cada uma das suas quatro dimensões ou factores.

Questão N° 2 : Existirá relação entre a concepção de saúde e a forma como o stress é percebido?

Para responder a esta questão recorreu-se, mais uma vez, ao método estatístico das correlações atendendo aos aspectos atrás mencionados. Sendo as variáveis em questão operacionalizadas com recurso à LHCS e à Parte II do LAQ.

Tabela 5 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e o stress percebido (N = 640)

Stress Percebido	Concepção de Saúde				
	Laffrey Total	Factor 1 (Clínico)	Factor 2 (Funcional)	Factor 3 (Adaptativo)	Factor 4 (Realização)
Total da LAQ Parte II	-0,06 Ns	-0,009 Ns	-0,05 Ns	-0,07 Ns	-0,62 Ns
Resposta ao Stress	-0,03 Ns	-0,008 Ns	-0,04 Ns	-0,05 Ns	-0,02 Ns
Locus de Control	-0,07 Ns	-0,01 Ns	-0,06 Ns	-0,08 p=0,03	-0,08 p=0,03

Ns = não significativa

A leitura da Tabela 5 permite identificar duas associações estatisticamente significativas. Ambas as associações são negativas e verificam-se entre o Locus de Control, isto é o Factor 2 encontrado no LAQ, e o Factor 3 - Adaptativo e o Factor 4 - Realização da LHCS. Este resultado indica que quanto maior é a atribuição de locus de control (definido por estas questões) menos força tem a concepção de saúde dos indivíduos.

No que se refere aos restantes Factores da LHCS e da Parte II do LAQ, não foram encontradas correlações significativas, bem como no que diz respeito ao total das escalas.

Questão 3 : Encontrar-se-á relação entre a concepção de saúde e os aspectos sócio-demográficos?

Para obter uma resposta a esta questão utilizou-se, tal como nas questões anteriores, o método estatístico das correlações entre a concepção de saúde, operacionalizada através da LHCS, e alguns dos aspectos sócio-demográficos (escolaridade, idade) com formato de dados compatível com este método, recolhidos através da Entrevista Clínica à qual se adicionaram outros dados relevantes sobre a saúde-doença dos inquiridos no ano anterior (dias de doença no ano anterior, dias sem trabalhar ou ir à escola no ano anterior, dias de cama por doença e idas ao médico).

A leitura da Tabela 6 possibilita a identificação de oito associações estatisticamente significativas. As primeiras três associações são negativas e são entre o nível de Escolaridade e o total da escala de Laffrey, bem como entre a Escolaridade e o Factor 1 - Clínico e o Factor 2 - Funcional da LHCS.

Tabela 6 – Valores de correlação entre a concepção de saúde e os aspectos sócio-demográficos e dados sobre a saúde no ano anterior (N = 640)

	Concepção de Saúde				
	Laffrey Total	Factor 1 (Clínico)	Factor 2 (Funcional)	Factor 3 (Adaptativo)	Factor 4 (Realização)
A. sócio-demográficos					
Escolaridade	-0,10 p=0,008	-0,14 p=0,0001	-0,12 p=0,002	-0,008 Ns	-0,06 Ns
Idade	0,15 p=0,0001	0,23 p=0,0001	0,13 p=0,001	0,10 p=0,008	0,05 Ns
Dias de Doença	0,003 Ns	0,01 Ns	0,02 Ns	-0,002 Ns	-0,02 Ns
Não Trabalhar	-0,005 Ns	-0,01 Ns	0,02 Ns	-0,02 Ns	-0,005 Ns
De Cama	0,03 Ns	0,06 Ns	0,03 Ns	-0,002 Ns	0,007 Ns
Ir ao Médico	-0,06 Ns	-0,005 Ns	-0,07 Ns	-0,07 p=0,04	-0,07 Ns

Ns = não significativa

De acordo com os resultados encontrados na Tabela 6 verifica-se que os sujeitos com o níveis de escolaridade mais baixos tendem a obter valores mais elevados na Escala de Concepção de Saúde de Laffrey, quer no geral quer nas dimensões Clínica e Funcional, logo com maior força na concepção de saúde nestes aspectos, o que não se verifica nas dimensões Adaptativa e de Realização.

As quatro associações seguintes são positivas, e são entre o nível etário dos sujeitos (Idade) e o total da Laffrey, bem como entre a Idade e os Factores 1 – Clínico; 2 – Funcional e 3 – Adaptativo da LHCS. Este resultado indica que quanto mais elevado o nível etário maior é a força da concepção de saúde ao nível geral da escala de Laffrey e nas dimensões clínica, funcional e adaptativa.

A última das associações encontrada é negativa, e verifica-se entre a frequência de idas ao médico na ano de 2000 e o Factor 3 – Adaptativo da LHCS. Este resultado permite afirmar que uma menor frequência de idas ao médico corresponde a uma maior força da dimensão adaptativa da escala de Laffrey.

Em relação à variável Sexo recorreu-se ao método estatístico do Teste de *t*-student, em que se pretende avaliar duas situações para uma variável independente (Siegel, 1975). Desta forma foi efectuar-se a comparação dos resultados médios do sexo em relação ao total da escala de Laffrey e cada uma das suas dimensões ou factores.

Tabela 7 – Valores da estatística *t*-student na comparação dos resultados médios do Sexo em relação à Concepção de Saúde (N = 640)

	Sexo	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Laffrey	Masculino	286	4,31	0,51	Ns
	Feminino	354	4,27		
Factor 1 Clínico	Masculino	286	4,44	-0,55	Ns
	Feminino	354	4,49		
Factor 2 Funcional	Masculino	286	4,23	0,66	Ns
	Feminino	354	4,17		
Factor 3 Adaptativo	Masculino	286	4,17	0,22	Ns
	Feminino	354	4,15		
Factor 4 Realização	Masculino	286	4,39	1,47	Ns
	Feminino	354	4,27		

Ns = não significativa

Em relação à variável Sexo não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis médios obtidos em cada uma das dimensões da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey, bem como no total da escala.

Para analisar as variáveis sócio-demográficas Situação Profissional e Estado Civil recorreu-se ao método estatístico Anova, que é uma ferramenta de análise de variância que faz o estudo da diferença que existe entre grupos de medições estimando a validade destes (Siegel, 1975).

Tabela 8 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional e as quatro dimensões da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey e o seu total (N = 640)

	Situação Profissional	N	M	F	P
Laffrey (Total)	Empregado	488	4,29	2,01	Ns
	Desempregado	93	4,11		
	Reformado	44	4,58		
	Trabalha em casa	10	4,26		
	De baixa	5	4,51		
Factor 1 (Clínico)	Empregado	488	4,41	6,09	0,0001
	Desempregado	93	4,34		
	Reformado	44	5,17		
	Trabalha em casa	10	5,05		
	De baixa	5	4,94		
Factor 2 (Funcional)	Empregado	488	4,22	2,26	Ns
	Desempregado	93	3,93		
	Reformado	44	4,44		
	Trabalha em casa	10	4,07		
	De baixa	5	4,68		
Factor 3 (Adaptativo)	Empregado	488	4,18	1,20	Ns
	Desempregado	93	4,00		
	Reformado	44	4,33		
	Trabalha em casa	10	3,72		
	De baixa	5	4,16		
Factor 4 (Realização)	Empregado	488	4,35	0,57	Ns
	Desempregado	93	4,18		
	Reformado	44	4,37		
	Trabalha em casa	10	4,18		
	De baixa	5	4,37		

Ns = não significativa

A leitura da Tabela 8 permite constatar que a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável Situação Profissional em relação ao Factor 1 – Clínico da LHCS. Este resultado permite dizer que no que se refere ao factor clínico existem diferenças significativas entre os grupos descritos na variável Situação Profissional.

Ao ler a Tabela 9 é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Estado Civil, sendo as mais expressivas em relação ao total da HLCS, bem como em relação ao Factor 1 – Clínico, e a menos forte em relação ao Factor 2- Funcional. Os resultados encontrados permitem afirmar que existem diferenças ao nível do estado civil em relação à concepção geral de saúde e em particular no que se refere às dimensões clínica e funcional.

Tabela 9 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre o estado civil em relação ao total da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey e as suas quatro dimensões (N = 640)

	Estado Civil	N	M	F	P
Laffrey (Total)	Solteiro	293	4,18	3,13	0,008
	Casado	255	4,34		
	Divorciado	38	4,73		
	Separado	9	4,42		
	Viúvo	13	4,51		
	Outros	32	4,18		
Factor 1 (Clínico)	Solteiro	293	4,31	4,76	0,0001
	Casado	255	4,56		
	Divorciado	38	5,04		
	Separado	9	4,61		
	Viúvo	13	5,02		
	Outros	32	4,20		
Factor 2 (Funcional)	Solteiro	293	4,07	2,25	0,04
	Casado	255	4,27		
	Divorciado	38	4,60		
	Separado	9	4,23		
	Viúvo	13	4,51		
	Outros	32	4,19		
Factor 3 (Adaptativo)	Solteiro	293	4,06	1,86	Ns
	Casado	255	4,20		
	Divorciado	38	4,57		
	Separado	9	4,12		
	Viúvo	13	4,42		
	Outros	32	4,05		
Factor 4 (Realização)	Solteiro	293	4,27	1,61	Ns
	Casado	255	4,32		
	Divorciado	38	4,72		
	Separado	9	4,69		
	Viúvo	13	4,08		
	Outros	32	4,27		

Ns = não significativa

Questão 4 – Será que existe relação entre os estilos de vida e o stress percebido?

De forma a responder a esta questão recorreu-se ao método estatístico de correlações tendo em conta o tipo de dados em questão, de acordo com os aspectos mencionados por Green e D'Oliveira (1991) e previamente transcritos, devem usar-se as correlações que avaliam o tamanho e a significancia de uma relação entre os resultados dos sujeitos em duas variáveis. Estas duas variáveis em análise foram operacionalizadas através do LAQ, Parte I e II.

A leitura da Tabela 10 torna possível a identificação de vinte e seis associações estatisticamente significativas. As três primeiras são positivas e são entre os aspectos referentes ao Consumo nos Estilos de Vida (itens da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, o Consumo e os Factores 1 – Resposta ao Stress e 2 – Locus de Control da Parte II do LAQ. Este resultado indica que quanto mais elevado for o consumo maior é o stress percebido em geral (total da Parte II do LAQ) e ao nível de ambos os factores identificados.

Tabela 10 – Valores de correlação entre o stress percebido e os estilos de vida (N = 640)

Estilos de Vida (Parte I do LAQ)	Stress percebido (Parte II do LAQ)		
	LAQ Parte II Total	Factor 1 Resposta ao Stress	Factor 2 Locus de Control
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	0,26 p=0,0001	0,21 p=0,0001	0,25 p=0,0001
Nutrição (Questões 13 e 14)	0,14 p=0,0001	0,13 p=0,0001	0,13 p=0,0001
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	0,16 p=0,0001	0,12 p=0,001	0,16 p=0,0001
Frequência de fumar * (Questão 2)	0,04 Ns	0,08 Ns	0,0001 Ns
TA máxima ** (Questão 4)	0,14 p=0,001	0,06 Ns	0,18 p=0,0001
TA mínima *** (Questão 5)	0,14 p=0,001	0,06 Ns	0,18 p=0,0001
Índice Massa Corporal (Questão 6)	0,02 Ns	0,02 Ns	0,01 Ns
Suporte Social (Questão 15)	0,24 p=0,0001	0,18 p=0,0001	0,26 p=0,0001
Afecto (Questão 16)	0,15 p=0,0001	0,02 Ns	0,21 p=0,0001
Acontecimentos De Vida (Questão 17)	0,18 p=0,0001	0,22 p=0,0001	0,12 p=0,002
Queixas Físicas (Questão 19)	0,34 p=0,0001	0,30 p=0,0001	0,32 p=0,0001
Sono (Questão 20)	0,19 p=0,0001	0,18 p=0,0001	0,17 p=0,0001

* N = 282; ** N = 554; *** N = 553; Ns = não significativa

As três associações seguintes são igualmente positivas e são entre a Nutrição (itens da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, bem como entre a Nutrição e os dois factores do LAQ, Factor 1 – Resposta ao Stress e o Factor 2 – Locus de Control. A

partir deste resultado pode afirmar-se que quando aumentam os índices de má nutrição constata-se um aumento dos níveis de stress percebido, quer a nível geral quer em cada um dos factores em particular.

Segundo a Tabela 11, as próximas três associações estatisticamente significativas são também elas positivas, e verificaram-se entre o Exercício (ítems da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, tal como entre o Exercício e os dois factores desta parte do questionário, Factor 1 – Resposta ao Stress e o Factor 2 – Locus de Control deste questionário. Perante este resultado pode afirmar-se que quanto maior for a cotação obtida ao nível do exercício (o que significa um menor investimento do sujeito nesta área) maior é o nível de stress percebido, tanto a nível geral como em cada um dos factores individualmente.

Seguidamente encontram-se duas associações positivas, que são entre o nível de Tensão Arterial máxima (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ e entre a TA máxima e o Factor 2 – Locus de Control desta parte do LAQ. Perante este resultado pode referir-se que um aumento dos valores da TA máxima corresponde a um aumento dos níveis de stress percebido na avaliação total do LAQ Parte II e do seu Factor 2- Locus de Control. No entanto, não se verificam o mesmo tipo de resultados em relação ao Factor 1 – Resposta ao stress.

Da mesma forma como nas duas associações anteriores, também estas duas a analisar agora são positivas, e são entre a TA mínima (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, bem como em relação ao seu Factor 2 – Locus de Control. Este resultado permite inferir que um aumento da TA mínima leva a um maior nível de stress percebido a nível geral no total do questionário e também especificamente no Factor 2.

As três associações seguintes são igualmente positivas, e ocorrem entre o Suporte Social (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, tal como entre o Suporte Social e os dois factores do LAQ, o Factor 1 – Resposta ao Stress e o Factor 2 – Locus de Control. Este resultado permite constatar que quanto maior for o resultado obtido no item do suporte social (que reenvia para um suporte social mais precário) mais elevado é o nível de stress percebido, quer de uma forma geral em toda a Parte II do LAQ quer em cada um dos seus factores.

Seguidamente encontram-se mais duas associações também positivas, que são entre o Afecto (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, bem como entre o Afecto e o Factor 2 – Locus de Control. A partir deste resultado pode afirmar-se que um maior valor obtido no item dos Afectos (que equivale a dizer pior qualidade de resposta afectiva) leva a uma maior nível de stress percebido num âmbito geral (total da Parte II do LAQ) e ao nível do Factor 2 – Locus de Control.

Por seu lado, as três associações encontradas a seguir, também positivas, são entre os Acontecimentos da Vida (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, tal como entre os Acontecimentos de Vida e os dois Factores identificados na Parte II do LAQ, Factor 1 – Resposta ao Stress e Factor 2 – Locus de Control. De acordo com este resultado pode referir-se que quanto mais acontecimentos de vida o sujeito vivenciar maior é o nível de stress percebido de uma forma geral e no âmbito dos dois factores específicos identificados.

O bloco das três associações encontradas a seguir são positivas, e acontecem entre as Queixas Físicas (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, bem como entre as Queixas Físicas e os dois factores identificados nesta parte do questionário, o Factor 1 – Resposta ao Stress e o Factor 2 – Locus de Control. Perante este resultado pode constatar-se que quanto maior a frequência das queixas físicas mais elevado é o stress percebido, tanto a nível geral como em ambos os factores identificados na Parte II do LAQ.

As três últimas associações encontradas, são igualmente positivas e são entre o Sono (item da Parte I do LAQ) e o total da Parte II do LAQ, tal como entre o Sono e os dois factores encontrados, o Factor 1 – Resposta ao Stress e o Factor 2 – Locus de Control. De acordo com estes resultados pode inferir-se que quanto mais deteriorada for a qualidade do sono maior é o nível de stress percebido, tanto no geral do questionário como em cada um dos seus factores.

Questão 5 – Poderá verificar-se a existência de relação entre o stress percebido e as variáveis sócio-demográficas?

Para obter uma resposta a esta questão utilizou-se, tal como em questões anteriores, o método estatístico das correlações entre o stress percebido, operacionalizado pela Parte II do LAQ, e alguns dos aspectos sócio-demográficos (escolaridade, idade) e dados sobre a saúde –doença dos participantes no ano de anterior (dias de doença no ano anterior, dias sem trabalhar ou ir à escola no ano anterior, dias de cama por doença e idas ao médico) com formato de dados compatível com este método.

Tabela 11 – Valores de correlação entre o stress percebido e os aspectos sócio-demográficos e dados sobre a saúde-doença no ano anterior (N = 640)

A. sócio-demográficos	Stress percebido (Parte II do LAQ)		
	LAQ Parte II Total	Factor 1 Resposta ao Stress	Factor 2 Locus de Control
Escolaridade	-0,18 p=0,0001	-0,07 p=0,04	-0,22 p=0,0001
Idade	0,07 p=0,04	-0,07 Ns	0,17 p=0,0001
Dias de Doença	0,16 p=0,0001	0,14 p=0,0001	0,15 p=0,0001
Não Trabalhar	0,11 p=0,003	0,09 p=0,01	0,11 p=0,005
De Cama	0,18 p=0,0001	0,16 p=0,0001	0,16 p=0,0001
Ir ao Médico	0,19 p=0,0001	0,15 p=0,0001	0,18 p=0,0001

Ns = não significativa

A leitura da Tabela 11 permite identificar dezassete associações estatisticamente significativas. As três primeiras associações significativas são negativas, sendo duas delas mais potentes que a outra, as mais potentes são entre o nível de Escolaridade e o total da Parte II do LAQ, e entre a Escolaridade e o Factor 2 – Locus de Control, a menos potente é entre a Escolaridade e o Factor 1 – Resposta ao Stress da Parte II do LAQ. Estes resultados indicam que quanto maior for o nível de escolaridade menor será a quantidade de stress percebido pelo total da Parte II do LAQ e pelos seus dois factores sendo, no entanto, menos evidente no Factor 1.

As duas associações que se encontram a seguir são positivas, uma mais potente que a outra, são entre a Idade e o total da Parte II do LAQ, sendo esta a menos expressiva das duas. A outra é entre a Idade e o Factor 2 - Locus de Control do LAQ, este mais potente que a anterior. Com base neste resultado pode afirmar-se que quando aumenta o nível etário dos sujeitos tende a reduzir a quantidade de stress percebido em termos gerais, e de forma mais evidente ao nível do Factor 2 do LAQ.

Posteriormente encontram-se mais três associações estatisticamente significativas, todas positivas e são entre os Dias de Doença do ano anterior e o total da Parte II do LAQ, bem como entre os Dias de Doença e os dois factores do LAQ, Factor 1 - Resposta ao stress e o Factor 2 - Locus de Control. Em função deste resultado é possível verificar que um maior número de dias de doença reenvia para um maior nível de stress percebido.

As três associações que se encontram de seguida são positivas e entre o tempo teve de Não Trabalhar (ou ir à escola) no ano de 2000, e o total da Parte II do LAQ e o Factor 2 - Locus de Control, sendo estas duas as mais potentes. A menos potente delas encontra-se entre o Não Trabalhar e o Factor 1 - Resposta ao Stress do LAQ. Este resultado permite afirmar que quando aumenta o número de dias sem trabalhar aumenta o nível de stress percebido, sendo mais expressivo em relação ao total do questionário e ao factor 2.

As três associações seguintes são igualmente positivas, são entre os dias De Cama, por doença no ano 2000, e o total da Parte II do LAQ, tal como entre os dias De Cama e os dois factores deste questionário, o Factor 1 - Resposta ao Stress e o Factor 2 - Locus de Control. A partir deste resultado pode afirmar-se que quando aumentam os dias de cama por doença tende a aumentar o nível de stress percebido, quer a nível geral quer em cada um dos factores.

As três últimas associações encontradas são positivas e são entre o número de idas ao médico no ano 2000 e o total da Parte II do LAQ, bem como entre o Ir ao Médico e os Factores 1 - Resposta ao Stress e o 2 - Locus de Control. Segundo os dados obtidos neste resultado é possível afirmar que um maior número de idas ao médico reenvia para um maior nível de stress percebido.

No que se refere à variável Sexo recorreu-se ao método estatístico do Teste de *t*-student, em que se pretende avaliar duas situações para uma variável independente (Siegel,1975). Assim, efectuou-se a comparação dos resultados médios do sexo em relação ao total do questionário LAQ e cada uma das suas dimensões ou factores.

Tabela 12 – Valores da estatística *t*-student na comparação dos resultados médios do Sexo em relação ao Stress Percebido (N = 640)

	Sexo	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Parte II do LAQ (Total)	Masculino	286	1,02	-2,92	0,004
	Feminino	354	1,13		
Factor 1 (Resposta ao Stress)	Masculino	286	0,83	4,88	0,0001
	Feminino	354	0,88		
Factor 2 (Locus de Control)	Masculino	286	1,20	1,10	Ns
	Feminino	354	1,39		

Ns = não significativa

A análise da Tabela 12 permite inferir da existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do Sexo no que se refere ao total da Parte II do LAQ e do Factor 1 – Resposta ao Stress. Segundo este resultado verificam-se diferenças entre os dois sexos no que diz respeito à resposta global ao stress e ao tipo de resposta dada em situação de stress, o que não se verificou em relação ao locus de control.

De forma a analisar as variáveis sócio-demográficas Situação Profissional e Estado Civil recorreu-se ao método estatístico Anova, que permite a análise de variância entre grupos de medições estimando a validade destes (Siegel,1975).

A análise da Tabela 13 permite afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos grupos referentes à situação profissional em relação ao stress percebido.

Tabela 13 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença ao nível da situação profissional em relação ao stress percebido (N = 640)

	Situação Profissional	N	M	F	p
LAQ Parte II (Total)	Empregado	487	1,04	5,12	0,0001
	Desempregado	93	1,18		
	Reformado	44	1,16		
	Trabalha em casa	10	1,31		
	De baixa	5	1,51		
Factor 1 (Resposta ao Stress)	Empregado	487	1,28	2,76	0,02
	Desempregado	93	1,41		
	Reformado	44	1,21		
	Trabalha em casa	10	1,53		
	De baixa	5	1,64		
Factor 2 (Locus de Control)	Empregado	487	0,80	8,83	0,0001
	Desempregado	93	0,96		
	Reformado	44	1,12		
	Trabalha em casa	10	1,10		
	De baixa	5	1,37		

Das associações apresentadas na Tabela 13, são duas as de forma mais expressiva, no total da Parte II do LAQ e no Factor 2 – Locus de Control, e a menos potente ao nível do Factor 1 – Resposta ao Stress. Perante estes resultados é possível dizer que o stress percebido, total e específico dos dois factores, varia com a situação profissional.

Tabela 14 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença ao nível do estado civil em relação ao stress percebido (N = 640)

	Estado Civil	N	M	F	p
LAQ Parte II (Total)	Solteiro	292	1,15	0,74	Ns
	Casado	255	1,09		
	Divorciado	38	1,02		
	Separado	9	1,23		
	Viúvo	13	1,15		
	Outros	32	1,03		
Factor 1 (Resposta ao Stress)	Solteiro	292	1,31	0,53	Ns
	Casado	255	1,32		
	Divorciado	38	1,18		
	Separado	9	1,36		
	Viúvo	13	1,27		
	Outros	32	1,27		
Factor 2 (Locus de Control)	Solteiro	292	0,84	1,18	Ns
	Casado	255	0,87		
	Divorciado	38	0,82		
	Separado	9	1,11		
	Viúvo	13	1,03		
	Outros	32	0,79		

Ns = não significativa

Segundo os dados da Tabela 14 não foram identificadas diferenças ao nível do Estado Civil em relação ao Stress Percepcionado através da Parte II do LAQ, quer no total do questionário quer nas sua duas dimensões.

Questão 6 – Existirá relação entre os estilos de vida e as variáveis sócio-demográficas?

Afim de responder a esta questão recorreu-se, da mesma forma como em questões anteriores, ao método estatístico das correlações entre os estilos de vida, operacionalizado através da Parte I do LAQ, e alguns dos aspectos sócio-demográficos (escolaridade, idade) e alguns dados sobre a saúde-doença dos participantes no ano anterior (dias de doença no ano anterior, dias sem trabalhar ou ir à escola no ano anterior, dias de cama por doença e idas ao médico) com formato de dados compatível com este método.

A leitura da Tabela 15 permite identificar 38 associações estatisticamente significativas. Das primeiras seis, cinco são positivas e são entre os itens (7, 8 e 21) referentes ao consumo, da Parte I do LAQ e a Idade, os Dias de Doença, o Não Trabalhar, os dias De Cama e as idas ao médico. A sexta é negativa e é entre o Consumo e a Escolaridade.

Estes resultados indicam, por um lado, que o consumo aumenta com a idade, por outro lado, o consumo aumenta quando a escolaridade diminui. Em relação aos dias de doença do ano anterior, tal como os dias sem trabalhar, os dias de cama e as idas ao médico, sempre que estes aumentam verifica-se também um aumento do consumo (nos padrões de consumo representados nestes itens).

As duas associações encontradas a seguir são negativas, sendo a mais expressiva entre a Nutrição e a Idade e a menos forte entre a Nutrição e a Escolaridade. A partir destes dados pode afirmar-se que os sujeitos mais novos se alimentam pior (aumenta o valor da escala), mas também os sujeitos com menos escolaridade se alimentam mais mal (sobe o valor da escala).

Tabela 15 – Valores de correlação entre os estilos de vida e aspectos sócio-demográficos e a saúde-doença no ano anterior (N = 640)

Estilos de Vida (Parte I do LAQ)	Aspectos Sócio-demográficos					
	Escola- ridade	Idade	Dias de Doença	Não Trabalh.r	De Cama	Ir ao Médico
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	-0,17 p=0,0001	0,28 p=0,0001	0,28 p=0,0001	0,17 p=0,0001	0,23 p=0,0001	0,30 p=0,0001
Nutrição (Questões 13 e 14)	-0,09 p=0,01	-0,15 p=0,0001	0,001 Ns	-0,007 Ns	0,01 Ns	-0,006 Ns
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	-0,06 ns	0,14 p=0,0001	0,06 ns	0,05 ns	0,08 p=0,03	0,11 p=0,003
Frequência de fumar * (Questão 2)	0,01 Ns	0,09 Ns	-0,06 Ns	-0,07 Ns	0,04 Ns	-0,02 Ns
TA máxima ** (Questão 4)	-0,32 p=0,0001	0,23 p=0,0001	0,11 p=0,007	0,05 Ns	0,07 Ns	0,16 p=0,0001
TA mínima *** (Questão 5)	-0,24 p=0,0001	0,14 p=0,001	0,11 p=0,005	0,07 Ns	0,09 p=0,03	0,10 p=0,01
Índice Massa Corporal (Questão 6)	-0,04 Ns	0,06 Ns	-0,01 Ns	-0,01 Ns	-0,01 Ns	0,103 p=0,009
Suporte Social (Questão 15)	-0,15 p=0,0001	0,17 p=0,0001	0,01 Ns	0,01 Ns	0,09 p=0,01	0,01 Ns
Afecto (Questão 16)	-0,07 p=0,04	0,12 p=0,002	0,005 Ns	0,01 Ns	-0,03 Ns	0,03 Ns
Acontecimentos De Vida (Questão 17)	0,02 Ns	-0,02 Ns	0,02 Ns	-0,01 Ns	0,06 Ns	0,12 p=0,001
Queixas Físicas (Questão 19)	-0,19 p=0,0001	0,24 p=0,0001	0,19 p=0,0001	0,13 p=0,001	0,15 p=0,0001	0,28 p=0,0001
Sono (Questão 20)	-0,08 p=0,03	0,12 p=0,001	0,16 p=0,0001	0,08 p=0,02	0,06 Ns	0,16 p=0,0001

* N = 283; ** N = 555; *** N = 554; Ns = não significativa

Seguidamente encontram-se três associações significativas positivas, sendo as mais expressivas entre o Exercício e a Idade e o Ir ao Médico, a menos forte é entre o Exercício e os Dias de Cama. De acordo com estes resultados pode dizer-se que o exercício é mais reduzido (sobe o valor da escala) nos sujeitos com mais idade, um maior número de idas ao médico no ano anterior levou a menos exercício (sobe o valor da escala), bem como um maior número de dias de cama reduziu o exercício.

As quatro associações que se encontram de seguida são três delas positivas e são entre a TA máxima e a Idade, os Dias de Doença e o Ir ao Médico. A quarta é negativa e é entre a TA máxima e a Escolaridade. Estes resultados permitem afirmar que a TA

máxima aumenta com a idade, bem como os dias de doença e as idas ao médico no ano anterior. No entanto, a TA máxima aumenta quando diminui a escolaridade.

Posteriormente encontram-se cinco associações significativas, sendo quatro delas positivas e as mais expressivas são entre a TA mínima e a Idade e os Dias de Doença, as menos fortes são entre a TA mínima e os dias De Cama e o Ir ao Médico. A quinta destas associações é negativa e é entre a TA mínima e a Escolaridade. Perante estes resultados é possível afirmar que a TA mínima aumenta com a idade, bem como com os dias de doença, os dias de cama e as idas ao médico no ano anterior. Por outro lado, a TA mínima aumenta quando a escolaridade diminui.

A associação encontrada de seguida é positiva e é entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o Ir ao médico. Este resultado permite dizer que quanto maior for o IMC maior o número de idas ao médico no ano anterior.

Das três associações seguintes duas são positivas e a mais forte é entre o Suporte Social e a Idade e a menos expressiva é entre o Suporte Social e o estar De Cama. A terceira é negativa e é entre o Suporte Social e a Escolaridade. Segundo estes resultados pode afirmar-se que o suporte social piora (aumenta o valor da escala) com a idade, e o número de dias de cama no ano anterior foi maior nos sujeitos com suporte social mais precário. Contudo, o Suporte social melhora (diminui o valor da escala) quando a escolaridade aumenta.

Das próximas duas associações significativas, uma delas é positiva e é entre o Afecto e a Idade, a outra é negativa e menos potente e é entre o Afecto e a Escolaridade. Estes resultados permitem afirmar que o afecto é mais precário (aumenta o valor da escala) quando aumenta a idade, acontecendo o mesmo em relação à escolaridade, embora de forma menos expressiva.

A associação significativa encontrada a seguir é positiva e é entre os Acontecimentos de Vida e o Ir ao Médico. Este resultado permite afirmar que um maior número de acontecimentos de vida levou a uma maior frequência de idas ao médico.

Das próximas seis associações identificadas, cinco delas são positivas e são entre as Queixas Físicas e a Idade, os Dias de Doença, o Não Trabalhar, os Dias de Cama e o Ir ao Médico. A associação negativa é entre as Queixas Físicas e a

Escolaridade. Estes resultados permitem dizer que as queixas físicas aumentam com a idade, tal como aumentam os dias de doença, o não trabalhar e os dias de cama, e finalmente, leva também a maior número de idas ao médico. Por outro lado, as queixas físicas aumentam quando diminui a escolaridade.

Das últimas cinco associações significativas que foram encontradas, quatro delas são positivas e as mais expressivas são entre o Sono e a Idade, os Dias de Doença e o Ir ao médico, a menos pesada é entre o Sono e o Não trabalhar. A última das associações é negativa e é entre o Sono e a Escolaridade. A partir destes resultados pode dizer-se que a qualidade do sono piora (sobe o valor da escala) quando aumenta a idade, com o aumento do número de dias de doença, com acréscimo de idas ao médico e, embora de forma menos expressiva, com a subida do número de dias sem trabalhar. Finalmente, a qualidade do sono é mais precária (sobe o valor da escala) quando diminui a escolaridade.

Em relação à variável Sexo recorreu-se ao método estatístico do Teste de *t*-student, em que se pretende avaliar duas situações para uma variável independente (Siegel, 1975). Desta forma foi efectuar-se a comparação dos resultados médios do sexo em relação aos estilos de vida segundo a Parte I do LAQ.

Através da leitura da Tabela 16 pode constatar-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo no que se refere aos estilos de vida, sendo umas mais expressivas que outras, as mais fortes são em relação à TA máxima e TA mínima, ao Afecto e as Queixas Físicas. As diferenças estatisticamente menos expressivas ocorreram em relação à Nutrição, ao Exercício e ao Sono.

Segundo estes resultados existem diferenças ao nível do sexo no que diz respeito aos estilos de vida que têm a ver com os valores da tensão arterial máxima e mínima, o afecto e as queixas físicas, e de forma menos marcada existem também diferenças ao nível do sexo no que diz respeito à nutrição, ao exercício e ao sono.

Tabela 16 – Valores da estatística *t*-student na comparação dos resultados médios do Sexo em relação aos Estilos de Vida (N = 640)

Sexo		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Estilos de Vida					
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	Masculino	286	0,28	-1,54	Ns
	Feminino	354	0,34		
Nutrição (Questões 13 e 14)	Masculino	286	0,79	2,06	0,04
	Feminino	354	0,68		
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	Masculino	286	1,11	-2,49	0,01
	Feminino	354	1,27		
Frequência de fumar (Questão 2)	Masculino	128	3,42	1,87	Ns
	Feminino	155	3,23		
TA máxima (Questão 4)	Masculino	241	0,95	3,63	0,0001
	Feminino	314	0,64		
TA mínima (Questão 5)	Masculino	240	1,02	3,09	0,002
	Feminino	314	0,74		
Índice Massa Corporal (Questão 6)	Masculino	286	28,92	-0,34	Ns
	Feminino	354	32,81		
Suporte Social (Questão 15)	Masculino	286	0,65	1,36	Ns
	Feminino	354	0,56		
Afecto (Questão 16)	Masculino	286	0,59	4,36	0,0001
	Feminino	354	0,35		
Acontecimentos De Vida (Questão 17)	Masculino	286	1,40	-1,22	Ns
	Feminino	354	1,52		
Queixas Físicas (Questão 19)	Masculino	286	1,05	-6,88	0,0001
	Feminino	354	1,66		
Sono (Questão 20)	Masculino	286	0,59	-2,05	0,04
	Feminino	354	0,74		

Ns = não significativa

Para a analisar das variáveis sócio-demográficas Profissão, Estado Civil recorreu-se ao método estatístico Anova, o qual permite a análise de variância entre grupos de medições estimando a validade destes (Siegel, 1975).

Tabela 17 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional em relação aos estilos de vida (N = 640)

Situação Profissional		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Estilos de Vida					
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	Empregado	488	0,27	14,37	0,0001
	Desempregado	93	0,25		
	Reformado	44	0,73		
	Trabalha em casa	10	0,60		
	De baixa	5	1,06		
Nutrição (Questões 13 e 14)	Empregado	488	0,73	0,77	Ns
	Desempregado	93	0,79		
	Reformado	44	0,57		
	Trabalha em casa	10	0,72		
	De baixa	5	0,70		
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	Empregado	488	1,22	2,30	Ns
	Desempregado	93	0,98		
	Reformado	44	1,37		
	Trabalha em casa	10	1,23		
	De baixa	5	1,40		
Frequência de Fumar (Questão 2)	Empregado	232	3,37	2,84	0,02
	Desempregado	40	2,95		
	Reformado	7	3,14		
	Trabalha em casa	3	4,00		
	De baixa	1	3,00		
TA máxima (Questão 4)	Empregado	420	0,70	8,04	0,0001
	Desempregado	79	0,69		
	Reformado	42	1,54		
	Trabalha em casa	9	1,44		
	De baixa	5	0,77		
TA mínima (Questão 5)	Empregado	419	0,77	5,71	0,0001
	Desempregado	79	1,00		
	Reformado	42	1,50		
	Trabalha em casa	9	1,44		
	De baixa	5	0,80		
Índice Massa Corporal (Questão 6)	Empregado	488	26,24	3,19	0,01
	Desempregado	93	22,66		
	Reformado	44	54,06		
	Trabalha em casa	10	26,21		
	De baixa	5	31,07		
Suporte Social (Questão 15)	Empregado	488	0,58	0,95	Ns
	Desempregado	93	0,61		
	Reformado	44	0,75		
	Trabalha em casa	10	0,88		
	De baixa	5	1,00		
Afecto (Questão 16)	Empregado	488	0,43	2,75	0,02
	Desempregado	93	0,44		
	Reformado	44	0,77		
	Trabalha em casa	10	0,22		
	De baixa	5	0,80		
Acontecimentos De Vida (Questão 17)	Empregado	488	1,46	0,25	Ns
	Desempregado	93	1,52		
	Reformado	44	1,47		
	Trabalha em casa	10	1,40		
	De baixa	5	1,00		

(cont.)

(cont.)	Situação Profissional	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Estilos de Vida					
Queixas Físicas (Questão 19)	Empregado	488	1,30	12,35	0,0001
	Desempregado	93	1,27		
	Reformado	44	2,25		
	Trabalha em casa	10	2,20		
	De baixa	5	3,20		
Sono (Questão 20)	Empregado	488	0,63	5,79	0,0001
	Desempregado	93	0,53		
	Reformado	44	1,25		
	Trabalha em casa	10	1,20		
	De baixa	5	1,20		

Ns = não significativa

Na leitura da Tabela 17 pode constatar-se a existência de oito diferenças estatisticamente significativas ao nível da situação profissional no que se refere aos Estilos de Vida, sendo as mais expressivas relacionadas com o Consumo, à TA máxima, TA mínima, as Queixas físicas e o Sono. As menos fortes verificaram-se em relação à Frequência de Fumar, 0 Índice da Massa Corporal e o Afecto.

Segundo estes resultados é possível afirmar que em diferentes situações profissionais se encontram diferenças ao nível dos estilos de vida, sendo mais fortes no que diz respeito ao consumo de drogas, álcool e café, aos níveis tencionais máximos e mínimos, no que se refere à frequência de queixas físicas e à qualidade do sono. Com um peso menos forte surgem diferenças em relação à frequência de fumar, ao índice de massa corporal e ao afecto recebido.

De acordo com a leitura da Tabela 18 pode verificar-se que existem seis diferenças estatisticamente significativas ao nível do Estado Civil em relação aos Estilos de Vida, sendo mais fortes em relação ao Consumo, do Exercício, do Suporte Social e das Queixas Físicas. As diferenças estatisticamente menos expressivas são em relação à Nutrição e do Afecto.

Perante os dados encontrados na Tabela 18 pode afirmar-se que o estado civil leva a diferenças nos estilos de vida, que são mais expressivas no que se refere ao consumo de drogas, álcool e café, em relação ao exercício, ao suporte social recebido e à frequência de queixas físicas. As diferenças menos fortes encontram-se em relação à nutrição e ao afecto recebido.

Tabela 18 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre o estado civil em relação aos estilos de vida (N = 640)

	Estado Civil	N	M	F	p
Estilos de Vida					
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	Solteiro	293	0,24	5,02	0,0001
	Casado	255	0,35		
	Divorciado	38	0,33		
	Separado	9	0,48		
	Viúvo	13	0,76		
	Outros	32	0,47		
Nutrição (Questões 13 e 14)	Solteiro	293	0,81	2,69	0,02
	Casado	255	0,64		
	Divorciado	38	0,64		
	Separado	9	1,11		
	Viúvo	13	0,58		
	Outros	32	0,73		
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	Solteiro	293	1,07	3,80	0,002
	Casado	255	1,33		
	Divorciado	38	1,28		
	Separado	9	1,18		
	Viúvo	13	1,61		
	Outros	32	1,09		
Frequência de Fumar (Questão 2)	Solteiro	124	3,32	0,76	Ns
	Casado	97	3,22		
	Divorciado	24	3,37		
	Separado	3	3,66		
	Viúvo	2	4,00		
	Outros	23	3,47		

(cont.)

(cont.)	Estado Civil	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Estilos de Vida					
TA máxima (Questão 4)	Solteiro	241	0,69	1,39	Ns
	Casado	226	0,78		
	Divorciado	37	0,91		
	Separado	9	1,11		
	Viúvo	12	1,33		
	Outros	30	0,86		
	TA mínima (Questão 5)	Solteiro	241		
Casado		225	0,80		
Divorciado		37	0,97		
Separado		9	1,33		
Viúvo		12	1,08		
Outros		30	1,03		
Índice Massa Corporal (Questão 6)		Solteiro	293	22,87	0,58
	Casado	255	42,94		
	Divorciado	38	24,15		
	Separado	9	26,35		
	Viúvo	13	25,16		
	Outros	32	23,62		
	Suporte Social (Questão 15)	Solteiro	293	0,49	
Casado		255	0,65		
Divorciado		38	0,89		
Separado		9	1,11		
Viúvo		13	1,25		
Outros		32	0,53		
Afecto (Questão 16)		Solteiro	293	0,57	2,94
	Casado	255	0,41		
	Divorciado	38	0,55		
	Separado	9	0,77		
	Viúvo	13	0,83		
	Outros	32	0,12		
	Acontecimentos De Vida (Questão 17)	Solteiro	293	1,55	
Casado		255	1,35		
Divorciado		38	1,44		
Separado		9	1,88		
Viúvo		13	1,61		
Outros		32	1,46		
Queixas Físicas (Questão 19)		Solteiro	293	1,20	5,91
	Casado	255	1,57		
	Divorciado	38	1,36		
	Separado	9	1,11		
	Viúvo	13	2,53		
	Outros	32	1,34		
	Sono (Questão 20)	Solteiro	293	0,66	
Casado		255	0,69		
Divorciado		38	0,63		
Separado		9	0,33		
Viúvo		13	1,23		
Outros		32	0,62		

Ns = não significativa

Questão 7 – Verificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e as variáveis sócio-demográficas?

Para permitir responder a esta questão recorreu-se ao método estatístico das correlações atendendo ao tipo de dados em questão, segundo as afirmações de Green e D'Oliveira (1991) acima transcritas, devem utilizar-se as correlações para avaliar o tamanho e a significância de uma relação entre os resultados dos sujeitos em duas variáveis.

Estas variáveis foram operacionalizadas com apoio nos dados recolhidos através da Entrevista Clínica.

Tabela 19 – Valores da correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e as variáveis sócio-demográficas e dados sobre a saúde-doença no ano anterior (N = 640)

	Qualidade de Vida (percebida na última semana)
V. Sócio-demográficas	
Escolaridade	0,15 p=0,0001
Idade	-0,24 p=0,0001
Dias de Doença	-0,21 p=0,0001
Não Trabalhar	-0,14 p=0,0001
De cama	-0,12 p=0,001
Ir ao Médico	-0,28 p=0,0001

A leitura da Tabela 19 possibilita a identificação de seis associações estatisticamente significativas. Sendo cinco delas negativas e entre a qualidade de vida percebida na última semana (em relação à data da aplicação do questionário) e a Idade, os Dias de Doença, o Não Trabalhar, dias De Cama e o Ir ao Médico. A última desta a assinalar é positiva e é entre a qualidade de vida percebida na última semana e a Escolaridade.

Estes resultados indicam que a qualidade de vida aumenta com a idade, mas paralelamente também houve um aumento dos dias de doença no ano anterior e um maior número de dias sem trabalhar, bem como mais dias de cama e um maior número de idas ao médico no ano de 2000. No entanto, quanto maior a qualidade de vida percebida na semana anterior menor a escolaridade.

No que se refere à variável Sexo recorreu-se ao método estatístico do teste *t*-student, em que se procura avaliar duas situações para uma variável independente (Siegel,1975). Assim, efectuou-se a comparação dos resultados médios do sexo em relação à qualidade de vida percebida na última semana.

Tabela 20 – Valores da estatística *t*-student na comparação dos resultados médios do sexo em relação à qualidade de vida percebida na última semana (N = 640)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Sexo					
Qualidade	Masculino	286	5,31	2,29	0,02
De Vida	Feminino	354	5,07		

De acordo com a leitura da Tabela 20 identifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do Sexo em relação à Qualidade de Vida percebida na última semana.

De maneira a analisar as variáveis sócio-demográficas Situação Profissional e Estado Civil recorreu-se ao método estatístico Anova, o qual permite a análise de variância entre grupos de medições estimando a validade destes (Siegel,1975).

Tabela 21 – Valores da estatística Anova no estudo da diferença entre a situação profissional em relação à qualidade de vida percebida na última semana (N = 640)

Situação profissional		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Qualidade	Empregado	488	5,26	4,97	0,001
De Vida	Desempregado	93	5,19		
	Reformado	44	4,59		
	Trabalha em casa	10	4,40		
	De baixa	5	3,80		

Na leitura da Tabela 21 é possível constatar a existência de uma diferença estatisticamente significativa ao nível da variável Situação Profissional no que se refere à qualidade de vida percebida na última semana (anterior ao preenchimento do questionário).

Tabela 22 – Valores da estatística Anova da diferença entre o estado civil em relação à qualidade de vida percebida na última semana (N = 640)

	Estado Civil	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Qualidade De Vida	Solteiro	293	5,22	4,82	0,000
	Casado	255	5,11		
	Divorciado	38	5,65		
	Separado	9	4,44		
	Viúvo	13	4,15		
	Outros	32	5,43		

De acordo com a leitura da Tabela 22 pode verificar-se que existe uma diferença estatisticamente significativa em relação ao estado civil na forma como foi percebida a qualidade de vida na última semana antes do preenchimento do questionário deste estudo.

Questão 8 – Poderá existir relação entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana?

Para responder a esta questão recorreu-se ao método estatístico das correlações, entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana antes do preenchimento do questionário, tendo em conta o tipo de dados e segundo Green e D'Oliveira (1991) acima mencionados, acendendo-se assim ao tamanho e à significancia da relação entre os resultados dos sujeitos em duas variáveis. Estas duas variáveis foram operacionalizadas com recurso aos dados recolhidos na Entrevista Clínica.

Tabela 23 – Valores das correlações entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana (N = 640)

Qualidade de Vida	
Percebida na última semana	
Saúde	0,65
Percebida na última semana	p=0,0001

A leitura da Tabela 23 permite identificar uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana, anterior ao preenchimento do questionário. Estes resultados indicam que quanto melhor for a saúde percebida melhor será a qualidade de vida.

Questão 9 – Será que existe relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a concepção de saúde?

Para obter uma resposta a esta questão utilizou-se , tal como em questões anteriores, o método estatístico das correlações entre a qualidade de vida percebida na última semana, antes do preenchimento do questionário, e a concepção de saúde operacionalizada pela LHCS, como formato compatível com os dados em questão.

Tabela 24 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a concepção de saúde (N = 640)

Concepção de Saúde					
Qualidade de Vida	Laffrey	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	Total	(Clínico)	(Funcional)	(Adaptativo)	(Realização)
Percebida na	0,11	0,03	0,10	0,13	0,11
Última semana	p=0,004	Ns	p=0,008	p=0,0001	p=0,005

Ns = não significativa

A análise da Tabela 24 possibilita a identificação de quatro associações estatisticamente significativas. Todas elas positivas e de igual poder expressivo, verificam-se entre a qualidade de vida percebida na última semana antes do preenchimento do questionário e o total da escala de Laffrey, o Factor Funcional, o Factor Adaptativo e o Factor de Realização da referida escala. Contudo, verifica-se que não aconteceu o mesmo em relação ao Factor Clínico desta escala.

Com base nestes resultados pode afirmar-se que uma melhor qualidade de vida percebida esteve associada a uma melhor concepção de saúde em geral, ou seja no total da Escala de Concepção de Saúde de Laffrey, e também em particular ao nível de três dos seus factores o funcional, o adaptativo e o de realização.

Questão 10 – Identificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e os estilos de vida?

De forma a responder a esta questão recorreu-se , como em questões anteriores, ao método estatístico das correlações entre a qualidade de vida percebida na última semana, antes do preenchimento do questionário, e os estilos de vida (Parte I da LAQ), como formato compatível com os dados em questão.

Através da leitura da Tabela 25 é possível identificar oito associações estatisticamente significativas. Todas elas são negativas e a menos expressiva verifica-se entre a qualidade de vida percebida na última semana antes do preenchimento do questionário e os níveis de TA mínima, enquanto que ao nível da TA máxima a associação tem mais peso, contudo em ambos os casos se verifica que sempre que aumenta a qualidade de vida os níveis de TA descem, isto é verifica-se uma maior tendência para a normotensão.

Em relação às restantes seis associações constatam-se entre a qualidade de vida percebida e o consumo, o que significa que sempre que se percebeu uma melhor qualidade de vida houve um consumo reduzidos de substância (baixaram os valores da escala). Quanto à associação com o exercício, reenvia para o facto de uma maior quantidade de exercício (baixar a escala) se aproxima de uma melhor qualidade de vida percebida.

No que se refere à associação entre a qualidade de vida percebida e o suporte social, este resultado permite afirmar que a qualidade de vida percebida é tanto melhor quanto mais expressivo for o suporte social (desce a escala). No que diz respeito aos acontecimentos de vida verifica-se que a qualidade de vida percebida melhora quando diminuem os acontecimentos de vida stressantes.

Tabela 25 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e os estilos de vida (N = 640)

Estilos de Vida	Qualidade de Vida Percebida na última semana
Consumo (Questões 7, 8 e 21)	-0,23 p=0,0001
Nutrição (Questões 13 e 14)	-0,07 Ns
Exercício (Questões 10, 11 e 12)	-0,13 p=0,001
Frequência de fumar (Questão 2) *	-0,10 Ns
TA máxima (Questão 4) **	-0,12 p=0,005
TA mínima (Questão 5) ***	-0,10 p=0,01
Índice Massa Corporal (Questão 6)	0,05 Ns
Suporte Social (Questão 15)	-0,14 p=0,0001
Afecto (Questão 16)	-0,07 Ns
Acontecimentos de Vida (Questão 17)	-0,20 p=0,0001
Queixas Físicas (Questão 19)	-0,32 p=0,0001
Sono (Questão 20)	-0,27 p=0,0001

* N = 283; ** N = 555; *** N = 555; Ns = não significativa

No âmbito da associação da qualidade de vida percebida com as queixas físicas é possível verificar-se que a percepção de uma melhor qualidade de vida leva à diminuição das queixas físicas. No que se refere ao sono o resultado encontrado permite afirmar que uma melhor a qualidade de vida percebida induz um sono de melhor qualidade (baixa a escala).

Questão 11 – Será que existe relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e o stress percebido?

Afim de dar resposta a esta questão recorreu-se, da mesma forma como em outras questões, ao método estatístico das correlações entre a qualidade de vida percebida na última semana antes do preenchimento do questionário e o stress percebido (Parte II do LAQ), sendo este o formato compatível com os dados, de acordo com os aspectos acima expostos.

Tabela 26 – Valores de correlação entre a qualidade de vida percebida na última semana e o stress percebido (N = 640)

Stress percebido	Qualidade de Vida
	Percebida na última semana
LAQ Parte II (Total)	-0,33 p=0,0001
Factor 1 (Resposta ao Stress)	-0,30 p=0,0001
Factor 2 (Locus de Control)	-0,30 p=0,0001

A leitura da Tabela 26 permite identificar três associações estatisticamente significativas. Todas elas são negativas e verificam-se entre a qualidade de vida percebida na última semana antes do preenchimento do questionário e o total do LAQ, e os Factores 1 e 2 deste questionário que se relacionada com o stress percebido. Estes resultados mostram que quanto melhor for a qualidade de vida percebida menor é o stress em geral e específico a cada um dos factores deste questionário.

2. Análise Descritiva

Na análise qualitativa procurou abordar-se dados, referentes a questões que se consideraram pertinentes neste estudo e que não foram incluídas na análise quantitativa, pelo menos nesta perspectiva.

No que diz respeito à situação profissional dos participantes foram encontrados os dados do Quadro 13:

Quadro 13 – Distribuição dos participantes quanto à sua Situação Profissional

Situação Profissional	Frequências	Percentagens
Empregados	488	76,3%
Desempregados	93	14,5%
Reformados	44	6,9%
Trabalha em Casa	10	1,6%
De Baixa	5	0,8%
Total	640	100%

De acordo com os dados do Quadro 13, anteriormente apresentado, a maior percentagem de participantes (76,3%) encontrava-se profissionalmente activos.

Quanto ao agregado familiar, foram colocadas duas alternativas de resposta, na primeira encontraram-se os dados do Quadro 14:

Quadro 14 – Distribuição dos participantes quanto ao seu Agregado Familiar (primeira escolha)

Coabita com	Frequência	Percentagem
Marido/Mulher	315	49,2%
Sozinho	73	11,4%
Crianças/Adolescentes	16	2,5%
Filhos Adultos	13	2%
Pais	189	29,5%
Avós	4	0,6%
Irmãos	5	0,8%
Outros Familiares	7	1,1%
Amigos	17	2,7%
Hóspedes	1	0,2%
Total	640	100%

Segundo se observa no Quadro 14, atrás apresentado, a maior percentagem de participantes (49,2%) coabita com um parceiro conjugal.

No que se refere à segunda alternativa de resposta foram identificados os dados do Quadro 15:

Quadro 15 – Distribuição dos participantes no que se refere ao seu Agregado Familiar (segundo escolha)

Coabita com	Frequência	Percentagem
Não responderam	449	70,2%
Marido/Mulher	0	0
Sozinho	0	0
Crianças/Adolescentes	87	13,6
Filhos Adultos	37	5,8
Pais	10	1,6
Avós	5	0,8
Irmãos	43	6,7
Outros Familiares	7	1,1
Amigos	2	0,3
Hóspedes	0	0
Total	640	100%

Ao observar-se o Quadro 15, acima apresentado, constata-se que uma grande percentagem de participantes (70,2%) não recorreu à segunda alternativa de agregado familiar. Dos que responderam as crianças/adolescentes (13,6%) constituíram a maior percentagem.

Quanto ao local de residência, dentro dos concelhos da zona da grande Lisboa, os participantes distribuíram-se de acordo com os dados do Quadro 16:

Quadro 16 – Local (concelho) de residência dos participantes.

Local de Residência	Frequência	Percentagem
Almada	70	10,9%
Alverca	1	0,2%
Amadora	36	5,6%
Cascais	35	5,5%
Loures	17	2,7%
Lisboa	324	50,6%
Odivelas	9	1,4%
Oeiras	38	5,9%
Santarém	4	6%
Sintra	106	16,6%
Total	640	100%

Conforme se pode verificar pelo Quadro 16, atrás apresentado, a maioria dos participantes (50,6%) residia no concelho de Lisboa. Enquanto que os restantes se distribuíram por outros concelhos da zona da grande Lisboa.

Foram colocadas questões aos participantes sobre a sua saúde actual, procurando identificar acontecimentos de vida indutores de stress na área da saúde (e doença), foram encontrados os dados apresentados no Quadro 17 :

Quadro 17 - Sofre de alguma doença actualmente

Tipo de Resposta	Frequência	Percentagem
Não responderam	1	0,2%
Não	522	81,6%
Sim	117	18,3%
Total	640	100%

Segundo os dados apresentados no Quadro 17 pode constatar-se que a maioria dos participantes (n = 522) referiram não sofrer, na altura do preenchimento dos questionários, de nenhuma doença, o que corresponde a 81,6% da amostra.

Quanto à possibilidade de ingestão de medicamentos na actualidade, foram encontrados os dados do Quadro 18 :

Quadro 18 – Actualmente está a tomar medicação

Tipo de Resposta	Frequência	Percentagem
Não responderam	3	0,5%
Não	550	85,9%
Sim	87	13,6%
Total	640	100%

De acordo com os dados encontrados no Quadro 18, dos participantes que afirmaram sofrer, na altura do preenchimento dos questionários, de alguma doença (n = 117) numa percentagem de 18,3% do total de participantes, cerca de 74,4% ingerem medicação nessa altura (n = 87) o que corresponde a 13,6% da amostra.

Procurou-se aceder ao estado de saúde referente ao ano anterior, o que reenvia para acontecimentos de vida relacionados com a saúde (e doença). Constatou-se que o número máximo de dias de doença no ano anterior foi de 365 e o mínimo de nenhum dia, enquanto que em termos médios, para a totalidade dos participantes, houve cerca de 11 (10,8) dias de doença. Neste âmbito foram encontrados os dados descritos no Quadro 19:

Quadro 19 – Dias de doença no ano anterior

Dias de Doença	Frequência	Percentagem
Nenhuns	318	49,7%
De 1 a 3 dias	91	14,2%
De 4 a 7 dias	110	17,2%
De 8 a 15 dias	60	9,4%
De 16 a 30 dias	26	4%
De 31 a 60 dias	17	2,5%
> de 60 dias	18	3%
Total	640	100%

Conforme se pode verificar no Quadro 19, um número significativo de participantes afirmou não ter estado doente no ano anterior (n = 318), o que corresponde a 49,7% do total de participantes. Por outro lado, dos participantes que referiram ter estado doentes no ano anterior (n = 322), sendo 50,3% da amostra, a maior percentagem de dias de doença verificou-se entre os 4 e os 7 dias (n = 110), sendo uma percentagem de 17,2% de todos os sujeitos.

Tentou saber-se se os participantes, por se terem encontrado doentes no ano anterior, ficaram de cama durante algum período de tempo. Desde os participantes que referiram não terem estado de cama, número mínimo, e um máximo de 180 dias, em que a média de dias de cama foi de cerca de 3 (2,8) dias. Obtiveram-se os dados apresentados no Quadro 20 :

Quadro 20 – Dias de cama no ano anterior

Dias de Cama	Frequência	Percentagem
Não estiveram	430	67,2%
De 1 a 3 dias	100	15,6%
De 4 a 7 dias	59	9,2%
De 8 a 15 dias	33	5,1%
De 16 a 30 dias	11	1,7%
> de 30 dias	7	1,2%
Total	640	100%

Segundo os dados encontrados e expressos no Quadro 20, pode constatar-se que dos 322 participantes, numa percentagem de 50,3% da amostra, que afirmaram ter estado doentes no ano anterior nem todos estiveram de cama, o que aconteceu somente com (n = 210) 33% do total dos sujeitos. No entanto, o maior número de referencias recaiu sobre o período de 1 a 3 dias de cama (n = 100), equivalendo a 15,6%.

Quando se procurou apurar se os participantes tinham faltado, ao trabalho ou escola no ano anterior, por motivo de doença. Desde zero faltas a um máximo de 365 dias de ausências ao trabalho, onde a média de falta foi de cerca de 6 (6,4) dias. Encontraram-se os dados referidos no Quadro 21 :

Quadro 21 - Dias de falta por doença

Dias de Falta	Frequência	Percentagem
Não Faltaram	404	63,4%
De 1 a 3 dias	86	13,4%
De 4 a 7 dias	77	12,1%
De 8 a 15 dias	36	5,6%
De 16 a 30 dias	18	2,7%
> de 30 dias	19	3,1%
Total	640	100%

Conforme se pode verificar através do Quadro 21 , a maior percentagem de participantes (63,4%) afirma não ter faltado (n = 404) ao trabalho ou escola por motivo de doença. Assim, do total de participantes que referiam ter estado doentes (n = 322) a maior parte faltou (n = 326), por motivo de doença, ao trabalho ou escola, numa percentagem de 73,3%. De igual modo como aconteceu com os dias de cama por doença, a maior incidência (n = 86) recaiu sobre o período de 1 a 3 dias de faltas, com uma percentagem de 13,4%.

Paralelamente procurou saber-se com que frequência os participantes tinham recorrido a consultas médicas no ano anterior, o que reenvia para o acesso aos cuidados de saúde, públicos ou privados. Desde um máximo de 30 consultas anuais até não ir de todo, os participantes apresentaram uma média de 3 visitas ao médico no ano anterior. Os dados obtidos constam do Quadro 22 :

Quadro 22 – Ir ao médico no ano anterior.

Idas ao Médico	Frequência	Percentagem
Não foram	152	23,8%
De 1 a 3 vezes	311	48,5%
De 4 a 12 vezes	156	24,3%
Mais de 12 vezes	21	3,4%
Total	640	100%

De acordo com os dados encontrados e expressos no Quadro 22 , pode observar-se que apesar de parecer haver uma razoável acessibilidade aos cuidados de saúde, no entanto um número bastante significativo (n = 152) de participantes não foram nenhuma vez ao médico durante o ano anterior, correspondendo a 23,8% da amostra. Numa leitura mais atenta pode constatar-se que dos participantes que referiram ter estado doentes (n = 322) no ano anterior nem todos foram observados medicamente (n = 11) ou seja 3,4%, no entanto a maioria (96,6%) recorreu aos cuidados médicos.

Na Parte I do Questionário de Avaliação de Estilos de Vida (*Lifestyle Appraisal Questionnaire*) surgem duas questões (Nº 18 e 19) que permitem respostas abertas, bem como três questões de tipo de resposta dicotómica (Nº 1 a e b, Nº 9 a, b e c, Nº 18), e a questão relacionada com o IMC que pareceu pertinente analisar. Desta forma, uma das questões abertas a Nº 18, em que é pedido ao participante que liste as doenças crónicas de que sofre. Desta forma, foram encontradas as descrições que constam do Quadro 23 :

Quadro 23 - Doenças crónicas

Tipo de Doença Crónica	Referências	Percentagem
Asma	27	23,3%
Doença do Coração (Ex.: Aperto mitral, Angina)	12	10,4%
Artrite	10	8,6%
Rinite Alérgica	9	7,8%
Hipertensão Arterial	8	6,9%
Cancro	5	4,3%
Doenças da Circulação (Ex.: Varizes)	5	4,3%
Diabetes	4	3,4%
Doenças da Coluna (Ex.: Hérnia Discal)	4	3,4%
Bronquite	3	2,6%
Gastrite	3	2,6%
Doença da Tiróide	3	2,6%
Colesterol Elevado	2	1,7%
Artrozes	2	1,7%
Epilepsia	2	1,7%
Sinusite	2	1,7%
Doença de Nervos (Ex.: Distímia)	2	1,7%
Doença da Próstata	1	0,8%
HIV	1	0,8%
Impotência Sexual	1	0,8%
Pancreatite	1	0,8%
Anemia	1	0,8%
Psoríase	1	0,8%
Enxaquecas	1	0,8%
Micose dos Pés	1	0,8%
Mieloma Múltiplo	1	0,8%
Espondilose	1	0,8%
Insuficiência Renal	1	0,8%
Febre Reumática	1	0,8%
Faringite	1	0,8%
Total de referências de doenças crónicas	116	100%

Nota: Doenças Crónicas referidas por alguns dos sujeitos da amostra, sendo que alguns referiram mais do que uma doença.

Conforme se pode verificar pelos dados do Quadro 23 , registaram-se 116 referências de doenças crônicas, em que o número mais expressivo recaiu na Asma (n = 27) correspondendo 23,3% do total de referências. No entanto, nem todas as situações referidas são consideradas medicamente como doenças crônicas, como é o exemplo da faringite e da pancreatite que são processos infecciosos, como o nome indica.

Na segunda questão aberta (Nº 19) do citado questionário, foi pedido aos participantes que listassem, caso tivessem, queixas físicas. Foram identificadas as que se encontram no Quadro 24 :

Quadro 24 – Listagem das Queixas Físicas apresentadas

Tipo de Queixa Física	Referências	Porcentagem
Dores de Cabeça (Cefaleias, Enxaquecas)	221	34,5%
Dores de Costas	192	30%
Fadiga	129	20%
Não Mencionou (apesar de responder afirmativamente)	83	13%
Insónia	66	10,3%
Falta de Appetite (Anorexia)	30	4,7%
Vertigens	19	3%
Náuseas	15	2,3%
Perda de Interesse Sexual	11	1,7%
Dores Articulares	11	1,7%
Dores Musculares	8	1,3%
Dores nos Membros	7	1,1%
Alterações do Humor (Ansiedade, Depressão)	6	0,9%
Dores de Estômago	5	0,8%
Dores de Barriga	5	0,8%
Sinusite	2	0,3%
Taquicardia	1	0,1%
Varizes	1	0,1%
Rinite Alérgica	1	0,1%
Afrontamentos	1	0,1%
Astenia	1	0,1%
Dores no Peito	1	0,1%
Obstrução Nasal	1	0,1%
Dores de Dentes	1	0,1%
Problemas Intestinais	1	0,1%
Dificuldade em Andar	1	0,1%
Dores de Ouvidos	1	0,1%
Dores de Rins	1	0,1%
Azia	1	0,1%

Nota: Tipo de queixas físicas referenciadas pelos sujeitos da amostra, sendo que alguns mencionaram mais do que uma queixa.

De acordo com os dados encontrados e apresentados no Quadro 24, do total de participantes que responderam ter queixas físicas houve 83 que não mencionaram quais as queixas. Em relação aos participantes que referiram algum tipo de queixas físicas, alguns deles mencionaram mais do que uma, o que não permitiu fazer uma proporção exacta. Assim, as percentagens determinadas para cada um dos tipos de queixas são referentes ao total de participantes.

Conforme se pode verificar pelos dados o maior número de referências foi o de dor de cabeça ($n = 221$), o que corresponde a 34,5% do total dos participantes. Seguiu-se a dor de costas ($n = 192$), que equivale a 30% do total da amostra. No entanto, alguns dos aspectos mencionados enquanto queixas físicas estão medicamente identificados como diagnósticos de doenças e não como queixas físicas, como é o exemplo da rinite alérgica e da sinusite.

No que se refere à questões de resposta tipo dicotómica, será analisada primeiramente a questão Nº 1 alínea a (Já alguma vez fumou de forma regular?), de acordo com os dados do Quadro 25:

Quadro 25 – Frequência dos sujeitos que fumaram de forma regular

Fumou de forma regular	Frequência	Percentagem
Não	271	42,3%
Sim	369	57,7%
Total	640	100%

Segundo os dados apresentados no Quadro 25, constata-se que uma maioria dos inquiridos (57,7%) já tinham fumado de forma regular.

Quando questionados sobre a actualidade, questão Nº 1 alínea b (Actualmente fuma?), obtiveram-se as respostas apresentadas no Quadro 26:

Quadro 26 – Frequência dos sujeitos que fumam actualmente

Fumam actualmente	Frequência	Percentagem
Não	357	55,8%
Sim	283	44,2%
Total	640	100%

Conforme se pode constatar através dos dados apresentados no Quadro 26, presentemente a maioria dos inquiridos (55,8%) afirmou não fumar, o que representa uma alteração face aos valores apresentados no Quadro 27, uma vez que 13,5% dos inquiridos terá suspenso o comportamento de fumar.

Em relação à questão Nº 9 em que se procurou aceder aos antecedentes familiares dos inquiridos (Alguém da sua família próxima tem história de: *a*) Doença do coração; *b*) Cancro; *c*) Hipertensão arterial) foram encontrados os dados apresentados nos Quadro 27:

Quadro 27 – Frequência dos antecedentes familiares

Antecedentes Familiares		Frequência	Percentagem
(a) Doença do Coração	Não	435	68%
	Sim	205	32%
	Total	640	100%
(b) Cancro	Não	462	72,2%
	Sim	178	27,8%
	Total	640	100%
(c) Hipertensão Arterial	Não	384	60%
	Sim	256	40%
	Total	640	100%

De acordo com os dados do Quadro 27 pode constatar-se que os antecedentes familiares mais frequentes são a hipertensão arterial (40%), seguido das doenças do coração (32%) e ambos incluídos no grupo das doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte ao nível da saúde. Em terceiro lugar surge o cancro (27,8%) sendo a segunda causa de morte a nível da saúde.

Quanto à Questão Nº 18 onde se procurava saber se os participantes sofriam de alguma doença crónica, encontraram-se os dados apresentados no Quadro 28:

Quadro 28 – Frequência de sujeitos com doença crónica

Doença crónica	Frequência	Percentagem
Não	528	82,5%
Sim	112	17,5%
Total	640	100%

De acordo com os dados apresentados no Quadro 28 foram identificados 112 inquiridos que referiram sofrer de alguma doença crónica, o que permite complementar a informação expressa no Quadro 23, onde são listadas as doenças crónicas assinaladas pelos participantes.

No que se refere à Questão Nº 6 do Questionário de Avaliação de Estilos de Vida, onde se acedeu ao IMC dos participantes, atendendo à classificação de Garrow, foram encontrados os dados apresentados no Quadro 29:

Quadro 29 – Distribuição dos sujeitos segundo o IMC

IMC	Frequência	Percentagem
Magro: abaixo de 20	98	15,3%
Peso Normal: 20,0 - 24,9	320	50%
Excesso de Peso: 25,0 - 29,9	178	27,8%
Obeso: 30,0 - 39,9	40	6,3%
Obesidade Mórbida: > 40	4	0,6%
Total	640	100%

Conforme se constata através dos dados do Quadro 29 verificou-se que 15,3% dos participantes apresentavam um peso baixo, enquanto a maioria (50%) evidencia um IMC que traduz um peso normal. No entanto, foi possível constatar que 34,7% (N = 222) dos participantes apresentavam peso excessivo. Procedeu-se a uma análise mais detalhada, em função do sexo e da idade, dos participantes com IMC acima do desejável em termos de saúde.

O Quadro 30 pretende analisar a distribuição dos participantes, segundo o nível etário e o sexo, com um Índice de Massa Corporal equivalente a excesso de peso (IMC – entre 25,0 e 29,9), e que correspondem a um número relevante (80,2%) do total dos participantes com peso excessivo (N = 222):

Quadro 30 – Distribuição dos sujeitos com Excesso de Peso

Sexo	Idade	Frequência	Porcentagem
Masculino	15-24	15	8,4%
	25-44	57	32%
	45-64	21	11,8%
	65-74	7	3,9%
	> 74	2	1,2%
	Total	102	57,3%
Feminino	15-24	10	5,6%
	25-44	35	19,7%
	45-64	25	14%
	65-74	4	2,2%
	> 74	2	1,2%
	Total	76	42,7%
Total Geral		178	100%

Segundo os achados expostos no Quadro 30 os sujeitos do sexo masculino apresentaram maior porcentagem de excesso de peso (57,3%), o que é mais evidente na faixa etária dos 25 aos 44 anos (32%), o mesmo acontecendo com o sexo feminino (19,7%), embora não de forma tão expressiva.

Quando se procurou abordar as situações em que se identificou obesidade atendendo, de igual forma, ao sexo e nível etário, foram encontrados os dados do Quadro 31:

Quadro 31 – Distribuição dos sujeitos com obesidade

Sexo	Idade	Frequência	Porcentagem
Masculino	15-24	2	5%
	25-44	14	35%
	45-64	4	10%
	65-74	3	7,5%
	> 74	-	-
	Total	23	57,5%
Feminino	15-24	1	2,5%
	25-44	8	20%
	45-64	7	17,5%
	65-74	-	-
	> 74	1	2,5%
	Total	17	42,5%
Total Geral		178	100%

Conforme se pode verificar através do Quadro 31 os sujeitos do sexo masculino mantiveram a maior incidência com 57,5% de obesos, recaindo a maior fatia na faixa etária dos 25 aos 44 anos (35%), bem como no sexo feminino (20%). Este grupo representa 18% dos total da amostra de participantes com peso em excesso (N = 222).

Por fim, analisou-se o número de situações em que se identificou obesidade mórbida, constatou-se que dos participantes (N = 4) com IMC superior a 40, três eram dos sexo masculino (75%) com idades entre os 25 e os 44 anos, e o quarto (25%) era dos sexo feminino com idade entre os 45 e os 64 anos, o que representa um total de 1,8% dos participantes com peso excessivo (N = 222).

IV - DISCUSSÃO

O estudo realizado permitiu, em primeiro lugar, concluir que a Escala de Concepção de Saúde de Laffrey (LHCS) e a Parte II do Questionário de Avaliação dos Estilos de Vida (LAQ) apresentaram uma boa capacidade de discriminar os sujeitos segundo os critérios que estão na base da sua avaliação, constatando-se que a amostra em estudo teve uma distribuição normal.

Quando se abordam temas como a concepção de saúde, os estilos de vida e a percepção do stress, inúmeras questões podem ser formuladas como forma de aceder à informação que está por detrás de cada um desses conceitos teóricos, e que diz respeito a todas as pessoas mas que se dissipa no dia-a-dia apressado de todos nós.

A natureza complexa e multifactorial da saúde tem vindo a sublinhar a relevância dos aspectos psicológicos (Godoy,1999), sendo vista como um conceito dinâmico que carece de adaptação perante os diferentes momentos socioculturais.

De acordo com a actual filosofia da promoção de saúde o sujeito está cada vez mais directamente envolvido nas decisões sobre a sua própria saúde, verificando-se neste âmbito, o acentuar das responsabilidades individuais (Ribeiro,1998). Contudo, a perspectiva leiga da concepção de saúde é, muitas vezes negligenciada, uma vez que difere significativamente da que se constata ao nível dos profissionais de saúde, podendo ser percepcionada de forma inadequada e carecendo de uma intervenção técnica educacional apropriada (Pill,1992).

Para dar forma a este estudo foram levantadas onze Questões que pretenderam aceder a alguns dos múltiplos aspectos relevantes nesta área, em relação à população portuguesa, em particular à da zona da grande Lisboa, sobre a qual ainda pouco ou nada foi dito no que se refere a este domínio.

A **primeira Questão**: Será que existe relação entre a concepção de saúde e os estilos de vida?

Uma concepção de saúde mais precária, quer a nível geral quer em cada um dos factores específicos da LHCS, está relacionada com estilos de vida que incluem uma nutrição/diatética de pior qualidade. Os macronutrientes são a principal fonte de energia necessária ao organismo, um excesso de ingestão e/ou um baixo consumo energético, que se relaciona com a actividade física, podem levar ao excesso de peso que representa um risco para a saúde.

No entanto, neste caso, não se verificaram associações significativas quer com o índice de massa corporal (IMC) que espelha essa má qualidade nutricional, em excesso em 34,7% dos casos (Quadro 29), quer com a actividade física ou exercício.

O IMC é tido como um bom indicador do risco de doença, mais do que o peso *per si* (Fatimah, *et al.*, 1995), envolvendo múltiplos aspectos onde se incluem os factores psicológicos, ambientais e culturais (Thomas, 1995), o que não pareceu ser muito evidentes para os inquiridos, sublinhando-se a necessidade dos programas de intervenção na área da prevenção da obesidade, nomeadamente na linha da qualidade alimentar.

A OMS no seu relatório de 1993 já tinha alertado para o grave problema que o excesso de peso representa para os países europeus, onde Portugal estava incluído no grupo de oito países com níveis mais elevados de obesidade (IMC > 30), e que no caso em estudo representaram 19,8% dos sujeitos com peso excessivo (N = 222) e 6,9% do total da amostra (N = 640).

Em relação à actividade física, constata-se o facto de não se terem encontrado associações significativas com a concepção de saúde (Tabela 4), apesar de o exercício ser uma das formas saudáveis e complementares de combate aos excessos ponderais, uma vez que dele resulta um dispêndio de energia que permite a manutenção da capacidade física contribuindo para a prevenção de diversas doenças (Young, 1998). A longevidade e a qualidade de vida são proporcionais ao nível de actividade física (Manning *et al.*, 1991).

Quando os acontecimentos de vida aumentam verificou-se uma quebra na concepção de saúde funcional e adaptativa (Tabela 4). Estes dados permitem inferir, por um lado, que um número elevado de acontecimentos de vida vai fazer com que o sujeito perca capacidades ao desenvolver os papéis habituais de forma satisfatória, deixando de funcionar como é esperado pelos outros e de acordo com as suas próprias regras. Por outro lado, o acréscimo de acontecimentos de vida reduz a flexibilidade do ajustamento às alterações circunstanciais, logo diminui a capacidade de adaptação ao stress ambiental.

A teoria dos acontecimentos de vida procurou enfatizar os aspectos mais psicológicos relacionados com o stress e dependentes da susceptibilidade individual, os acontecimentos de vida passam a ser tidos como situações potencialmente stressantes (Sarafino, 1990). Estas situações susceptibilizam o indivíduo para reacções físicas ou psicossociais que podem induzir alterações ao nível da saúde, por serem bastante intensas ou numerosas (Williams & House, 1992).

Diversas pesquisas realizadas sobre os acontecimentos de vida parecem demonstrar a responsabilidade do stress no desenvolvimento de todas as doenças, embora nalguns casos com consequências bastante inespecíficas (Lyon, 2000; Williams & House, 1992).

Uma qualidade mais precária do sono estava associada com uma baixa concepção da saúde em geral e ao nível dos aspectos funcional, adaptativo e de realização do conceito de saúde (Tabela 4). Isto significa dizer que o sujeito tem menos capacidade de funcionar como é esperado pelos outros e segundo as suas próprias regras, ficando inflexíveis e incapazes de manterem a estabilidade na vida e sem conseguirem atingir a sua auto-realização. No entanto, não sofrem alterações ao nível se sinais ou sintomas de doença.

Algumas pessoas dormem normalmente pouco, precisando de menos de seis horas de sono por noite, e funcionam adequadamente. Outros necessitam de dormir mais de oito horas para poderem funcionar de forma adequada. As variações na necessidade do sono dependem de aspectos como o trabalho físico, o exercício, doença, gravidez, situações de stress generalizadas ou aumento da actividade mental. Períodos

prolongados de privação do sono podem induzir desorganização psíquica (Kaplan, Sadok & Grebb, 1997).

Na análise de proporcionalidade entre os índices de mortalidade e os comportamentos efectuada por Belloc e Breslow em 1972 (citados por Banyard *et al.*,2001) encontraram sete comportamentos correlacionados com o status de saúde, entre os quais se incluíam sete a oito horas de sono diárias.

A motivação para o comportamento, a concepção de saúde e de estilos de vida têm um papel expressivo na determinação da saúde individual. Assim, a concepção que o indivíduo tem sobre a saúde e os estilos de vida interfere com a forma como vai seleccionar e realizar os comportamentos (Lusk, Kerr & Baer,1995). Os comportamentos relacionados com a saúde podem ser vistos como o reflexo de determinadas condições de vida e a tentativa de lidar com elas e / ou modificá-las (Erben, Franzkowiak & Wenzel,1992).

A segunda Questão: Existirá relação entre a concepção de saúde e a forma como o stress é percebido?

A percepção pessoal de control parece, segundo Williams e House (1992) compensar ou mediar o impacto do stress na saúde. O control pode ser definido como uma sensação de influência razoavelmente bem sucedida sobre o meio ambiente, se os indivíduos sentirem, de alguma maneira, capacidade de controlar as situações stressantes tenderam a melhorar a forma como as enfrentam (Ribeiro, 1998). Por outro lado, as pessoas com maior capacidade de control tendem a deprimir menos e conseguem mais facilmente manter emoções positivas (Hobfoll, Banerjee & Britton,1994).

O locus de control relaciona-se quer com as alterações individuais do comportamento quer com o estilo de comunicação que as pessoas estabelecem com os profissionais de saúde (Banyard *et al.*,2001).

Todos os factores envolvidos nas situações stressantes vão modificar o impacto do stress no sujeito, nomeadamente no sentido de control (Sarafino,1990). Parece que o facto do sujeito encarar as exigências e os acontecimentos diários com uma sensação de

perda do control, enquanto um recurso pessoal perante as situações de stress, leva a uma quebra na concepção de saúde, por um lado, no que se refere à flexibilidade perante as alterações circunstanciais, acabando por induzir uma perda da adaptabilidade ao stress ambiental.

Por outro lado, as dificuldades na gestão dos recursos pessoais face às situações de stress vão levar as pessoas a sentir-se menos capazes para atingir a sua auto-realização, sentindo limitada a sua capacidade de transcender o habitual nas situações comuns da vida, inibindo a sensação de bem-estar.

Contudo, nem todos os acontecimentos de vida são experienciados de forma igualmente stressante, depende da susceptibilidade individual (Sarafino,1990; Silva, 2000), as diferenças individuais podem ser atribuídas, em parte, a diferentes níveis de factores de risco psicológico e à variação dos níveis de recursos psicossociais (Hobfoll, Banerjee & Britton,1994).

A terceira Questão: Encontrar-se-á relação entre a concepção de saúde e os aspectos sócio-demográficos?

As condições sociais e económicas são determinantes de reconhecida relevância no âmbito da saúde (Ziglio, Levin & Bertinato,1998), sendo o nível de escolaridade e a profissão aspectos que permitem aceder às diferenças sócio-económicas e que, de alguma forma, determinam as condições de habitação, o nível de rendimento e a classe social (Calman,1998).

No caso em estudo constatou-se que as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos privilegiaram o conceito de saúde de forma clínica e funcional (Tabela 6), ou seja, segundo uma concepção medicamente definida e focalizada na doença e nos sintomas, considerando a saúde como uma capacidade para funcionar da forma como é esperada pelos outros e de acordo com as regras que regem o próprio sujeito. O que reenvia para uma forma mais instrumental de conceber a saúde, com uma vertente de menor intelectualidade e de reduzido conhecimento, semelhante ao que foi identificado por Evagelia *et al.* (2001).

Uma baixa formação educacional tende a aumentar de forma significativa os níveis de mortalidade, uma vez que os rendimentos variam substancialmente em relação ao nível de escolaridade (Bobak,1998). As diferenças sociais em relação à saúde persistem ao longo do tempo, afirma Bobak, e não têm apresentado tendência a desaparecer com o acréscimo da prosperidade dos países industrializados. Este autor considera que o pré-requisito para melhorar a saúde das pessoas é melhorar os seus níveis de escolaridade.

Uma saúde física e mental mais precária leva a maiores desvantagens sociais através do desemprego e da pobreza, e por sua vez, a uma marcada morbidade (Pitts & Phillips,1998). Sublinhando-se, neste caso, o facto de existirem diferenças significativas, em relação às diferentes situações profissionais nas quais se incluem os participantes (Tabela 8), especificamente na definição da concepção de saúde definida em termos médicos e focalizada no doença e nos sintomas.

No estudo realizado por Chamberlain e O'Neill (1998) verificaram que as pessoas das classes sociais mais baixas tinham diferentes concepções de saúde, no que se refere ao seu significado e ao seu control pessoal sobre a saúde, sentindo-se mais vulneráveis à doença em geral. Dados estes que parecem ser sobreponíveis com os resultados encontrados neste estudo.

A idade segue um movimento curvilíneo em relação a muitos comportamentos de saúde (Norman,1996). No presente estudo, no que se refere à idade, os sujeitos mais velhos concebem a saúde segundo os aspectos clínico, mais colado à ausência do estar ou sentir-se doente ou com sintomas de doença, funcional, segundo o qual a saúde reenvia para uma capacidade de desempenhar os papeis usuais de forma satisfatória, e adaptativo, que implica um ajustamento flexível às alterações circunstanciais com capacidade de adaptação ao stress (Tabela 11).

Estes dados permitem inferir, tal como no estudo de Evagelia *et al.* (2001), sobre os diferentes pontos de vista e atitudes sobre a saúde e a vida em geral no que diz respeito aos níveis etários. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo no que se refere à concepção de saúde (Tabela 7), da mesma forma como aconteceu na investigação de Evagelia *et al.*(2001).

Os factores psicossociais parecem ter uma forma subtil de influir nas hierarquias sociais, nesta áreas estão integrados aspectos relacionados com o suporte social, nomeadamente o estado civil, já que o casamento parece permitir algum desse suporte e patentear um maior leque de relações sociais, o que tem sido referenciado como importante na redução dos níveis de mortalidade em ambos os sexos (Bobak,1998).

Neste estudo foi possível aceder a dados sobre a composição do agregado familiar dos inquiridos, o que reenvia para o suporte social, constatando-se que 49,2% dos inquiridos coabitam com um conjugue, enquanto 29,5% reside com os pais (Quadro 14). No entanto, verificou-se que 11,4% dos participantes residem sozinhos.

No que se refere ao estado civil foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à concepção de saúde em geral e ao nível clínico e funcional (Tabela 9). Esta constatação reenvia, por um lado, para uma concepção de saúde medicamente definida e focalizada na doença ou nos sintomas, por outro, para uma concepção de saúde enquanto capacidade de funcionar de acordo com o esperado e segundo as regras. Permitindo identificar variações nos vários estados civis, tal como ocorreu com Evagelia *et al.*(2001).

Convém salientar que se apurou que 18,3% dos inquiridos sofria de uma doença (Quadro 17), que consideraram como crónica, na altura do preenchimento do questionário e 13,6% dos participantes seguiam uma prescrição medicamentosa (Quadro 18). Tendo-se constatado a referência a 116 doenças crónicas, em que o número mais expressivo recaiu sobre a Asma (Quadro 23).

Quanto ao número de idas ao médico no ano anterior ao preenchimento deste questionário, verificou-se que uma menor frequência de acesso às consultas médicas estava relacionada significativamente com o investimento na dimensão adaptativa da concepção de saúde (Tabela 6), segundo a qual as pessoas se consideram saudáveis ao sentirem-se flexíveis e capazes de manterem a estabilidade na vida. O ajustamento flexível às alterações circunstanciais preconizado por este factor inclui a capacidade de a pessoa se adaptar às situações de stress ambiental que, de alguma forma, podem decorrer do facto de adoecer e necessitar dos cuidados médicos.

A quarta Questão : Será que existe relação entre os estilos de vida e o stress percebido?

A vida urbana, na qual se insere este estudo, decorre num meio ambiente físico e social assaz exigente e agressivo em potência, onde o stress é tido como o principal efeito negativo e que se traduz por um desconforto existencial sentido pelas pessoas no seu quotidiano, onde os ritmos de vida são incompatíveis com a regulação circadiana do organismo (Paúl & Fonseca,2001).

Os estilos de vida são um conjunto de acções que se submetem a um complexo condicionamento cultural, social, económico e ambiental, cuja matriz de comportamentos tem uma estabilidade temporal e directa ou indirectamente relacionado com a saúde (Young,1998).

Perante situações de stress as pessoas recorrem a dois tipos de recursos: os pessoais e os sociais, os quais parecem compensar ou mediar o impacto do stress na saúde. No que se refere aos recursos pessoais sublinha-se o control e o julgamento que o indivíduo faz do seu meio ambiente. Quanto aos recursos sociais salientam-se aspectos relacionados com o suporte social, as condições sociais e as interacções de suporte social e a sua percepção (Hobfoll, Banerjee & Britton,1994; Williams & House,1992).

Em relação ao consumo, onde se incluiu o recurso a substâncias como o álcool (café ou chá e outras drogas), que em alguns casos podem sugerir padrões mal adaptativos de consumo (ICD-10) e que levam a alterações emocionais graves, verificou-se neste estudo que um consumo elevado se associa com um acréscimo dos níveis de stress (Tabela 10).

O comportamento humano sofre uma marcada influencia dos factores culturais socialmente dominantes (Berry,1997), ao que não se podem excluir os comportamentos relacionados com a saúde, que sofrem igualmente influencias do estatuto sócio-económico e étnico (Conner & Norman,1996), que incluem uma variedade de comportamentos, nomeadamente os que são dependentes do próprio sujeito (e.g.: dietas, exercício, fumar, consumo de álcool ou outras substâncias).

A importância da nutrição e dietética enquanto determinante do status de saúde constitui um aspecto bem estabelecido (Young,1998). Neste estudo constatou-se que os índices de má nutrição/dietética estavam relacionados com um aumento dos níveis de stress, apesar de não se identificar nenhuma associação relevante com o IMC (Tabela 10), o qual funciona como base para determinar se uma pessoa se encontra em risco de saúde devido a um excesso de peso (Nunes,2001).

Parece que um nível de stress acrescido induz comportamentos de consumo imprudentes para a saúde, quer no que se refere aos alimentos ou a outras substâncias. No entanto, o impacto negativo do stress na saúde torna-se mais evidente em situações de stress severo ou crónico (Goldberger & Bernitz, citados por Hobfoll, Banerjee & Britton,1994).

O exercício significa a participação em algum tipo de actividade física, quer ao nível do trabalho quer nos tempos livres, e que assume um papel relevante na prevenção de problemas de saúde (Young,1998). Na amostra em estudo verificou-se que um menor investimento na actividade física se relaciona com níveis mais elevados de stress (Tabela 10).

Fazer exercício é um comportamento que reenvia para um estilo de vida relacionado com a saúde, e que está sob o control voluntário do sujeito, podendo variar de acordo com as circunstancias, as estratégias do indivíduo e o seu repertório comportamental (Ajzen & Fishbein, 1980). Por outro lado, o control comportamental tem afinidades com a teoria que apoia o conceito da autoeficácia, no estudo realizado por Bozionelos e Bennett (1999) verificaram que entre a intenção de fazer exercício e as atitudes, as normas sociais e o control comportamental percebido existiam associações relevantes.

Parece importante ter em consideração o facto de, por um lado, uma grande parte dos estudos ter identificado diversas associações entre as normas subjectivas e a intenção de fazer exercício, e por outro, o facto de as barreiras percebidas em relação a este comportamento apresentarem uma correlação significativa com a intenção (Bozionelos & Bennett, 1999). Estas constatações poderão, de alguma forma, facilitar a compreensão da reduzida incidência deste comportamento, apesar de se poder

considerar como um comportamento que contribui para a redução do stress devido à descarga de energia que permite.

Os níveis de hipertensão arterial, máxima e mínima, estiveram neste estudo relacionados com maiores níveis de stress, no que se refere ao total do LAQ, e em particular, ao factor relativo ao locus de control (Tabela 10). Neste caso, estamos perante uma fraca sensação de control pessoal que é propensa a prejudicar a saúde (Sarafino, 1990), já que quanto maior for a capacidade de control mais positivo é o resultado para a saúde (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994).

As pessoas com uma grande capacidade de control tendem a experienciar menos queixas depressivas, zanga crónica e ansiedade, mantendo mais facilmente um nível de emoções positivas (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994), o que induz uma menor tensão emocional e permite maior estabilidade ao nível da tensão arterial.

Os factores emocionais ocupam um papel relevante, ainda que menos na génese do processo, no agravamento e manutenção da hipertensão arterial. O indivíduo com tensão arterial elevada pode ser considerado basicamente como inseguro, mantendo uma permanente sensação de ameaça o que induz uma condição de expectativa crónica (Silva, 2000).

As redes sociais e o suporte social funcionam como preditores de consequências de doença independentemente de outros problemas como a hipertensão arterial e estilos de vida como o fumar (Young, 1998). O suporte social está relacionado com uma melhor saúde independentemente da qualidade do stress que o indivíduo tenha que confrontar, pode afectar a saúde de forma directa ao facilitar oportunidades de interacção social que levam à adopção de regras de comportamento adequadas (Hobfoll, Banerjee & Britton, 1994).

No presente estudo constata-se que a precariedade do suporte social está associada a níveis de stress mais elevados (Tabela 10), o que é consonante com que anteriormente foi mencionado. No entanto, é importante aceder a alguns aspectos da personalidade das pessoas, nomeadamente, atendendo aos dados encontrados por Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) que sugerem que os sujeitos pessimistas tendem a ter mais dificuldade em mobilizar o suporte social.

Não é de estranhar que, paralelamente, no que se refere ao afecto, o presente estudo identifica-se uma pior qualidade de resposta afectiva associada a níveis de stress mais elevados (Tabela 10), uma vez que é na relação que se trocam os afectos e o suporte pode subdividir-se em três tipos: emocional, instrumental e informacional (Sarafino,1990).

A susceptibilidade individual vai determinar a forma como são experienciados os acontecimentos de vida, os quais podem assumir uma forma objectivamente stressante (Sarafino,1990). Neste estudo verificou-se que um maior número de acontecimentos de vida vivenciados se relacionava com níveis de stress mais marcados (Tabela 10), o que não poderá ser dissociado de todas as outras variáveis envolvidas, e muitas delas aqui não referenciadas, como é o caso dos factores de risco psicológico e as diferenças dos níveis de recursos psicossociais (Hobfoll, Banerjee & Britton,1994).

Níveis elevados de stress acabam, quase que inevitavelmente, por induzir perturbações do sono, que são geralmente secundárias a alterações físicas ou psico-emocionais (Kaplan, Sadok & Grebb,1997). Constatou-se neste estudo que uma pior qualidade do sono estava associada a níveis mais marcados de stress (Tabela 15).

De igual forma, verificou-se a existência de uma maior frequência de queixas físicas associadas a níveis mais elevados de stress (Tabela 10), sendo as dores de cabeça a queixa mais frequente, seguida da dor de costas em, respectivamente, 34,5% e 30% do total dos participantes (Quadro 24). Este tipo de queixas físicas associa-se, de alguma forma, com o grande parte dos dados mencionados anteriormente e que reenviam para níveis marcados de stress e instabilidade psico-emocional.

De uma maneira geral, o facto da ligação entre o stress e a doença ser mais evidente para uma pessoas do que para outras, reenvia para as diferenças individuais ou nos grupos que podem ser parcialmente atribuídas a variações nos índices de factores de risco psicológico e nos recursos psicossociais (Hobfoll, Banerjee & Britton,1994).

A **quinta Questão**: Poderá verificar-se a existência de relação entre o stress percebido e as variáveis sócio-demográficas?

Quando se está perante sujeitos com reduzida formação escolar verifica-se uma tendência para coexistirem níveis de mortalidade mais elevados, atendendo à correlação positiva que existe entre o rendimento e a escolaridade (Bobak,1998). No presente estudo verificou-se que os sujeitos com níveis mais baixos de escolaridade apresentavam índices de stress mais elevados (Tabela 11), e por outro lado, existem variações significativas no que diz respeito às diferentes situações sócio-profissionais (Tabela 13).

A escolaridade e a profissão são aspectos que uma diferenciação sócio-económica e determinam as condições de habitação, o rendimento e a classe social de pertença (Calman, 1998), este conjunto de variáveis são determinantes no âmbito da saúde (Ziglio, Levin & Bertinato,1998). Podendo considerar-se que os acontecimentos stressantes apresentam efeitos negativos mais expressivos nas pessoas de estatuto sócio-económico mais precário (Williams & House, 1992).

O stress está francamente relacionado com a idade e os sexo, sendo que a idade parece determinar o nível e o tipo de stress experienciado pelas pessoas (Williams & House, 1992). No estudo em análise constatou-se que à medida que a idade aumenta os níveis de stress tenderam a diminuir, havendo uma melhor performance perante as situações stressantes, em particular, no que se refere ao locus de control (Tabela 11). Paralelamente verificou-se que existiam diferenças significativas em relação ao sexo (Tabela 12).

O estágio da vida em que o sujeito se encontra é importante aquando da ocorrência de situações de vida stressantes, sendo que esse facto determina o verdadeiro impacto no indivíduo. O stress parece ter efeitos mais adversos ao nível da saúde mental das mulheres, sendo que elas referem, mais do que os homens, que o desemprego e o stress crónico se relaciona com o casamento, estando o casamento e o divórcio inversamente associados com a idade (Williams & House,1992). No estudo em questão não se identificaram diferenças em relação ao estado civil no que diz respeito à percepção do stress (Tabela 14).

Quando foram analisados alguns dados relacionados com a saúde e a doença referentes ao ano anterior, nomeadamente no que se refere ao número de dias de doença, ao número de dias sem trabalhar, podendo até ter estado de cama e o recurso aos cuidados médicos (Tabela 11), verificou-se que os níveis de stress cresceram com o acréscimo de dias de doença, dos dias sem trabalhar e com o estar de cama. Paralelamente, o facto de se recorrer mais vezes ao médico também funcionou como factor indutor de mais stress.

Verificou-se que 50,3% dos participantes deste estudo afirmaram ter estado doentes no ano anterior e 32,8% estiveram de cama pelo menos alguns dias (Quadro 20). O número de dias de doença mencionado recaiu num leque muito alargado, sendo que a maior incidência se deu entre os 1 a 3 dias (14,2%) e 4 a 7 dias (17,2%) (Quadro 19). Desta forma, 36,6% dos sujeitos deste estudo faltaram às suas actividades sociais por motivo de doença (Quadro 21) e 76,2% recorreram aos cuidados médicos (Quadro 22).

Estes dados sugerem que uma maior vulnerabilidade percebida ao nível da saúde leva a níveis mais marcantes de stress, por um lado, devido à eventual redução do control de sujeito e um acréscimo da dependência, quer em relação aos cuidados de saúde quer em relação a terceiros no âmbito familiar. Por outro lado, esta situação de doença, mais ou menos prolongada, acaba por mexer com os aspecto sócio-económicos e sócio-profissionais. No entanto, convém salientar que poucos estudos se debruçaram sobre a distribuição das variáveis sócio-económicas e sócio-culturais em relação ao stress (Williams & House, 1992).

A sexta Questão : Existirá relação entre os estilos de vida e as variáveis sócio-demográficas?

A socialização tem sido considerada como o conceito básico subjacente à abordagem dos estilos de vida. Os comportamentos relacionados com a saúde, individuais ou colectivos, podem ser vistos como o reflexo de determinadas condições de vida e a tentativa de lidar com elas e/ou modificá-las. Por sua vez, as mudanças ocorridas nas condições sociais induzem um processo de mudança no comportamento individual (Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1992).

Kristiansen (1990) refere diferenças ao nível do género na socialização da saúde, e consequentemente, também nos comportamentos e estilos de vida relacionados com a saúde, o que induz diferentes efeitos na personalidade desenvolvida por homens e mulheres.

Os estilos de vida parecem desempenhar um papel relevante como preditores da longevidade e enquanto determinantes da qualidade de vida e do bem-estar (Heikkinen, 1989), funcionando como um factor importante em muitas das causas de morbilidade e/ou mortalidade (Hart, 1997).

Os níveis de consumo, nomeadamente de álcool, estão fortemente correlacionados com a saúde, uma vez que induzem problemas económicos e sociais. Ao analisar-se os dados referentes ao consumo (álcool, café ou chá e drogas), no presente estudo, verificou-se que os sujeitos com níveis de escolaridade mais baixo tenderam a consumir mais (Tabela 15) e, paralelamente, identificaram-se diferenças significativas no que diz respeito à situação profissional dos participantes (Tabela 17).

Quanto ao comportamento de consumo de tabaco verificou-se que 57,7% dos inquiridos já fumaram regularmente (Quadro 25) e 44,2% recorrem presentemente a este comportamento (Quadro 26), apesar de a frequência deste comportamento não ser expressiva em termos estatísticos.

Nos estudos mencionados por Giraldes (1996) foi possível concluir que os comportamentos de consumo (e.g.: álcool, fumar) tendiam a aumentar com o diminuição do nível sócio-económico, cujos indicadores são a escolaridade, o rendimento e a ocupação profissional.

Ainda no que se refere ao consumo, foi possível constatar que as pessoas mais velhas consumiam geralmente mais (Tabela 15), havendo diferenças significativas quanto aos estado civil dos sujeitos (Tabela 18). No entanto, convém salientar que no item denominado por consumo estão incluídas outras drogas, nomeadamente psicofarmacos.

No estudo realizado por Steptoe e Wardle (1992) verificou-se que as mulheres bebiam menos. Contudo, no estudo em análise não foram identificadas diferenças no consumo de ambos os sexos (Tabela 16).

Quando se correlacionaram os níveis de consumo com dados referentes à saúde/doença do ano anterior, verificou-se que os dias de doença do ano anterior, os dias sem trabalhar e estar de cama, bem como as idas ao médico se associavam a um acréscimo do consumo (Tabela 15). Estes dados poderiam fazer pensar numa maior incidência de problemas psico-emocionais atendendo às características das substâncias incluídas no item de consumo.

Ao analisar os aspectos sócio-demográficos associados com a nutrição/dietética constatou-se que os sujeitos mais novos se alimentavam pior (Tabela 15) havendo, no entanto, diferenças significativas em relação ao sexo (Tabela 16) o que sugere o envolvimento de factores psicológicos, ambientais e culturais. De acordo com o estudo efectuado por Steptoe e Wardle (1992), são os homens que tendem a não cuidar da dieta adequadamente. Este aspecto não parece ser alheio à variável relacionada com o estado civil, onde também foram identificadas diferenças significativas (Tabela 18).

Os estilos de vida são, de uma forma geral, influenciados pelo nível de educação formal dos sujeitos, tal como a capacidade de resolver problemas e de iniciativa para seleccionar comportamentos preventivos que tendem a afectar a saúde (Westaway & Viljoen, 2000). No presente estudo são os sujeitos com menos escolaridade que se alimentam de forma mais precária (Tabela 15).

Quando a análise se faz incidir sobre os IMC identificou-se apenas uma associação significativa, com o número de idas ao médico no ano anterior (Tabela 15) com diferenças assinaláveis nas diferentes situações sócio-profissionais (Tabela 17). Estes dados são consonantes com Thomas (1995), ao definir a obesidade como uma doença da regulação do apetite com um carácter complexo e multifactorial. Perante um IMC elevado corre-se o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e a diabetes, entre outras (Nunes, 2001; Thomas, 1995).

A participação em algum tipo de actividade física tem demonstrado importância na prevenção de algumas doenças e na promoção da sensação de bem-estar

(Young, 1998). Neste estudo foram encontradas diferenças significativas em relação ao estado civil (Tabela 18), bem como no que se refere ao sexo (Tabela 16).

A prevalência do exercício varia com o género (Manning *et al.*, 1991), sendo considerado como menos importante para o sexo feminino (Steptoe & Wardle, 1992). A percentagem de exercício pesado e moderado reduz com a idade dos sujeitos (Manning *et al.*, 1991), no estudo em questão verificou-se que os sujeitos com mais idade fazem, genericamente, menos exercício (Tabela 15).

Por outro lado, aspectos relacionados com a saúde/doença no ano anterior, como é o caso de estar de cama e ir ao médico, levou os inquiridos a praticarem menos exercício (Tabela 15), o que é compreensível e reenvia para alguma limitação física.

Stoudemire *et al.* (2000) referem evidências de que algumas pessoas apresentam susceptibilidade individual para desenvolver hipertensão arterial, parecendo existir uma relação positiva entre a hipertensão e uma repressão da hostilidade ou uma excessiva expressão de raiva. Paralelamente, estão também associadas variáveis como a idade, a obesidade e a classe social. No presente estudo constatou-se que a hipertensão arterial (máxima e mínima) aumentou com a idade (Tabela 15), havendo diferenças significativas em relação à situação sócio-profissional (Tabela 17), e identificou-se uma tendência para aumentar a hipertensão quando a escolaridade diminui (Tabela 15).

Quando se procurou saber sobre os antecedentes familiares dos inquiridos, constatou-se que 40% referiram antecedentes familiares de hipertensão arterial, enquanto que 32% afirmaram ter antecedentes familiares de doença do coração e 27,8% de doença cancerosa (Quadro 27).

Verificaram-se diferenças relevantes em ambos os sexos (Tabela 16), no que diz respeito às variações da tensão arterial, o que parece reenviar para aspectos mais culturais, eventualmente nas formas de expressão da hostilidade e da raiva. O número de dias de doença, o estar de cama e as idas ao médico no ano anterior prenderam-se também com acréscimos na tensão arterial (Tabela 15), o que parece sugerir uma boa adesão aos cuidados médicos, pelo menos, nas fases de crise.

As redes sociais e o suporte social funcionam como preditores de consequências de doença como a hipertensão arterial e os estilos de vida como o fumar (Young, 1998).

No estudo em análise pode constatar-se que o suporte social piorou com o aumento da idade e a redução da escolaridade, o que parece, de alguma forma, ter levado as pessoas a ficar mais tempo de cama (Tabela 15) e a recorrer, eventualmente, aos cuidados de terceiros como forma de obter algum apoio.

Os conflitos que decorrem ao nível cultural tendem a reforçar a vulnerabilidade individual e originar doenças nos indivíduos mais susceptíveis (Young,1998), sendo importante atendermos à diversidade de culturas regionais existentes na zona da grande Lisboa. Por outro lado, a inclusão das pessoas em actividades sociais organizadas é descrita por Heikkinen (1989) como um contributo para melhorar a satisfação e prever uma melhor saúde e longevidade. Todos estes aspectos são facilitados pelas relações que decorrem do estado civil, particularmente para os casados, daí que se tenham identificado diferenças significativas no que se refere aos estado civil (Tabela 18).

A participação social e os contactos sociais influenciam a tomada de consciência, as atitudes e as emoções das pessoas (Heikkinen,1989), de uma forma geral, as relações sociais e familiares associam-se aos afectos e à expressão das emoções. Neste estudo, ao analisar-se a quantidade de afecto sentido pelos participantes verificou-se que os sujeitos com mais idade e menos escolaridade referem um afecto mais precário (Tabela 15), o que recorda alguns dados sociais sobre a solidão dos idosos, os quais têm geralmente um menor índice de escolaridade que induz mais limitação na selecção de estratégias para colmatar as falhas relacionais e afectivas.

Paralelamente, constatou-se que existiam diferenças ao nível do estado civil (Tabela 18), sendo que o maior número de viúvos e solitários se possa encontrar nesta faixa etária (Quadro 5). Também se identificaram diferenças quanto ao sexo (Tabela 16), apresentando-se o sexo feminino com um maior número de pessoas sós (Quadro 6), e quanto à situação sócio-profissional (Tabela 17).

Um maior número de acontecimentos de vida stressantes parece ter levado, de forma relevante, os participantes deste estudo a um maior número de idas ao médico no ano anterior (Tabela 15), sugerindo alguma instabilidade física e/ou psíquica que careceu de cuidados médicos acrescidos.

Quando se analisaram as alterações do sono, muitas vezes associadas aos acontecimentos de vida stressantes, verificou-se que o sono piorava com o aumento da idade e a reduzida escolaridade (Tabela 15). Detectando-se diferenças significativas quanto ao sexo (Tabela 16) e ao estatuto sócio-profissional (Tabela 17).

O sono tem também reflexo, ou seja é mais precário na sua qualidade, no número de dias de doença, dias sem trabalhar, o que acaba por levar também a uma maior procura dos cuidados médicos (Tabela 15), isto no ano anterior à recolha destes dados. As alterações nas necessidades de sono decorrem do trabalho físico, do exercício, das situações de doença, de um stress mental generalizado ou do aumento da actividade mental, e os factores associados com uma maior prevalência dos transtornos do sono são, entre outros, o abuso de substâncias, a idade avançada e o facto de serem sujeitos do sexo feminino (Kaplan, Sadok & Grebb, 1997).

Finalmente, ao serem analisados os dados sobre as queixas físicas (Quadro 24) constatou-se que o seu número aumenta com a idade dos sujeitos e quando a escolaridade destes diminui (Tabela 15). Por sua vez, verificaram-se diferenças significativas em relação à situação sócio-profissional (Tabela 17), bem como no que se refere ao sexo (Tabela 16) e estado civil (Tabela 18):

Parece existir algum paralelismo entre o aumento da idade e a redução da escolaridade o que, de alguma forma, condiz com a nossa realidade social onde se constata uma grande percentagem de sujeitos a partir da meia-idade com o máximo de 4 anos de escolaridade, ou mesmo nenhuma, acabando por induzir uma menor destreza na busca de estratégias para gerir e lidar com as queixas físicas. São também estas pessoas que tendem a ter profissões menos gratificantes e pior remuneradas o que, por outro lado, e atendendo à conjuntura social e cultural e à maior longevidade conhecida, não seria de estranhar uma maior incidência no sexo feminino.

A **sétima Questão**: Verificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e as variáveis sócio-demográficas?

O conceito de qualidade de vida tem desenvolvido íntimas relações com o de promoção da saúde, e diversos indicadores sociais e ambientais são apontados, como é o caso da educação, do crescimento económico, da saúde e do bem-estar (Ribeiro,1998).

A definição de qualidade de vida deveria incluir, nomeadamente, aspectos relacionados com as capacidades cognitivas, comportamentais e de bem-estar emocional; as condições sócio-económicas objectivas e a sua percepção; e a percepção da utilidade da vida e a satisfação das necessidades humanas básicas (Ríos e Fernández 1999).

Verificou-se que a qualidade de vida percebida, na última semana antes do preenchimento do questionário em que este estudo se apoiou, aumentou com o acréscimo da idade e a redução da escolaridade (Tabela 19). O número de anos que a pessoa vive, ou seja a sua idade cronológica, não nos dá qualquer informação sobre a sua qualidade de vida ou mesmo sobre a sua saúde, no entanto, o envelhecimento manifesta-se pelo declínio da integridade funcional do corpo, em geral, e dos órgãos, em particular. Um sentido de coerência elevado permite acrescer as possibilidades dos sujeitos idosos manterem uma melhor qualidade de vida (Paúl & Fonseca,2001).

Foram identificadas diferenças significativas, neste âmbito, em relação ao sexo (Tabela 20), ao estado civil (Tabela 22) e à situação sócio-profissional (Tabela 21). O paradigma da saúde relacionada com os comportamentos assume particular relevância, com o somar de experiências, favoráveis ou adversa para a saúde, vivenciadas pelo sujeito (Paúl & Fonseca,2001).

Verificou-se também que a qualidade de vida percebida na última semana diminuía quando aumentavam os dias de doença, os número de dias sem trabalhar e ficar de cama, bem como aumentavam as idas ao médico (Tabela 19). Uma doença física, por exemplo, obriga a focalizar uma grande quantidade de recurso, e nos sujeitos mais idosos leva à diminuição do poder económico (pelos gastos com a saúde) e à perda da autonomia, bem como a alterações das relações sociais. Não se pode, neste contexto, ignorar o facto de se verificar uma limitação da actividade habitual e as pessoas que

referem ter estado doentes, nas duas semanas anteriores ao preenchimento dos questionários, tendem a ter uma idade acrescida (Paúl & Fonseca, 2001).

A oitava Questão : Poderá existir relação entre a qualidade de vida e a saúde percebidas na última semana?

Ao confrontar-se a qualidade de vida com a saúde fica-se perante um extenso vocábulo que Patrick e Deyo (1989) sugerem ser extensivo a cinco categorias de conceitos: duração de vida; invalidez, estados funcionais, percepções, oportunidades sociais (Citados por Ribeiro, 1998).

No presente estudo foi possível constatar uma associação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e a saúde percebidas (Tabela 23) num período de tempo, a última semana antes do preenchimento do questionário que sustenta este trabalho. Estes dados estão de acordo com Ribeiro (1998) quando afirma que a elevada correlação existente entre a qualidade de vida e a saúde não permite elucidar quanto aos verdadeiros laços existentes, ou seja, serão conceitos com a mesma significação, complementares ou independentes.

A nona Questão : Será que existe relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e a concepção de saúde?

De acordo com a visão sistémica do ser humano proposta por Schlenger em 1976, caracterizada por duas noções fundamentais: uma designada como saúde negativa ou a componente de equilíbrio da saúde, que inclui o conceito corrente de saúde enquanto ausência de doença ou tentativa de equilíbrio; e a outra, a noção denominada como saúde positiva ou componente de actualização da saúde, inclui a auto-actualização e o crescimento. Dentro destes dois componentes da saúde cabem várias dimensões (citado por Laffrey, 1986).

No estudo em análise verificou-se que a qualidade de vida, percebida na semana anterior, apresentou associações significativas com o total da escala, e em particular com as dimensões funcional, adaptativa e de realização (Tabela 24). Desta forma, a qualidade de vida vista enquanto conceito correlacionado com a saúde tem a

ver com uma visão da saúde como capacidade de funcionar como é esperado pelos outros e de acordo com as regras que regem a pessoa, mas também como a capacidade de se sentir flexível e capaz de manter a estabilidade na vida adaptando-se ao stress ambiental, e ainda, como a capacidade de atingir níveis superiores de bem-estar e humanidade que permitam a auto-realização.

No entanto, fica excluído o conceito que reenvia para uma concepção de saúde medicamente definida e focalizada na doença ou nos sintomas. Estes resultados parecem afastar-se do domínio do modelo biomédico actual que se apoia na separação cartesiana e na pura redução da pessoa à sua dimensão biológica, aproximando-se mais de uma visão dialéctica, que se refere à interpenetração e integração entre as diversas dimensões do ser humano.

A décima Questão : Identificar-se-á relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e os estilos de vida?

Os estilos de vida são tidos como um conjunto de acções sujeitas a um complexo condicionamento cultural, social, económico e ambiental (Young,1998), e parecem desempenhar um papel importante como preditores da longevidade e enquanto determinantes da qualidade de vida e do bem-estar (Heikkinen,1989).

Neste estudo foram identificadas diversas associações da qualidade de vida, nomeadamente, com o consumo de substâncias (e.g.: álcool, cafeína e psicofarmacos) verificando-se que uma melhor qualidade de vida se relacionava com um reduzido consumo, o que sugere alguma sensibilidade aos riscos relacionados com as substâncias em questão.

O exercício é uma actividade física planeada, estruturada e repetitiva que tem como objectivo a manutenção da forma física, tornando possível a prevenção de diversas doenças (Young,1998). Neste estudo uma maior quantidade de exercício aproximou-se de uma melhor qualidade de vida percebida, sugerindo uma boa capacidade de auto-investimento dos participantes no que se refere à sua saúde.

Também em relação à tensão arterial os dados sugeriram uma relevante tendência a associar a qualidade de vida com a normotensão. Paralelamente, a qualidade

de vida percebida associou-se a uma menor incidência de acontecimentos de vida indutores de stress e com um suporte social mais consistente, levando igualmente a um sono mais reparador. No que diz respeito às queixas físicas, estas devem ser diminutas para se poder perceber uma melhor qualidade de vida, conforme referiram os participantes.

Ribeiro (1998) afirma que têm sido desenvolvidos diversos estudos e programas de modificação do estilo de vida, e a divulgação da importância que ocupam na área da saúde, aplicados individualmente ou em grupo, os quais induzem modificações que revelam um impacto real no estado de saúde. Os resultados acima descritos poderão ser, eventualmente, resultado destes programas de formação e divulgação, ficando no ar muitas outras questões a ser levantadas e estudadas neste âmbito.

A décima primeira Questão: Será que existe relação entre a qualidade de vida percebida na última semana e o stress percebido?

A qualidade de vida é um conceito extenso que tende a afectar, de forma complexa, aspectos pessoais da saúde física, do estado psicológico, dos níveis de independência, das relações sociais e das relações relevantes com aspectos ambientais (WHOQOL Group, 1996).

Para descrever a qualidade de vida percebida pelo sujeito o *Centre for Health Promotion* (1995) faz referência a quatro dimensões: a importância da área percebida pelo indivíduo, o prazer experienciado, o control percebido, e as oportunidades percebidas para mudar ou aumentar a qualidade de vida.

No presente estudo constatou-se que uma melhor qualidade de vida se associava a menor quantidade de stress em todos os níveis, nomeadamente ao nível do control percebido. Hobfoll, Banerjee e Britton (1994) referem que quanto maior for a capacidade de control mais positivo é o resultado para a saúde, definindo o control como a sensação de ter influência sobre o meio ambiente com um razoável sucesso.

Após uma leitura dos dados encontrados neste estudo pode perceber-se a necessidade de serem efectuadas algumas campanhas formativas e/ou informativas em diversas áreas como a nutrição/dietética, o control da tensão arterial, a relevância do

suporte social, entre outras, tendo em vista a manutenção da saúde e prevenção da doença.

Neste domínio caberá aos psicólogos clínicos em geral, e aos psicólogos da saúde em particular, a tarefa de organizar uma boa parte destas intervenções, desde que possam contar com o apoio das Instituições Sociais no âmbito da saúde, que possuem as competências necessárias, e às quais é atribuída socialmente a credibilidade suficiente para dar voz a projectos deste calibre.

Contudo, nunca é demais salientar que a significativa relação identificada entre a qualidade de vida percebida e a concepção de saúde nas suas dimensões funcional, adaptativa e de realização sugerem uma viragem no predomínio do modelo biomédico actual, o que reenvia para uma visão de carácter mais dialéctico com interpenetração e integração da várias dimensões da pessoa humana.

BIBLIOGRAFIA

Antunes, João Lobo (1996). *Um Modo de Ser*. Lisboa: Gradiva.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, N.J.

Banyard, P.; Curtis, A. J.; Ogden, J. & Sarafino, E.P. (2001). *Health and ill-health attitudes and behaviours*. [On-line]. Available: <file:///A:\Health%20amd%20ill-.htm>.

Berry, John (1997). Cultural and ethnic factors in health. In Baun, A. , Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine* (pp. 98 - 103). United Kingdom: Cambridge University Press.

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

Bobak, Martin (1998). Social determinants of health across Europe. In Harrison, Dominic., & Ziglio, Erio (Eds.) *Social determinants of health: implications for the health professions* (pp. 17 – 25) WHO Genoa: Accademia Nazionale di Medicina.

Bozionelos, George & Bennet, Paul (1999). The Theory of Planned Behaviour as Predictor of Exercise. *Journal of Health Psychology*, 4 (4), 517 – 529.

Bryman, A. , Cramer, D.(1992). *Análise de Dados em Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Ed.

Calman, Kenneth C. (1998). *The potential for health*. Oxford: Oxford University Press.

Carmody, Timothy P. (1997). Health – related behaviours: common factors. In Baun, A. , Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine*. (pp. 117 – 121). United Kingdom: Cambridge University Press.

Center for Health Promotion (1995). Na Overview of the Quality of Life Research Unit. *Quality of Life Research*, 1(1). [on-line]. Available: <file://A:\News%20from%20the%20Quality%20of%20Life%20Research%20Unit.htm>. (30 Jan. 2002).

Chamberlain, Kerry & O'Neill, Damian (1998). Understanding social class differences in health: a qualitative analysis of smokers' health beliefs. *Psychology and Health*, 13, 1105-1119.

Conner, Mark & Norman, Paul. (1996). *Predicting health behaviour*. London : St. Edmundsbury Press.

Craig, A .; Hancock, K. & Craig, M.(1996). The Lifestyle Appraisal Questionnaire: a comprehensive assessment of health and stress. *Psychology and Health*, 11, 331 – 343.

Cronbach, Lee J. (1990). *Essentials of Psychological Testing*. New York : Harpes Collins Publishers.

Crossley, Michele L. (2001). Rethinking psychological approaches towards health promotion . *Psychology and health*, 6, 161 – 177 .

Cunha, Jurema A.(1993). *Psicodiagnóstico – R* .(4ªed., ver.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Downie, R. S.; Fyfe, Carol & Tannahill, Andrew. (1990). *Health promotion: Models and values* . Oxford: Oxford University Press.

Durá, Estrelia & Garces, Jorge (1991). La Teoría del Apoyo Social y sus Implicaciones para el Ajuste Psicosocial de los Enfermos Oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 257 – 271.

Egger, Garry.; Spark, Ross & Lawson, Jim. (1990). *Health promotion strategies & methods*. Sydney : McGraw – Hill Book Company.

Erben, Rosmarie; Franzkowiak, Peter & Wenzel, Eberhard (1992). *Assessment of the outcomes of health intervention*. (Paper presented to the twelfth International Conference on the Social Sciences and Medicine, 14-18 September), Scotland: International Conference.

Evagelia, Kotrotsiou; Georgios, T.; Heleni, T.; Chrisoula, D.; Ioanna, P. & Emmanouil, A . (2001) . An Exploratory Study on how the Society of a Greek Countryside City Defines the Concept of Health. *ICU Nursing Web Journal*. [On-line]. Available : <http://www.nursing.gr/concept.html> . (26 Jun.2001).

Fatimah, A . ; Idris, M.; Romzi, M. & Faizad, H. (1995). Perception of bodyweight among office workers in two government departments in Kuala Lumpur. *Malaysia Journal of Nutrition*, 1, 11 – 19.

Fischhoff, Baruch. (1997). Risk perception and health behaviour. In Baun, A . , Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine*. (pp. 157 – 160). United Kingdom: Cambridge University Press.

Folkman, Susan (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 836 – 852.

Frasquilho, Maria A . (1998). Estilos de Vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (1), 13 – 20.

Giraldes, M. Rosário (1996). Estilos de vida e nível sócio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14 (2), 69 – 76.

Godoy, Juan F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In Simón, Miguel Ángel (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. (pp. 39 – 76). Madrid: Biblioteca Nueva.

Green, Judith & D'Oliveira, Manuela (1991). *Testes Estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.

Hart, Siobhan. (1997). Old age and health behaviour. In Baun, A. , Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine*. (pp. 143 – 154). United Kingdom: Cambridge University Press.

Heikkinen, E. (1989). Lifestyles and life satisfaction. In Waters, W. E.; Heikkinen, E. & Dontas, A. S. (Eds.). *Health, lifestyles and services for the elderly*. (pp. 39 – 74). Copenhagen: WHO Public Health in Europe 29.

Hewison, Jenny. (1997). Family influences on health. In Baun, A. , Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, Chris (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine*. (pp. 107 – 109). United Kingdom: Cambridge University Press.

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

Kaplan, Harold I.; Sadok, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed., rev.). Porto Alegre: Artes Médicas (obra original publicada em 1994).

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

Laffrey, S. Cloutier (1986). Development of a Health Conception Scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 107 – 113.

Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc..

Lehmann, E.L. (1959). *Testing Statistical Hypotheses*. New York : Weley.

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

Liao, K. Lih-Mei; Hunter, Myra & Weinman, John (1995). Health-related behaviours and their correlates in a general population sample of 45-year old women. *Psychology and Health*, 10, 171- 184.

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

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

Manning, Willard G.; Keeler, Emmet B.; Newhouse, Joseph P.; Sloss, Elizabeth M. & Wasserman, Jeffrey. (1991). *The cost of poor health habits*. London: Harverd University Press.

Millar, M. G. & Millar, K. U.(1998). The influence of informal and performance messages on intentions to perform health behaviours. *Psychology, Health and Medicine*, 3 (3), 243 – 252.

Nunnaly, J. (1978). *Psychometric Theory*. (2^a ed.). New York: Mc Graw Hill.

Nunes, Cecília. (2001). Ferramenta Interactiva [On-line]. Available: <http://www.pratica.iol.pt/article2707-visual27-id.html> (27 Dez. 2001)

Nunes, M. L. Tiellet. (1993). Entrevista Psicológica In Cunha, J. *Psicodiagnóstico- R*. (pp.29 –50). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Ogden, Jane. (1999). *Psicologia da Saúde*. (Obra original publicada 1996) Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, Constança & Fonseca, António M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pill, Roisin. (1992). Issues in Lifestyles and health: lay meanings of health and health behaviour. In Badura, Bernhard & Kichbusch, Ilona (Eds.). *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. (pp. 187 – 211). Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, Nº 37.
- Pill, Roisin; Peters, T. J. & Robling, M. R. (1993). Factors Associated with Health Behaviour among Mothers of Lower Socio-economic Status: A British Example. *Social Science & Medicine*, 36 (9), 1137 – 1144.
- Pitts, Marian & Phillips, Keith. (1998). *The psychology of health : an introduction*. (2ª ed.). London: Routledge.
- Ribeiro, J.L. Pais (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. Pais. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ríos, L. Fernández & Fernández, M. García. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In Simón, Miguel Ángel (Ed.). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. (pp. 133 – 154). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sarafino, Edward P. (1990). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169 – 210.
- Siegel, Sidney (1975). *Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw.

Silva, M. A. Dias (2000). *Quem Ama Não Adoece*. Cascais: Editora Pergaminho.

Steptoe, Andrew & Wardle, Jane (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485 – 502.

Stoudemire, Alan *et al.* (2000). *Factores Psicológicos Afetando Condições Médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Tradução do original em Inglês *Psychological factors affecting medical conditions*. Georgia: American Psychiatric Press, 1995).

Thomas, Paul R. (1995). *Weighing the Options – Criteria for Evaluating Weight-Management Programs*. Washington, D. C. : National Academy Press.

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

Westaway, Margaret S. & Viljoen, Esther (2000). Health and hygiene knowledge, attitudes and behaviour. *Health & Place*, 6, 25-32.

Williams, David R. & House, James S. (1992). Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. In Badura, Bernhard & Kichbusch, Ilona (Eds.). *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. (pp. 147 – 172). Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, Nº 37.

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

World Health Organization (1993). *The health of Europe: summary of the second health for all evaluation*. Copenhagen: WHO Library.

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

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

ANEXOS

ANEXO A

Desde já se agradece a sua disponibilidade ao ler estas palavras.

Psicóloga, a exercer na zona da capital, propôs-se desenvolver uma investigação sobre a Concepção de Saúde das pessoas na zona da grande Lisboa.

O estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) em Lisboa, e os resultados deste trabalho vão ser publicados oportunamente numa revista científica da especialidade que poderá consultar se desejar.

Gostaria de poder contar com a sua colaboração, o seu testemunho é de extrema importância para que se possa ter noção de como as pessoas pensam e vivem a Saúde. Os dados obtidos são anónimos e confidenciais, têm como único fim a realização deste estudo.

Ana Tapadinhas

As suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão sobre a forma **como as pessoas lidem com a Saúde**. Por isso gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito, **sem que isso quebre o sigilo da sua identidade**. Por favor preencha o melhor que for capaz, sem deixar nenhuma questão em branco, fazendo **um círculo no número que corresponde à sua escolha**.

1. O Sexo a que pertence?

1. Masculino
2. Feminino

2. A sua Idade: _____ Anos

3. A Localidade e o Distrito em que reside: _____ ; _____
Localidade Concelho

4. O seu Estado Civil actual ?

- | | |
|------------------|-------------------------------|
| 1. Solteiro(a) | 4. Separado(a) |
| 2. Casado(a) | 5. Viúvo(a) |
| 3. Divorciado(a) | 6. Outros (especifique) _____ |

5. Com quem vive? (pode escolher mais de uma resposta)

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. Marido/Mulher, Companheiro(a) | 6. Avós |
| 2. Sozinho | 7. Irmãos |
| 3. Crianças/ Adolescentes | 8. Outros familiares |
| 4. Filhos adultos | 9. Amigos |
| 5. Pais | 10. Hóspedes |

6. Em termos profissionais presentemente encontra-se:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. Empregado(a) | Qual o emprego? _____ |
| 2. Desempregado(a) | |
| 3. Reformado(a) | Qual o emprego? _____ |
| 4. Trabalha em casa | |
| 5. De Baixa | Qual o emprego? _____ |

7. Qual o último ano de escolaridade que frequentou? _____

8. Actualmente sofre de alguma doença?

1. Não
2. Sim

Se respondeu **Sim**, actualmente está a tomar medicação?

1. Não
2. Sim

9. No ano passado quantos dias esteve doente? _____

10. No ano passado quantos dias esteve sem trabalhar ou ir à escola por causa de uma doença?

11. No ano passado quantos dias esteve de cama? _____

12. No ano passado quantas vezes foi ao médico? _____

13. Como classificaria a sua Saúde em geral durante a última semana?

Péssima						Óptima
1	2	3	4	5	6	7

14. Como classificaria a sua Qualidade de Vida global durante a última semana?

Péssima						Óptima
1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B

Este Questionário contém várias afirmações que estão relacionadas com a forma como as pessoas consideram o que é **ter saúde**. Gostaríamos de saber em que medida **concorda** (ou **discorda**) com cada uma delas.

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações. Depois classifique-as quanto ao grau de concordância fazendo um círculo no número correspondente na escala. Se escolher o "1" quer dizer que **discorda completamente** com essa afirmação. Se escolher o "6" pretende afirmar que **concorda completamente** com essa afirmação.

Assinale a sua escolha em **todas as afirmações**. Caso não se sinta suficientemente seguro(a) em alguma dessas afirmações escolha a resposta que lhe parecer ser mais próxima do que sente.

Ter Saúde É:

1. Desempenhar as minhas responsabilidades como esposo(a), criança, amigo(a), trabalhador(a), etc..	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
2. Ser capaz de mudar e ajustar-me às exigências do meio ambiente.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
3. Não ter incapacidades físicas ou mentais.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
4. Fazer o máximo que sou capaz.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
5. Estar livre de sintomas de doença.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
6. Adaptar-me às coisas tal como elas são.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
7. Ser capaz de funcionar conforme o esperado.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
8. Viver no nível máximo.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
9. Não precisar de comprimidos por estar ou sentir-me doente.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
10. Conseguir lidar com acontecimentos stressantes.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
11. Não me ir abaixo quando estou com o stress habitual.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
12. Concretizar a minha maior e mais elevada aspiração.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6

13. Sentir-me bem – estar na maior.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
14. Não precisar de medicamentos.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
15. Sentir que o funcionamento da minha mente e do meu corpo estão no nível mais alto.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
16. Ajustar-me às mudanças do dia-a-dia.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
17. Viver de forma criativa até ao máximo.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
18. Adoptar um normal funcionamento na minha vida diária.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
19. Conseguir lidar com as mudanças do meu meio ambiente.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
20. Não ter de ser seguido(a) pelos cuidados médicos devido a doença.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
21. Ser capaz de fazer o que preciso de fazer.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
22. Ter um desempenho no nível que é previsto.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
23. Adaptar-me às mudanças do meio ambiente.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
24. Encarar o dia com prazer e entusiasmo.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
25. Conseguir realizar bem as minhas tarefas diárias.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
26. Não precisar de ir ao médico.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
27. Fazer todas as tarefas diárias.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6
28. Não estar doente.	Discordo Completamente 1 2 3 4	Concordo Completamente 5 6

ANEXO C

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

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

Não 0

Sim 1

b) Actualmente fuma?

Não 0

Sim 3

*Se Fuma actualmente - responda às questões 2 e 3. Caso não fume passe para a Q. 4

2. Com que frequência costuma fumar?

Só socialmente (1 vez por semana ou menos) 1

1 ou 2 vezes por dia 2

Até 10 vezes por dia 3

Mais de 10 vezes por dia 4

3. Já alguma vez tentou deixar de fumar?

Nunca 1

Sim, mas não consegui 2

4. Qual a sua Tensão Arterial máxima?

Menos de 130 0

130 - 139 1

140 - 149 2

150 - 159 3

Mais de 160 4

5. Qual a sua Tensão Arterial mínima?

Menos de 80 0

80 - 84 1

85 - 89 2

90 - 95 3

Mais de 95 4

6.a) Qual o seu peso actual? _____

b) Qual a sua altura? _____

IMC = _____

7. Bebe bebidas alcoólicas?

Não, ou até 2 por dia 0

3 - 4 bebidas por dia 1

5 - 8 bebidas por dia 2

9 - 15 bebidas por dia 3

Mais de 16 bebidas por dia 4

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

Não 0

Só 1 ou 2 vezes por ano 1

1 ou 2 vezes por mês 2

1 ou 2 vezes por semana 3

Diariamente 4

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

Doença do coração Não 0

Sim 1

Cancro Não 0

Sim 1

Hipertensão Arterial Não 0

Sim 1

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

3 ou mais vezes por semana 0

Cerca de 1 vez por semana 1

Cerca de 1 vez por mês 2

Nunca 3

11. Com que frequência costuma fazer exercícios de relaxação?

Pelo menos 1 vez por semana 0

Cerca de 1 vez por mês 1

1 vez cada 6 meses 2

Nunca 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não	0
Sim	1

Caso responda SIM diga que doença(s) _____

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

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

Caso responda SIM diga quais as queixas _____

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

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

21. Bebe chá ou café ?

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

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

1. A minha vida é controlada pela sorte e pelo acaso.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
2. Sinto-me nervoso(a) e sem controle.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
3. Preocupo-me demasiado com as coisas.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
4. Tenho dificuldade em tomar decisões.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
5. Para mim é uma perda de tempo fazer exercício ou relaxação.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
6. É melhor evitar as pressões da vida do que enfrentá-las.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
7. Não há muito que possa fazer para resolver os meus problemas.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
8. Fico stressado(a) com muita facilidade.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
9. É difícil gerir o meu tempo.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
10. É difícil concentrar-me naquilo que estou a fazer.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
11. Não tenho confiança no que faço.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
12. Sinto que as coisas me ultrapassam.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
13. Não consigo controlar o stress que sinto.	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3
14. O meu trabalho faz com que fique stressado(a).	Quase Nunca 0	1	Quase Sempre 2	3

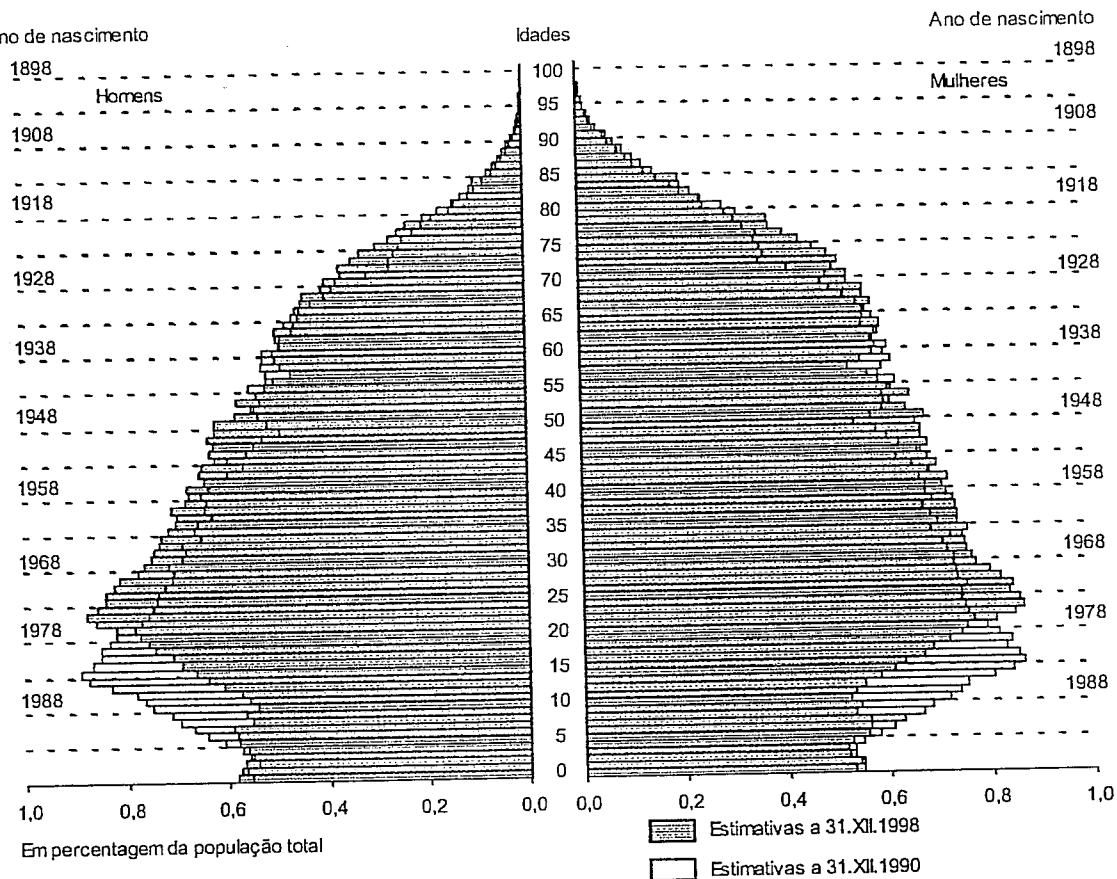
15. Não me sinto satisfeito(a) com a forma como tenho gerido a minha vida.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
16. Sinto-me zangado(a) e frustrado(a).	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
17. Fico muito chateado(a) quando não consigo o que quero.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
18. Não mostro os meus sentimentos.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
19. Procuo fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
20. Fico impaciente com a vida.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
21. Sinto-me culpado(a) quando gasto tempo a divertir-me.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
22. Não me sinto confiante para gerir o meu futuro.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
23. Os outros não me podem ajudar a gerir o meu stress.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
24. Sinto-me incapaz de tirar prazer das minhas actividades diárias.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3
25. Tenho-me sentido muito chateado(a) no final do dia.	Quase Nunca 0 1	Quase Sempre 2 3

Por favor, antes de terminar verifique se respondeu a todas as questões.
(Só assim os questionários podem ser validados)

Muito Obrigado pela sua Colaboração

ANEXO D

População Residente em Portugal, 1990-1998



: INE, GEC