


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DIMENSÕES  
DE PERSONALIDADE EM JOVENS  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS

BARBARA DINIS GONZALEZ  
LISBOA, 2003

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Comissão de  
Documentação  
Registo: 15698  
Data: / /  
Tel: 21 801 17 50 e [ispa@ispa.pt](mailto:ispa@ispa.pt)

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do  
Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,  
apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
para a 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 nº2 do Artº5  
do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

## AGRADECIMENTOS

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

À Direcção do Departamento de Psicologia, por ter autorizado a realização desta investigação

Aos colegas docentes, que prontamente dispensaram tempo das suas aulas para o preenchimento dos questionários, sem o qual esta investigação não seria possível.

Às estudantes, pela participação essencial, enquanto elementos da amostra deste estudo.

Ao professor Fernando Branco, pela disponibilidade de longa data.

## RESUMO

O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em estudantes universitárias da licenciatura em Psicologia de uma Universidade de Lisboa. Os participantes foram 270 estudantes, do sexo feminino, média etária de 21,69, 18 a 30 anos. Avaliámos os comportamentos de saúde com um questionário de 28 itens e, as dimensões de personalidade com o Inventário de Personalidade NEO- Revisito (NEO-PI-R). As correlações estatisticamente significativas obtidas entre os comportamentos de saúde são baixas a muito baixas, assim como as obtidas entre os comportamentos de saúde e as dimensões de personalidade, sugerindo que a relação entre eles não é forte. O teste *t* de diferença de médias mostra uma diferença significativa entre os dois grupos etários (18-21 e 22-30),  $t(270) = -2,115, p < 0,034$ , para a faceta 5 (Ideias) da dimensão Abertura à Experiência, com valor superior no segundo grupo, o que, relativamente à dimensão global, não é congruente com a literatura. Vários outros resultados não são congruentes com a literatura, eventualmente devido à especificidade da amostra deste estudo. Na globalidade, os resultados parecem relacionar-se com o facto de factores psicológicos gerais explicarem apenas uma pequena proporção da variância dos comportamentos de saúde, ao contrário do que acontece com atitudes e crenças relativas a actividades específicas.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to inspect the relationship between health behaviours and personality dimensions in female Psychology college students, of a Lisbon University. Participants were 270 female students, mean age 21,69, range 18-30. We measured health behaviours with a 28 item questionnaire and personality dimensions with NEO Personality Inventory- Revised (NEO-PI-R). Correlation between health behaviours, and between health behaviours and personality dimensions, shows statistically significant but low and very low correlations, suggesting that the relation between these two is not strong. *t* test for mean differences shows a statistically significant difference between the two age groups (18-21 e 22-30),  $t(270) = -2,115$ ,  $p < 0,034$ , for facet 5 (Ideas) of Overture to Experience dimension, being higher in the second group, what, in what comes to the global dimension, is not congruent with literature. Some other results were not congruent with the literature, suggesting that the sample of this study has some particularities to be investigated. Overall, the results seem to relate with the fact that personality dimensions account for only a small proportion of the variance in the health practices index, which is a common finding when general psychological factors, rather than attitudes and beliefs related to specific activities, are assessed.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
Comportamento de Saúde.....	13
Definição.....	13
Evolução das concepções sobre as relações entre comportamento e saúde.....	14
Estudos sobre comportamentos de saúde.....	22
Personalidade.....	31
Modelo dos cinco factores da personalidade.....	33
Modelo dos cinco factores no âmbito da saúde.....	36
Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade.....	38
MÉTODO.....	56
Participantes.....	56
Material.....	56
Questionário de comportamentos de saúde.....	56
Inventário de personalidade NEO-Revisto.....	62
Planificação.....	68
Procedimento.....	69
RESULTADOS.....	70
DISCUSSÃO.....	87
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXO 1.....	104
ANEXO 2.....	105
ANEXO 3.....	106

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra por ano de licenciatura.....	56
Quadro 2 – Eigenvalues e variância calculados do Q.C.S.....	57
Quadro 3 – Saturação dos itens no Factor 1.....	58
Quadro 4 – Saturação dos itens no Factor 2.....	58
Quadro 5 – Saturação dos itens no Factor 3.....	59
Quadro 6 – Saturação dos itens no Factor 4.....	59
Quadro 7 – Saturação dos itens no Factor 5.....	60
Quadro 8 – Saturação dos itens no Factor 6.....	60
Quadro 9 – Saturação dos itens no Factor 7.....	61
Quadro 10 – Saturação dos itens no Factor 8.....	61
Quadro 11 – Resultados da Análise em Componentes Principais dos 240 itens do NEO-PI-R, seguida de rotação varimax.....	65
Quadro 12 – Resultados da Análise em Componentes Principais das 30 facetas, seguida de rotação varimax.....	66
Quadro 13 – Saturações factoriais das facetas do NEO-PI-R nos respectivos factores.....	66
Quadro 14 – Alfa de Cronbach para as escalas das facetas.....	67
Quadro 15 – Distribuição de frequências do item 1 do Q.C.S.....	70
Quadro 16 – Distribuição de frequências do item 2 do Q.C.S.....	71
Quadro 17 – Distribuição de frequências do item 3 do Q.C.S.....	71
Quadro 18 – Distribuição de frequências do item 4 do Q.C.S.....	71
Quadro 19 – Distribuição de frequências do item 5 do Q.C.S.....	72
Quadro 20 – Distribuição de frequências do item 6 do Q.C.S.....	72
Quadro 21 – Distribuição de frequências do item 7 do Q.C.S.....	72
Quadro 22 – Distribuição de frequências do item 8 do Q.C.S.....	73
Quadro 23 – Distribuição de frequências do item 9 do Q.C.S.....	73
Quadro 24 – Distribuição de frequências do item 10 do Q.C.S.....	73
Quadro 25 – Distribuição de frequências do item 11 do Q.C.S.....	73
Quadro 26 – Distribuição de frequências do item 12 do Q.C.S.....	74
Quadro 27 – Distribuição de frequências do item 13 do Q.C.S.....	74
Quadro 28 – Distribuição de frequências do item 14 do Q.C.S.....	74
Quadro 29 – Distribuição de frequências do item 15 do Q.C.S.....	75

Quadro 30 – Distribuição de frequências do item 16 do Q.C.S.....	75
Quadro 31 – Distribuição de frequências do item 17 do Q.C.S.....	75
Quadro 32 – Distribuição de frequências do item 18 do Q.C.S.....	76
Quadro 33 – Distribuição de frequências do item 19 do Q.C.S.....	76
Quadro 34 – Distribuição de frequências do item 20 do Q.C.S.....	76
Quadro 35 – Distribuição de frequências do item 21 do Q.C.S.....	76
Quadro 36 – Distribuição de frequências do item 22 do Q.C.S.....	77
Quadro 37 – Distribuição de frequências do item 23 do Q.C.S.....	77
Quadro 38 – Distribuição de frequências do item 24 do Q.C.S.....	77
Quadro 39 – Distribuição de frequências do item 25 do Q.C.S.....	78
Quadro 40 – Distribuição de frequências do item 26 do Q.C.S.....	78
Quadro 41 – Distribuição de frequências do item 27 do Q.C.S.....	78
Quadro 42 – Distribuição de frequências do item 28 do Q.C.S.....	78
Quadro 43 – Correlações estatisticamente significativas entre os C.S.....	79
Quadro 44 – Correlações estatisticamente significativas entre exercício físico e dimensões e facetas de personalidade.....	80
Quadro 45 – Correlações estatisticamente significativas entre comportamento alimentar e dimensões e facetas de personalidade.....	80
Quadro 46 – Correlações estatisticamente significativas entre prevenção da saúde e dimensões e facetas de personalidade.....	81
Quadro 47 – Correlações estatisticamente significativas entre protecção da saúde e dimensões e facetas de personalidade.....	81
Quadro 48 – Correlações estatisticamente significativas entre evitamento de consumos prejudiciais e dimensões e facetas de personalidade.....	82
Quadro 49 – Correlações estatisticamente significativas entre comportamento sexual e dimensões e facetas de personalidade.....	82
Quadro 50 – Correlações estatisticamente significativas entre evitamento da poluição e dimensões e facetas de personalidade.....	83
Quadro 51 – Correlações estatisticamente significativas entre promoção da saúde e dimensões e facetas de personalidade.....	83
Quadro 52 – Correlações estatisticamente significativas da qualidade de vida com a saúde, e com a promoção da saúde.....	84



Quadro 53 – Correlações estatisticamente significativas da saúde com dimensões e facetas de personalidade.....	84
Quadro 54 – Correlações estatisticamente significativas da qualidade de vida com dimensões e facetas de personalidade.....	85
Quadro 55 – Correlações estatisticamente significativas da idade com dimensões e facetas de personalidade.....	85

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Psicologia da Saúde, consideramos de grande pertinência a investigação da temática relativa às relações existentes entre as dimensões de personalidade e a adopção de comportamentos que se constituem como protectores de saúde, partindo do pressuposto de que a predominância de determinadas dimensões de personalidade no sujeito, coincidem com diferentes formas de encarar a saúde, e de se comportar face a esta.

Os traços de personalidade, enquanto estilos de relação com o mundo, representando tendências para o sujeito se comportar, pensar e sentir de certas formas consistentes (Kendrick & Funder, 1988; Tellegen, 1991, cit. in Caspi et al., 1997), são de grande importância para a compreensão do desenvolvimento de certos comportamentos, neste caso, protectores de saúde, na medida em que, segundo Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas e Hervig (1994) “(...) the principle impetus for personality studies within the health domain has been identification of psychological characteristics that influence health and health processes”(p.279). Desta forma, atribuímos grande importância ao aprofundar do estudo das relações da personalidade com os comportamentos no âmbito da saúde, nomeadamente, a um nível mais específico, a relação de certas dimensões com certos comportamentos, na medida em que, o eventual desenvolvimento futuro de programas de intervenção, que visem aumentar os comportamentos de saúde em determinados grupos populacionais, terão que ter como base o conhecimento específico e a compreensão dos factores com eles relacionados, para que possam actuar de forma eficaz sobre o público alvo.

Segundo Lima (1997), os hábitos de saúde são uma área em que as variáveis personológicas podem ser muito úteis, pois a utilização dos traços para prever comportamentos relacionados com a saúde, é duplamente importante, ao permitir uma melhor compreensão desta problemática e, a identificação de sujeitos que beneficiariam de um programa de intervenção por parte do médico ou do psicólogo.

No estudo dos factores que estão na base das diferenças inter-individuais no âmbito dos comportamentos de saúde, os factores intrínsecos ao indivíduo (e.g., factores socio-demográficos, personalidade, suporte social, cognições) são os que têm

recebido grande atenção por parte dos psicólogos e, dentro destes, os factores cognitivos têm recebido a maior consideração (Conner & Norman, 1996). No entanto, para estes autores, embora os modelos sócio-cognitivos tenham aumentado a nossa compreensão dos processos motivacionais e da sua influência no comportamento, tenderam a negligenciar outros aspectos da mudança comportamental; nomeadamente, o facto de que muitos indivíduos que tentam modificar um comportamento de saúde, não conseguem fazê-lo.

Para Trobst et al. (2000), embora as abordagens sócio-cognitivas dos comportamentos problemáticos enfatizem muitas vezes o papel da informação na formação de atitudes e na mudança de comportamentos (e.g., Modelo de Crenças de Saúde), os resultados do seu estudo indicaram a percepção de risco como não sendo um preditor útil da mudança de comportamento. Nesta medida, dizem que o comportamento de saúde não consiste simplesmente na realização de escolhas informadas, sendo um processo mais complexo, com componentes sociais, emocionais e motivacionais, que estão profundamente enraizados em traços de personalidade.

Relativamente à amostra escolhida, pretendemos investigar as relações entre dimensões de personalidade e comportamentos de saúde em população universitária, na medida em que, como referem Wardle e Steptoe (1991): (a) os estudantes representam um grupo relativamente homogéneo e, tendo sido demonstrado que os comportamentos de saúde variam com o estatuto socio-económico, idade e grau educacional, o recrutamento de amostras com características muito diferenciadas seria problemático a este nível; (b) são um grupo relativamente saudável e, como o estado de saúde tem uma influência importante nos hábitos e práticas de saúde, grupos diferenciados seriam novamente problemáticos; (c) a administração do questionário a estudantes, nas aulas, garantiu uma elevada taxa de respostas (em muitos países, de 100%); (d) esperando-se que os estudantes universitários vão ocupar uma posição significativa na vida pública, podendo integrar no seu grupo os líderes de opinião do futuro, saber como se comportam é de grande importância.

## Comportamento de Saúde

### Definição.

Existem várias definições de comportamento de saúde, sendo a mais frequentemente citada, segundo Pill (1991), a concepção de que “Health behaviour is any activity undertaken by a person believing himself to be healthy , for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage” (Kasl & Cobb, 1966, cit. in Pill, 1991, p.191).

Mais recentemente, alguns autores (e.g., Conner & Norman, 1996) apontaram limitações a esta concepção, como a exclusão de actividades levadas a cabo por pessoas não saudáveis, com doenças reconhecidas, que estão relacionadas com a auto-gestão, atraso da progressão da doença e melhoramento do bem estar geral.

Em 1979, Harris e Guten (cit. in Pill, 1991) introduziram o termo comportamento protector de saúde para descrever qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde percebido ou actual, para proteger, promover ou manter a sua saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente efectivo para o seu fim.

Outras definições apresentam-nos os comportamentos de saúde como podendo ser definidos, de forma geral, como as acções tomadas com o objectivo de manter ou melhorar a saúde (Vickers, Conway & Hervig, 1990), ou ainda, como comportamentos que têm a saúde (ou a doença”) como consequência, não necessariamente como objectivo (Ingledeew & Brunning, 1999).

De uma forma mais abrangente, Carmody (1997) referiu que, qualquer comportamento que afecta a saúde, positiva ou negativamente, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde, sendo difícil imaginar qualquer actividade ou comportamento que não afecte a nossa saúde de alguma forma, directa ou indirectamente. Para além da lista de comportamentos relacionados com a saúde, que incluem padrões comportamentais como hábitos alimentares, exercício, práticas sexuais seguras e realização regular de exames médicos, entre outros, existem muitos

outros comportamentos menos óbvios para o público geral, que afectam a saúde: Por exemplo, a forma como a pessoa expressa raiva pode ser associada com o desenvolvimento ou aceleração da doença coronária e, neoplasias em alguns indivíduos (e.g. Eysenck, 1988, cit. in Carmody, 1997) e, similarmente, envolver-se numa actividade prazerosa pode ser relacionado com a saúde quando tais comportamentos ajudam o indivíduo a lidar com a dor, stress ou humor depressivo.

#### Evolução das concepções sobre as relações entre comportamento e saúde.

Segundo Matarazzo (1984), nos últimos 300 anos, os avanços significativos verificados nos países industrializados, no âmbito da higiene e saúde pública, microbiologia, controlo do ambiente e capacidade de aumento da produção alimentar, resultaram numa marcada diminuição da mortalidade e morbidade e, numa alteração considerável dos próprios padrões de doença e incapacidade. Estas mudanças tornaram-se especialmente evidentes no século XX, no qual as grandes descobertas das ciências biomédicas, conduzindo à erradicação virtual de doenças infecciosas como influenza e rubéola, foram responsáveis por este tão grande aumento da longevidade, tendo sido, no entanto, acompanhadas por mudanças no estilo de vida, que se tornaram associadas a um aumento da mortalidade noutras condições.

Assim, as grandes causas de morte deixaram de ser as doenças provocadas por agentes patogénicos microbiológicos, externos ao indivíduo, para passarem a ser as doenças coronárias, acidente vascular cerebral, cancro do pulmão, e acidentes rodoviários, ou seja, doenças e acontecimentos associados aos próprios padrões comportamentais, o que veio trazer um necessário interesse pelo estudo dos comportamentos e sua influência na saúde e doença.

Segundo Matarazzo e Leckliter (1988), a investigação biomédica e comportamental focou-se durante muito tempo na morbidade e mortalidade, a forma como e porquê as pessoas ficam doentes e/ou morrem (“behavioral pathogens”), sendo a investigação relacionada com comportamentos protectores de saúde (“behavioral immunogens”) muito menos numerosa que a relacionada com os comportamentos de risco para a saúde.

O estudo, tornado clássico, que veio marcar a diferença nesta situação, foi o “Alameda County Study”, uma investigação de tipo longitudinal dos factores que ajudam as pessoas a atingir, manter e promover o estado saudável, iniciada no ano de 1965 e com seguimentos 4 e 8 anos após o seu início. A sua amostra foi constituída por 6.928 adultos americanos, residentes no Alameda County (California) que, na altura, tinha uma população de cerca de um milhão com idade, género, raça e características sócio-económicas similares à da população norte-americana e, por ocasião do primeiro seguimento, em 1969, Belloc e Breslow (1972, cit. in Matarazzo & Leckliter, 1988) identificaram sete comportamentos altamente correlacionados com a subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo. Estes comportamentos, considerados immunogens, são os seguintes: (1) sete ou oito horas de sono diárias; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições (4); dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Ficou demonstrado que, quanto menos destas rotinas positivas o indivíduo seguisse no ano de início do estudo, maior era o risco progressivo de que viesse a morrer nos 4 anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres. Mais do que isso, enquanto a ocorrência de morte estava mais fortemente relacionada com a rede de suporte social do que com as práticas de saúde, a ocorrência de incapacidade, em contraste, estava mais fortemente relacionada com as práticas de saúde (Breslow & Breslow, 1993).

Em 1979, Califano no seu relatório ao Congresso Norte Americano, disse que as 10 principais causas de morte nos Estados Unidos da América eram, por ordem decrescente, doença coronária, cancro, acidente vascular cerebral, acidentes sem ser com veículos motorizados, doenças infecciosas, acidentes de veículos motorizados, diabetes, cirroses, arteriosclerose e suicídio. Ele seguiu esta enumeração com a importante afirmação de que destas 10 “at least seven could be substantially reduced if persons at risk improved just five habits: diet, smoking, lack of exercise, alcohol abuse and use of hypertension medication” (cit. in Matarazzo, 1984, p.8). Sensivelmente a partir daqui, um novo foco, o foco comportamental, ganhou grande relevância, para além da abordagem biomédica até aí dominante, partilhando com

esta a crença de que a prevenção da morbidade e mortalidade, não o tratamento, era a estratégia mais efectiva e com menos custos, a ser implementada.

Segundo L. Breslow e N. Breslow (1993), existe uma preocupação crescente com a forma como a saúde, e não apenas a vida, pode ser prolongada, pois devido ao crescente aumento da esperança média de vida nos países industrializados, a grande preocupação pessoal e social é evitar a incapacidade. Melhores hábitos de saúde estão fortemente associados com maior longevidade, e menor incapacidade e, na medida em que estudos indicaram que o padrão de hábitos de saúde de uma pessoa tende a persistir ao longo dos anos (Breslow & Enstrom, 1980, cit. in Breslow & Breslow, 1993), verifica-se que estabelecer hábitos saudáveis numa fase precoce da vida é particularmente benéfico. No entanto, apesar disso, Kaplan e Haan (1989, cit. in Breslow & Breslow, 1993) apontaram para a evidência de que “nunca é demasiado tarde para mudar”, por exemplo, no que respeita a deixar de fumar ou iniciar a actividade física.

Antonovsky (1979, cit. in Matarazzo, 1984), na sua abordagem à questão da saúde, foi inovador ao concentrar-se, não na minoria, mas na maioria das pessoas vivas (as que estão saudáveis e não doentes), achando que o foco da investigação deve centrar-se nas pessoas que estão saudáveis, para perceber porque é que tantos de nós conseguem permanecer saudáveis, apesar da presença de agentes patogénicos nos nossos corpos e no ambiente que nos rodeia. Ou seja, preconizou a abordagem das diferenças individuais a este nível, a partir da abordagem de “salutogenesis” (origens de saúde) e não de “pathogenesis” (origem de patologia).

Neste sentido, Matarazzo (1984) referiu que o objectivo de manter saudáveis as pessoas saudáveis, ganhou cada vez mais aderentes e, para Breslow e Breslow (1993) o conceito de saúde física foi sendo redefinido sucessivamente, para se afastar cada vez mais da simples ausência de incapacidade, englobando níveis mais elevados de saúde, como a ausência de doenças crónicas, sintomas desagradáveis de qualquer tipo e mais energia para a vida.

Segundo Pill (1991), embora a definição de comportamento de saúde mais frequentemente citada (Kasl & Cobb, 1966, cit. in Pill, 1991), implique que os

indivíduos devem acreditar que as suas acções, em prol da saúde, vão alcançar os objectivos especificados, a perspectiva profissional tem prevalecido na investigação sobre o comportamento de saúde, sendo a perspectiva do indivíduo leigo pouco levada em conta.

Consideram que a própria definição de comportamento de saúde tem sido normalmente derivada da opinião médica, não havendo grandes tentativas de exploração da auto-definição de comportamentos de saúde e, neste sentido, defenderam a vantagem da concepção de Harris e Guten (1979, cit. in Pill, 1991), atrás referida, por assumir que as pessoas irão comportar-se com a intenção de proteger a sua saúde, sem fazer suposições sobre a aprovação médica ou a eficácia objectiva do comportamento. A investigação de Harris e Guten (1979, cit. in Pill, 1991) concluiu que as pessoas realizam um vasto conjunto de actividades, segundo a crença de que: (a) estas actividades podem proteger a sua saúde; (b) a maior parte dos comportamentos protectores de saúde não envolvem nem requerem contacto com o sistema formal de cuidados de saúde e (c) a crença de que proteger a própria saúde é aparentemente uma questão pessoal e não profissional.

Na concepção de Conner e Norman (1996), o estudo dos comportamentos de saúde é baseado na suposição de que, nos países industrializados, uma proporção substancial da mortalidade é devida a padrões comportamentais particulares e, que estes padrões comportamentais são modificáveis (Stoebe & Stroebe, 1995, cit. in Conner & Norman, 1996). A identificação dos factores que estão na base de tais comportamentos de saúde, tornou-se o foco de grande quantidade de investigação, motivada por dois factores principais: em primeiro lugar, o desejo de desenharem intervenções que aumentem a prevalência de tais comportamentos, produzindo melhoramentos na saúde dos indivíduos e populações e, em segundo lugar, o desejo de alcançar uma compreensão mais abrangente das razões pelas quais os indivíduos realizam uma variedade de comportamentos.

Os comportamentos de saúde nos quais os estudos se têm focado, têm sido muito variados, indo desde comportamentos de melhoria da saúde (e.g., exercício físico e alimentação saudável), a comportamentos protectores de saúde (e.g., fazer exames clínicos, vacinação e uso de preservativo), ao evitamento de comportamentos



prejudiciais à saúde (e.g., fumar e consumo excessivo de álcool) e, comportamentos no âmbito da doença (e.g., adesão a regimes médicos). Um aspecto unificante, no que respeita a estes comportamentos, tem sido a constatação dos efeitos imediatos e de longo prazo na saúde do indivíduo e o facto de estarem, pelo menos parcialmente, sob o controlo do indivíduo.

Carmody (1997), abordando os comportamentos de saúde, referiu que estes podem afectar a saúde de forma directa ou indirecta, na medida em que, enquanto alguns comportamentos têm um impacto directo na saúde física (e.g., o fumo de cigarros), outros comportamentos têm um impacto indirecto, através da sua associação com padrões de comportamento ou estilo de vida, que têm um impacto directo na saúde. Por exemplo, o facto da hostilidade aumentar o risco coronário devido à sua associação com outros comportamentos de risco coronário, tais como fumar (Scherwitz & Rugulies, 1992; Smith & Christensen, 1992, cit. in Carmody, 1997).

Para este autor, os comportamentos relacionados com a saúde também variam em termos do prazo do seu impacto na saúde, sendo que alguns têm um impacto imediato (e.g. cortar-se acidentalmente com uma faca), outros têm um efeito de longo termo (e.g. dieta rica em gorduras) e existem acções com duplo impacto (e.g., fumo de tabaco, restrições alimentares, uso de protector solar, exercício físico regular). Outro aspecto comum dos comportamentos relacionados com a saúde é o facto de interagirem entre si, de formas variadas, para além da forma mais óbvia de correlacionarem positivamente, constituindo um padrão (e.g. álcool, fumo e consumo de café estão interrelacionados, Carmody et al., 1985; Istvan & Matarazzo, 1984, cit. in Carmody, 1997). Os comportamentos protectores de saúde podem interagir com comportamentos de risco para a saúde (e.g., o exercício físico é um possível substituto saudável para o hábito tabágico), alguns comportamentos podem tornar-se “pistas” para outros comportamentos (e.g., *cocktail* e um cigarro), e, em alguns casos, parar um comportamento relacionado com a saúde pode até conduzir ao fortalecimento de outro (e.g., deixar de fumar levando temporariamente a aumento de apetite e, maior ingestão alimentar).

Neste âmbito, passamos para a concepção de estilo de vida saudável, que, segundo Steptoe et al. (1994), implica a adopção de comportamento de saúde consistente ao

longo de um conjunto global de actividades, em contraste à concepção de estilo de vida não saudável, que envolve fracasso em tomar precauções ou seguir recomendações de saúde, num largo espectro de actividades.

Relativamente à investigação sobre o estilo de vida das populações, estes autores referiram-se a abordagens que classificavam os sujeitos, relativamente ao seu estilo de vida, segundo comparação com a média da população para esse comportamento específico. Como limitação a esta abordagem, afirmam que esta classificação, segundo critérios baseados na média populacional e não absolutos, conduzia a que os indivíduos pudessem ser classificados como possuidores de um estilo de vida saudável, não o sendo, apenas porque a maior parte da população apresentava um estilo de vida ainda menos saudável. Como exemplo, referem o estudo de Langlie (1979, cit. in Steptoe et al., 1994), no qual os sujeitos, embora apresentando um comportamento pouco consistente e positivo no que respeita ao uso do cinto de segurança, foram classificados como *saudáveis* a este nível, devido ao facto de menos de metade da população utilizar sempre o cinto de segurança na condução.

De acordo com Vickers, Conway e Hervig (1994) a asserção de que o comportamento de saúde é multidimensional, ou seja, de que os comportamentos não são monolíticos nem independentes, tendendo a associar-se em padrões comportamentais, tem importantes implicações para a conceptualização, medida e modificação deste comportamento, implicando que os modelos teóricos não deveriam tratar o comportamento de saúde como uma única entidade.

Estes autores seleccionaram 40 comportamentos de saúde, para representarem quatro grandes categorias empíricas: (a) comportamentos que reduzem o risco de sobrecarregar a capacidade adaptativa do organismo; (b) comportamentos que envolvem tomada de risco, primariamente como peão ou condutor; (c) comportamentos que deveriam ajudar a prevenir o surgimento do estado de doença; (d) comportamentos que poderiam melhorar a saúde, ao invés de apenas prevenir a doença. Foi replicada a evidência de que os comportamentos de saúde podem ser agregados para representar dimensões de comportamento potencialmente significativas, com um padrão replicável, em amostras comparáveis, sendo

identificadas quatro dimensões como necessárias para resumir os padrões de associação.

Em geral, os comportamentos que eram indicativos das diferentes dimensões podiam ser interpretados como identificando comportamentos relacionados com: (a) manutenção e melhoria do bem estar; (b) evitamento ou minimização dos efeitos dos acidentes; (c) correr riscos, primariamente relacionados com exposição evitável a perigos enquanto peão ou condutor de automóvel; (d) evitamento de substâncias que poderiam afectar negativamente a saúde (e.g., tabaco e álcool) e, em menor grau, outros factores que poderiam prejudicar a capacidade adaptativa do organismo (e.g. germes, poluição). Os autores sugeriram que estas dimensões de comportamento de saúde replicáveis, podiam ser agregadas em duas categorias de dimensão superior: Comportamento Preventivo (contendo a manutenção e melhoria do bem-estar e o controlo de acidentes) e a Tomada de Risco (contendo o risco no trânsito e o risco de substâncias). O risco de substâncias, embora sendo conceptualmente um elemento da Tomada de Risco, estava também ligado, de forma empírica, ao Comportamento Preventivo. Este modelo hierárquico proposto, conduz à necessidade de investigação, no sentido de se identificar explicações plausíveis para as associações verificadas, a partir do estudo de factores antecedentes, que possam determinar a razão pela qual certas combinações particulares de comportamentos ocorrem regularmente.

Considerando a existência de considerável discórdia sobre o papel do estilo de vida em certas doenças e, que, enquanto esta relação não estiver perfeitamente clara e aceite, o público não poderá estar suficientemente informado sobre as relações entre estilos de vida e factores de risco, Steptoe e Wardle (1994) pretenderam avaliar as opiniões a este nível de académicos, clínicos e investigadores experientes na área da saúde pública, epidemiologia e medicina social, de um conjunto de países europeus, para perceber as variações existentes.

No que respeita à doença coronária, praticamente todos consideraram os hábitos tabágicos uma influência *definitiva* e, a maioria considerou o consumo de álcool, peso corporal, gordura da dieta alimentar, stress e exercício físico praticado como influências *definitivas* ou *prováveis*. O padrão foi similar para a pressão sanguínea elevada, com excepção da ingestão de gordura, que só cerca de metade considerou

relevante e, o consumo de sal, que foi assinalado positivamente pela quase totalidade dos peritos. Relativamente ao papel do consumo de fibra, em ambas as condições, os resultados foram misturados. Relativamente ao cancro no pulmão, apenas o fumar foi considerado uma influência preponderante pela maioria dos respondentes, praticamente na totalidade considerando a relação como *definitiva* e, embora tenha sido estabelecida uma associação muito frequente com o stress, menos de um quinto considerou haver uma ligação *definitiva* ou *provável*. O cancro da mama produziu respostas muito variadas, e similarmente, no caso da diabetes, só o peso corporal foi considerado uma influência *definitiva* pela maioria dos respondentes, sendo que mais de metade consideraram o álcool, exercício e stress como factores *definitivos* ou *prováveis*.

Existiram poucas diferenças significativas no padrão de respostas, em função da área profissional de base e dos anos de experiência e, não foram encontradas diferenças consistentes entre os especialistas das diversas regiões em relação à influência do tabaco, álcool, exercício ou peso corporal nas doenças; no entanto, no que respeita a outros factores de estilo de vida (e.g., stress, ingestão de gordura e consumo de sal), emergiu uma tendência do Reino Unido e Irlanda, para a atribuição de uma influência *definitiva* menos vezes que as outras regiões, atribuindo uma fraca relação entre stress e doença coronária e, sal e hipertensão, para a qual os autores não encontraram uma explicação disponível.

A questão de afastarem por completo a hipótese de influência de um comportamento em determinada doença (i.e., responder *provavelmente não* ou *definitivamente não* para qualquer relação particular), foi quase inexistente, o que os autores consideraram compreensível, à luz dos métodos científicos prevalecentes, que atribuem aos resultados positivos das investigações um estatuto muito mais elevado que aos negativos. Assim, no que respeita à doença coronária e ao cancro do pulmão, não mais de metade dos especialistas afastaram inteiramente algum factor, o que leva Steptoe e Wardle (1994) a considerarem que o estilo de vida é muitas vezes considerado como “culpado até provada inocência”, em vez do contrário.

Relativamente ao facto de poucos factores de estilo de vida terem sido considerados inequivocamente relacionados com qualquer uma das cinco doenças, os autores

afirmaram que a discordância existente entre os especialistas e a relutância em fazer afirmações definitivas, funcionaria como uma barreira à mudança do estilo de vida dos indivíduos.

#### Estudos sobre comportamentos de saúde.

O “European Health and Behaviour Survey” (Wardle & Steptoe, 1991) foi um estudo efectuado com população universitária, num conjunto de países europeus, com o objectivo de aferir os comportamentos de saúde, as crenças respeitantes às relações entre saúde e comportamento, e conhecimento sobre a influência do comportamento num grupo de doenças específicas, para possibilitar uma comparação internacional a este nível, através da utilização de um protocolo e procedimentos estandardizados.

Foram avaliadas cinco grandes classes de comportamentos de saúde: (a) uso de substâncias; (b) práticas de saúde positivas; (c) hábitos de dieta e alimentação; (d) comportamento de condução e (e) cuidados de saúde preventivos. No que respeita aos resultados iniciais, relativos à amostra inglesa, uma descoberta notável foi a consistência das diferenças de género nos comportamentos de saúde, com as mulheres tendo maior probabilidade de seguir uma dieta saudável, escovar os dentes com regularidade, protegerem-se da exposição solar, guiar dentro dos limites de velocidade, efectuar *checkups* dentários periódicos, acesso regular ao médico e medição da pressão sanguínea. Os homens mostraram estilos de vida mais saudáveis que as mulheres, apenas em termos de exercício físico e, ao contrário do que era esperado, não houve diferença no nível de álcool consumido por homens e mulheres, concordando com a hipótese colocada por Fillmore (1987; Hilton, 1988, cit. in Wardle & Steptoe, 1991) de que a distância entre os dois sexos, a este nível, tem vindo a estreitar-se, especialmente devido ao aumento de consumo feminino. Relativamente aos hábitos tabágicos, não existiram diferenças, assim como na actividade de auto-exame (mamário, nas mulheres, e testicular, nos homens), na qual se verificaram níveis muito baixos em ambos os sexos.

No que respeita às crenças sobre a importância de diferentes actividades para a manutenção da saúde, *não conduzir quando se bebeu e utilizar o preservativo com um novo parceiro sexual* foram consideradas as mais importantes dos 25 itens

avaliados, e a lavagem dentária regular ficou posicionada em terceiro lugar, mostrando que pode ser atribuída elevada importância para manutenção da saúde a comportamentos que não envolvem risco de vida.

A relação encontrada entre crenças sobre a importância de cada comportamento, e a prática dos mesmos, foi muito elevada, em contraste com o conhecimento sobre a influência dos comportamentos na saúde, que não teve relação com a prática destes comportamentos, nomeadamente no que se refere ao consumo de gordura animal, sal, fibra, tabaco e prática de exercício; apenas se verificou uma relação entre conhecimento e prática do comportamento, no que respeita ao consumo de álcool, mas, sendo os consumidores, mais do que os não consumidores, a mostrar maior grau de conhecimento sobre o efeito prejudicial do álcool.

O conhecimento da influência do comportamento na doença também não foi correlacionado com a força das crenças sobre a importância destas comportamentos para a manutenção da saúde, o que indica que estas crenças não derivam do conhecimento sobre a influência dos comportamentos na saúde e doença.

No que respeita aos dados relativos aos hábitos tabágicos, nos 21 países europeus que integraram o European Health and Behaviour Survey, Steptoe et al. (1995) verificaram que a prevalência média de sujeitos fumadores nas amostras dos países foi 33,1% nos homens e 29,0% nas mulheres, com grandes variações entre os países. Nos homens, as taxas mais elevadas foram observadas nas amostras da Áustria, Portugal, Noruega e Grécia, e as taxas mais baixas foram reportadas na Hungria, Finlândia, Bélgica, Suécia e Islândia, verificando-se marcada similaridade nas proporções relativas de ambos os sexos, em cada país, o que indicou como provável que a uniformização crescente das oportunidades educacionais e culturais para ambos os sexos tenha levado a uma uniformidade dos hábitos de fumo. Diferenças significativas nas proporções de homens e mulheres fumadores estiveram presentes em apenas cinco países: Áustria, Bélgica, Finlândia, Países Baixos e Polónia, havendo, em cada um dos casos, uma prevalência mais elevada entre os homens que entre as mulheres.

As amostras de países com uma prevalência mais elevada de fumadores também tiveram uma proporção mais elevada de fumadores de maior número de cigarros por dia, o que sugere que os países nos quais a cultura do tabaco está mais generalizada, toleram níveis mais elevados de hábito tabágico.

Relativamente às crenças, na generalidade, os sujeitos mostraram elevada crença na importância de não fumar para a saúde, e os níveis médios desta crença foram mais elevados nos países com a menor prevalência de hábitos tabágicos, sendo aparente a existência de associação próxima entre crenças sobre o consumo de tabaco e comportamentos tabágicos.

No que respeita à consciência de risco associado aos hábitos tabágicos, não foi menor nos países com elevada prevalência tabágica, pois virtualmente todos os sujeitos estavam conscientes da associação entre fumar e malefícios para a saúde e, além disso, houve indicação de que, na maioria dos países, a consciência desta ligação foi maior nos fumadores que nos não fumadores, contrariando a ideia convencional de que os fumadores têm menos consciência dos malefícios do tabaco; houve grande consciência da relação entre o tabaco e o cancro do pulmão, mas menos da relação entre tabaco e doença coronária, sendo grave, segundo os autores, que apenas um terço de um grupo de um sector educado da população tenha mostrado consciência desta relação.

Foram encontradas crenças mais fortes na importância de não fumar entre os não fumadores que entre os fumadores, em todos os países, mas, no que respeita à relação entre fumar e consciência da relação entre tabaco e doença coronária, a relação ocorreu numa direcção não esperada, na medida em que, em todos os países, os valores médios de consumo de tabaco foram superior nos sujeitos que possuíam maior consciência da relação entre tabaco e doença coronária.

Relativamente ao desejo manifesto de reduzir a quantidade de tabaco, aproximadamente dois terços dos fumadores o manifestaram, sendo uma proporção mais elevada que a observada nas amostras representativas nacionais na Europa, o que sugeriu que os jovens fumadores com nível educacional mais elevado poderiam estar mais desejosos de reduzir que outros sectores da população; verificou-se uma

associação negativa consistente entre níveis de consumo de tabaco e desejo de reduzir, com os fumadores mais pesados tendo menor desejo de redução e, as crenças na importância de não fumar para a saúde eram superiores nos sujeitos com vontade de reduzir e, particularmente baixas nos que não desejavam.

No que respeita às práticas alimentares saudáveis, Wardle et al. (1997) consideraram relevante a prevalência muito baixa de práticas alimentares saudáveis nesta população de jovens universitários, principalmente tendo em conta tratar-se de um sector educacionalmente privilegiado da população europeia, no qual, provavelmente, o nível de práticas alimentares saudáveis atinge o pico dentro deste escalão etário. No entanto, os autores chamaram a atenção para o facto de se saber que esta faixa etária não representa o cume desenvolvimental nas práticas alimentares saudáveis, tendo sido encontrado por Lau, Quadrel e Hartman (1990, cit. in Wardle et al., 1997) que os estudantes reportavam significativamente menos práticas alimentares saudáveis que os seus pais.

Verificou-se que mais mulheres que homens referiram esforçar-se por ingerir fibra, e estar a tentar evitar gordura e colesterol na sua dieta, sendo a diferença de género significativa neste último caso, em cada país separadamente e, no conjunto dos países. Relativamente ao consumo de carne vermelha, houve uma grande diferença de género, com as mulheres referindo níveis mais baixos de consumo de carne vermelha do que os homens, em todos os países e, sendo o vegetarianismo igualmente mais comum no sexo feminino, variando de níveis negligenciáveis na maior parte dos países, a níveis substancialmente mais elevados na Escócia, Inglaterra e Alemanha ocidental. Comparativamente com os outros comportamentos, mais sujeitos referiram moderação no uso do sal, sem diferenças de género significativas e, a variação internacional indicou o esperado consumo de fruta mais elevado nos países mediterrâneos e menor consumo de carne vermelha nos países nórdicos.

As correlações entre os vários hábitos alimentares foram moderadas, sendo a mais elevada entre o evitamento do consumo de gordura e a ingestão de fibra. Verificou-se uma forte associação entre um índice de massa corporal mais elevado e, melhores práticas alimentares, no que respeita ao consumo de gordura, fibra, carne vermelha e



fruta, com os que fazem dieta a apresentar significativamente mais hábitos alimentares saudáveis que os outros, a este nível; segundo os autores, este facto pareceu reflectir uma maior sensibilidade para a melhoria da saúde através das práticas alimentares, por parte de quem tem maior preocupação com o peso corporal.

Existiram diferenças de género significativas em todos os factores alimentares, à excepção do consumo de sal, verificando-se melhores práticas alimentares no sexo feminino.

No que respeita às crenças quanto aos benefícios dos hábitos alimentares para a saúde, verificou-se que as práticas alimentares saudáveis foram fortemente associadas com nível elevado de crenças na importância da alimentação para a saúde, sendo um efeito consistente para os cinco comportamentos, em ambos os sexos e em todos os países; desta forma, o sexo masculino revelou crenças menos elevadas nos benefícios de cada um dos factores alimentares e, segundo Wardle et al. (1997), pode sugerir-se que as diferenças de género nas crenças de saúde podem contribuir para as diferenças de género nos comportamentos de saúde.

Na medida em que, nos últimos trinta anos, tem havido um aumento progressivo das diferenças na esperança média de vida entre a população da Europa ocidental e a Europa de leste, com taxas de mortalidade prematura muito mais acentuadas nos países europeus de leste, Steptoe e Wardle (2001) analisaram os comportamentos de saúde nos estudantes universitários de ambas as regiões europeias; tendo em conta que a morte prematura de doenças cardiovasculares e causas externas são os principais contributos para este padrão, pretenderam investigar a prevalência de opções não saudáveis em 12 comportamentos de saúde, assim como factores que pudessem estar associados a estes.

A análise do índice de estilo de vida saudável indicou que 47,1% dos europeus de leste tinha um estilo de vida saudável, comparativamente a 63,4% dos ocidentais e, para sete dos 12 comportamentos, os valores médios de comportamento não saudável foram superiores no leste que no ocidente, tendo os estudantes da Europa de Leste maior probabilidade de não fazer exercício regular, beber álcool, não fazer esforços para evitar a gordura e aumentar o consumo de fibra, adicionar sal à comida, não usar

cinto de segurança e não usar protecção solar. Relativamente aos hábitos tabágicos, verificou-se a existência de mais fumadores regulares nos estudantes ocidentais que nos de leste, não existiram diferenças no consumo de fruta e, o auto-exame regular, mamário e dos testicular, foi infrequente em toda a amostra, não correlacionando com a região.

Os estudantes da Europa ocidental mostraram maior consciência das relações entre a elevada pressão sanguínea e o consumo de sal, consumo de álcool e exercício, e também da associação da doença coronária com hábitos tabágicos, exercício físico e consumo de gordura, o que indicou menor consciência de risco nos estudantes do leste.

Relativamente ao facto de os estudantes do leste utilizarem em menor grau o cinto de segurança no lugar fronteiro da viatura, foi interpretado por Steptoe et al. (2001) à luz da mortalidade excessiva devido a causas externas, tal como acidentes, que foi descrita em estados socialistas (Bobak & Marmot, 1996, in Steptoe et al., 2001). Os autores defenderam que o padrão de estilos de vida menos saudáveis verificado no leste não era simplesmente um produto de escolha individual e descuido com a saúde, pois o facto dos sujeitos terem revelado baixo conhecimento sobre o papel dos factores de estilo de vida no evitamento da doença, é explicativo de que tivessem poucos motivos para desejar a mudança do estilo de vida, apesar de atribuírem maior importância à saúde que os estudantes ocidentais, cujos comportamentos mostraram ser mais saudáveis.

Relativamente a um sub-grupo da amostra portuguesa incluída no European Health and Behaviour Survey (Wardle & Steptoe, 1991; Steptoe & Wardle, 1992), Geada, Justo, Santos, Steptoe e Wardle (1994) analisaram os sete hábitos de saúde (Belloc & Breslow, 1972; Breslow & Enstrom, 1980, cit. in Geada et al., 1994) e quatro comportamentos de risco ligados à condução automóvel (não utilização do cinto de segurança, excesso de velocidade, consumo de álcool e consumo de drogas).

A análise permitiu constatar que estes se associavam em variáveis específicas, permitindo encontrar 4 factores de saúde: (F1) Comportamentos Aditivos; (F2) Comportamentos Básicos de Saúde; (F3) Aptidão Física e (F4) Aparência

Física/Imagem do Corpo e, dois factores de risco: (F1) Comportamento Desviante/Irresponsável e (F2) Comportamento de “Busca de Sensações”, o que sugeriu a ligação provável entre a adesão a alguns comportamentos saudáveis ou de risco e estilos de vida específicos (Slater & Linder, 1988, cit. in Geada et al., 1994).

Verificou-se que conduzir em estado de alcoolémia correlacionou negativamente com os hábitos de saúde ligados ao consumo de álcool e de tabaco e, estes dois hábitos de saúde correlacionam negativamente e de forma elevada com o uso de drogas, revelando-se um padrão congruente e consistente de comportamentos de risco e de comportamento aditivo, com necessária implicação para a tomada em conta destes padrões no desenvolvimento de programas preventivos. A ultrapassagem dos limites legais de velocidade correlacionou positivamente com o hábito de comer entre as refeições e, negativamente com o de tomar o pequeno-almoço, sugerindo que os estudantes caracterizados por estes dois comportamentos parecem enquadrar-se num perfil de funcionamento dirigido para a busca de sensações (e.g., conduzir a velocidade elevada).

Verificou-se excedência mais frequente dos limites de velocidade e maior consumo de álcool no sexo masculino, mas também mais exercício físico e maiores hábitos de dieta e, os dois primeiros comportamentos sugeriram a prevalência de um traço psicológico de “busca de sensações” (Zuckerman, 1964, cit. in Geada et al., 1994) que não se evidenciou no sexo feminino.

Por outro lado, os autores salientaram o facto de que a adesão a comportamentos de saúde pareceu congruente com o evitamento de comportamentos de risco em domínios tão diferentes como conduzir ou utilizar drogas.

Ao contrário do esperado pelos autores, os hábitos de saúde não correlacionaram com o bem-estar psicológico, mas a sua dimensão *Significabilidade* modulou a frequência de comportamentos de risco, predizendo o seu evitamento.

Numa análise efectuada por Dias, Costa, Manuel, Neves, Geada e Justo (2001), aos comportamentos de saúde de estudantes universitários de quatro licenciaturas no âmbito das ciências da saúde (Medicina Dentária; Engenharia Alimentar e Nutrição;

Ciências Farmacêuticas; Educação Física, Saúde e Desporto), as diferenças encontradas nos comportamentos de saúde, ao longo da progressão na licenciatura, nem sempre se traduziram numa melhoria dos mesmos.

No sexo feminino, verificou-se uma ligeira diminuição do consumo de tabaco do 1º para o 2º ano, enquanto que nos 3º e 4º anos se detectou um incremento tão intenso que colocou este consumo muito acima do observado no 1º ano; a percentagem de mulheres que não consumiam álcool aumentou do 1º até ao 3º ano, mas, no 4º ano, diminuiu para um nível inferior ao inicial; no que se refere às consultas de rotina ao dentista, foi encontrada uma oscilação, que se iniciou no 1º ano (com 82% dos estudantes a realizarem um checkup anual) e, terminou no 4º ano (com pouco mais de metade a terem esse procedimento). No que respeita à realização do exame de Papanicolau, o número de mulheres que nunca o realizou desceu nitidamente entre o 1º e o 3º ano do curso, aumentando inesperadamente no 4º ano.

No sexo masculino, as diferenças significativas ao longo da progressão no curso também foram em número reduzido, verificando-se uma evolução nitidamente positiva no consumo diário de fruta e, na intenção de aumentar a prática de exercício físico, quando, pelo contrário, a evolução do consumo de café é nitidamente negativa.

Segundo Dias et al., uma das conclusões mais salientes foi a resistência à mudança, observada relativamente aos comportamentos salutogénicos, sugerindo a fraca relação entre a progressão do sujeito enquanto aluno de estudos universitários da área das ciências da saúde (com um nível de conhecimento progressivo sobre os benefícios e malefícios dos vários comportamentos na saúde) e, a melhoria efectiva dos seus comportamentos de saúde.

Procurando investigar a prevalência de cinco classes de comportamentos de saúde, que foram identificados em estudos europeus e americanos como preditivos das taxas de morbilidade e mortalidade, McIntyre, Soares e Silva (1997) realizaram um estudo numa amostra de adolescentes da região de Braga.

Em comparação com os resultados da amostra universitária inglesa e, em algumas variáveis, da amostra portuguesa (Steptoe & Wardle, 1992; Wardle & Steptoe, 1991, cit. in McIntyre et al., 1997), verificou-se que, em geral, ambas as amostras parecem apresentar um padrão semelhante de hábitos de saúde, especialmente na comparação dos dados ingleses com os dos estudantes portugueses mais velhos (15-19). Na generalidade, os hábitos de saúde dos adolescentes portugueses pareceram ser relativamente saudáveis, apresentando apenas como preocupantes a regularidade da toma do pequeno-almoço (3% raramente ou quase nunca o tomavam), o consumo de *snacks* entre as refeições (39,9% faziam-no), o consumo de café (5,6% bebiam duas ou mais chávenas de café por dia) e coca-cola (5,6% bebiam mais que duas cocacolas por dia). Encontrou-se uma ligeira tendência mais saudável nos portugueses em termos de adição de sal e consumo de carne de vaca, que os autores referiram esperar que tendesse a diminuir com a idade, aproximando-se dos valores ingleses.

Em relação às práticas de saúde e aos cuidados preventivos, os adolescentes portugueses pareceram apresentar alguns problemas em termos de higiene dentária e acesso regular ao médico e ao dentista, na medida em que apenas 30,3% iam ao médico regularmente e, 41,1% ao dentista. Foi encontrada uma grande percentagem de auto-medicação, especialmente nas raparigas (28,2%) que os autores consideraram poder estar relacionada com a baixa utilização do médico de família e, a acessibilidade corrente a muitas medicações sem prescrição, através das farmácias.

Relativamente aos comportamentos de risco, os sujeitos portugueses, apesar da sua idade mais jovem, apresentaram uma taxa mais elevada de consumo regular de álcool do que a amostra universitária inglesa e, uma taxa ainda mais elevada de hábitos tabágicos.

Verificou-se também uma consciência diferencial dos riscos de saúde envolvidos no consumo de álcool e tabaco, sendo referido o desejo de redução do tabaco como superior ao desejo de redução do consumo de álcool.

Os dados mostraram uma influência significativa da idade e sexo do adolescente nos seus hábitos de saúde e comportamentos de risco: Relativamente a diferenças de género, as raparigas apresentaram mais práticas de saúde positivas, apenas, no que

respeita à higiene dentária, apresentando taxas semelhantes aos rapazes no consumo de café, álcool e tabaco. Segundo McIntyre et al., este dado contradiz os dados portugueses universitários, mas não os ingleses, sugerindo uma tendência actual para maior aproximação entre os sexos no que diz respeito aos comportamentos de risco. A influência da idade pareceu ser mais alargada, estando associada a uma diminuição de comportamentos saudáveis e a um aumento de comportamentos de risco.

## Personalidade

Segundo Pitts (1992), existem tantas definições de personalidade como teóricos de personalidade, cada uma reflectindo a abordagem do teórico que a sugere. Uma definição de personalidade vastamente aceite é a de Allport (1961, cit. in Pitts, 1992) que descreve a personalidade como “the dynamic organization within the individual of those psychophysical systems that determine his characteristic behaviour and thought” (p.609).

Palenzuela e Barros (1993) referiram que a terceira década do século XX viu o crescimento da psicologia da personalidade como um novo campo na psicologia, que emergiu com grande ímpeto, como foi demonstrado quando Murray apontou o termo “personologia” para se referir a uma nova ciência, a ciência da pessoa, ou quando Allport introduziu o estudo da personalidade nos Estados Unidos, em 1937. Uma das maiores preocupações foi, desde o início, a procura de elementos básicos para o seu estudo (Allport, 1958; Wallace, 1967, cit. in Palenzuela & Barros, 1993) e, os anos 40 e 50 viram a emergência de grandes teorias e grande quantidade de investigação à volta de duas unidades básicas, que Allport e Murray propuseram para o estudo da personalidade: Respectivamente, os traços e os motivos (necessidades).

Os traços de personalidade podem ser definidos como “dimensions of individual differences in tendencies to show consistent patterns of thoughts, feelings, and actions” (McCrae & Costa, 1990, cit. in McCrae & Stone, 1997, p.30). Segundo Kendrick e Funder, 1988; Tellegen, 1991 ( cit in Caspi et al.,1997), os traços de personalidade, enquanto estilos de relação com o mundo, representam tendências para o sujeito se comportar, pensar e sentir de certas formas.

No entanto, segundo Palenzuela e Barros (1997) este período de grande valorização foi seguido por uma profunda crise que se iniciou por volta da década de 60, com prevalência dos defensores da importância dos factores da situação como determinantes do comportamento, em detrimento da importância preponderante de traços estáveis, contínuos a todas as situações. O culminar do afastamento dos traços, enquanto constructos privilegiados na psicologia da personalidade, deu-se no início dos anos 70, quando Mischel substituiu os traços pelas cognições, enquanto unidades de estudo no campo da psicologia e da abordagem da aprendizagem socio-cognitiva.

Depois da crise de 60 e 70, nos anos 80 o campo da personalidade parece ter recuperado a sua vitalidade, havendo autores, como Magnusson (1990, cit. in Palenzuela & Barros, 1993), que enfatizam a necessidade de integrar perspectivas e abordagens, salientando que a fragmentação da investigação teórica e empírica tem sido o principal impedimento do progresso da psicologia em geral, e do campo da personalidade em particular.

No estudo da personalidade, podem ser identificadas grandes controvérsias, sendo a primeira a questão de sabermos se pode ou não ser determinada uma disposição geral para nos comportarmos de uma forma particular, em vez de outra (Pitts, 1992).

Os teóricos defensores dos traços, preconizam esta predisposição geral e abrangente, negligenciando a importância da situação específica como influência do comportamento, enquanto o movimento comportamentalista rejeita esta concepção, vendo o comportamento como um número de sequências de estímulo-resposta, em que padrões gerais de resposta não são considerados.

Para Pitts, outra grande diferença entre as teorias da personalidade é o grau pelo qual enfatizam a individualidade de cada pessoa, dando origem a duas abordagens, a *ideográfica* e a *nomotética*. Dentro da primeira abordagem, teóricos como Allport, deram grande ênfase ao carácter único da personalidade individual, acreditando que as comparações entre pessoas são de valor limitado, enquanto, em contraste, autores como Cattell e Eysenck preocuparam-se em estabelecer grandes dimensões de personalidade, que, embora estando presentes, em certo grau, em todas as pessoas, permitem diferenciá-las.

### Modelo dos cinco factores de personalidade.

Segundo Lima (1997), o Modelo dos Cinco Factores de Personalidade “Five Factor Model”, no original), é uma representação da estrutura da personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade, sendo cada uma delas designada a partir de um traço geral que abarca o tema semântico compartilhado pelos traços que a constituem.

A origem do nome dos factores deriva, por um lado, da tradição lexical e, por outro, da tradição do estudo com questionários (McCrae & John, 1992, cit. in Lima, 1997).

A tradição lexical estabelece que todas as diferenças individuais importantes terão sido registadas e codificadas em termos, num qualquer ponto da evolução da linguagem e que, descodificando-os, poderão ser descobertas as dimensões básicas da personalidade. Assim, a característica que distingue esta abordagem é a identificação do universo dos traços de personalidade no léxico, ou seja, na linguagem vulgar, do dicionário (Raad & Szirmak, 1994, cit. in Lima, 1997). A tradição lexical assume que a estrutura da personalidade é universal e, em sua defesa, foram encontradas estruturas factoriais semelhantes das escalas de medição, em diversos idiomas. Além disso, considera que, para o leigo, a personalidade é definida por termos comuns (as formas pelas quais os sujeitos se compreendem a si e aos outros) e, que, os investigadores têm que falar esta linguagem, para que os sujeitos que vão avaliar os compreendam. Segundo Lima, muitas revisões históricas consideram o seu começo formal a declaração de Norman (1963, cit. in Lima, 1997), segundo a qual os 5 factores seriam uma taxonomia adequada dos atributos da personalidade, propondo a seguinte categorização: I- Extroversão, II- Amabilidade, III- Conscienciosidade, IV- Estabilidade Emocional e V- Cultura.

A segunda tradição é a da análise dos questionários, particularmente a partir do trabalho de Eysenck, que identificou a Extroversão (E) e o Neuroticismo (N) como duas componentes essenciais da estrutura da personalidade. Wiggins (1968, cit. in Lima, 1997) baptizou-os de “Dois Grandes” ( “Big Two”, no original), abrindo caminho para a designação por Goldberg de “Cinco Grandes” (“Big Five”, no



original), relativa aos cinco factores. McCrae et al. (1994, cit. in Lima, 1997) consideram que, embora a linguagem não técnica nos faculte uma perspectiva importante sobre a personalidade, têm sido encontradas importantes diferenças individuais, que não estão bem representadas na linguagem natural e que, inversamente, os estudos factoriais têm encontrado nos questionários todos os factores baseados nos estudos lexicais. Além disso, embora existam muitas teorias da personalidade e, muitos questionários para as operacionalizar, McCrae e Costa (1992, cit in Lima, 1997) dizem que há uma redundância considerável naquilo que eles medem. Tentaram, assim, explicar o máximo de variância, a partir dos factores estabelecidos, procurando, depois, comunalidades naquilo que se manteve inexplicado e conseguindo, desta forma, iniciar um mapa sistemático dos traços da personalidade.

A partir dos constructos gerais N e E, encontrados por Eysenck, Costa e McCrae incluíram a dimensão Abertura à Experiência (*Overture*, no original- O) e, mais tarde (1985, 1989), criaram escalas para medir a Conscienciosidade (C) e a Amabilidade (A).

Segundo Lima, o Modelo dos Cinco Factores de Personalidade foi um dos que forneceu maior contributo à tentativa de organização do complexo domínio da personalidade, através da sua taxonomia e do ressurgimento dos traços como constructos centrais na análise da personalidade, nos anos 90.

Para Widiger e Trull (1997), a principal atracção do Modelo dos Cinco Factores de Personalidade é, fundamentalmente, o facto de se basear em dados empíricos, recolhidos através de investigações quantitativas, e, o facto de ter uma posição teórica mais neutra; embora lhe seja criticada a falta de uma teoria explícita para o desenvolvimento das disposições de personalidade (e.g., Block, 1995; Butcher & Rouse, 1996, cit. in Widiger & Trull, 1997), o modelo deseja apenas fornecer uma descrição da personalidade razoavelmente compreensível, apresentando os traços que são mais importantes nas descrições do próprio e dos outros, de uma forma que não favorece nenhum modelo teórico particular, enquanto a validade de outras descrições da personalidade dependem substancialmente da validade da perspectiva teórica particular de que derivam.

Segundo Palenzuela e Barros (1993), embora diferentes abordagens tenham proposto diferentes números e classes de traços, parece ter sido alcançado um consenso, reflectido no Modelo dos Cinco Factores e Revelle (1987, cit. in Digman, 1990) considera que, embora exista a falta de uma explicação teórica para o *como* e *porquê* das cinco dimensões, o consenso relativamente à sua existência é impressionante.

Hogan (1987, cit. in McCrae & John, 1994) assinalou que o Modelo dos Cinco Factores fornece à psicologia da personalidade, pela primeira vez, um fenómeno replicável para ser explicado, fornecendo também, em paralelo, um conjunto de ferramentas que podem ser usadas pelos psicólogos em diferentes áreas, devido ao facto de terem sido criados e modificados vários instrumentos para permitirem a operacionalização do modelo.

Segundo McCrae e John (1994), o apelo do modelo é triplo: (a) integra um vasto conjunto de constructos de personalidade, facilitando a comunicação entre investigadores de diferentes orientações; (b) é compreensivo, dando uma base para a compreensão sistemática das relações entre personalidade e outros fenómenos; (c) é eficiente, fornecendo pelo menos uma descrição global da personalidade, com apenas 5 pontuações. Relativamente à compreensividade do modelo, permitirá que, em estudos sobre o poder preditivo dos traços de personalidade, os próprios resultados nulos sejam informativos, pois se nenhuma das cinco dimensões estiver relacionada com o critério, poderá significar a altura de abandonar a procura por preditores de personalidade.

Segundo McCrae et al. (1999), a evidência de que os traços de personalidade são substancialmente hereditários, estabelecida por Loehlin (1992, cit in McCrae et al., 1999), torna razoável a afirmação de que existem bases biológicas para o desenvolvimento da personalidade, dando lugar ao postulado recente na psicologia dos traços, que os considera disposições endógenas, cuja maturação é minimamente afectada por influências ambientais (McCrae & Costa, 1996, cit. in McCrae et al., 1999).

No entanto, a personalidade atravessa grandes mudanças (e.g., da idade universitária à meia-idade, verificam-se declínios nas dimensões N e E e aumentos em A e C, em

ambos os sexos, sumariando o que é considerado “maturidade”). A estabilidade da personalidade, para além do facto de ser iniciada por volta dos 30 anos de idade, também se observa no sentido em que as diferenças individuais são preservadas, pois os indivíduos com pontuação mais elevada num traço de personalidade, num determinado momento, tendem a pontuar mais alto nesse mesmo traço, mesmo com intervalos de 30 anos (Costa & McCrae, 1992, cit. in McCrae & Stone, 1997).

Modelo dos cinco factores no âmbito da saúde.

Segundo Funder (1991, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994), apesar de um dado comportamento poder ser influenciado por motivos específicos a esse comportamento ou pelos constrangimentos da situação particular, padrões de comportamentos agregados, incluindo padrões de comportamentos de saúde, deviam ser melhor preditos por constructos de personalidade correspondentes, uma vez que estes constituem dimensões de diferenças individuais que podem afectar um vasto conjunto de comportamentos, em muitas situações.

Para Smith e Williams (1992), apesar do Modelo dos Cinco Factores fornecer a linguagem, os pontos de referência e os instrumentos de medida apropriados à necessária integração de similaridades no campo das relações entre personalidade e saúde, evitando esforços de investigação redundantes, possui algumas limitações potenciais. Embora as suas descrições sejam uma ferramenta muito necessária e valorizável, não contribuem na totalidade para as explicações teóricas da estrutura de personalidade nem para a compreensão dos mecanismos e processos psicossomáticos e, constructos como *optimismo* e *locus de controlo da saúde* não estão bem representados na taxonomia dos cinco factores, no que respeita à aferição de diferenças individuais nestas áreas.

Devido ao facto de o Modelo dos Cinco Factores poder ser interpretado como um exemplo das abordagens tradicionais de traços à personalidade, nas quais os traços são concebidos como diferenças individuais estáveis, muita da investigação nesta área segue a tradicional abordagem de testar os principais efeitos da personalidade na saúde ou resultados relacionados, ignorando teorias que vêem a saúde como influenciada pela interacção entre os traços de personalidade e características

relevantes das situações (Matthews, 1983; Smith, 1989, cit. in Smith & Williams, 1992). Testando apenas os efeitos principais dos traços e não considerando variáveis situacionais, a investigação sobre personalidade e saúde negligencia o facto de traços e situações interagirem activamente, na medida em que os traços de personalidade influenciam escolhas sobre que situações encarar e evitar, assim como a interpretação de factores situacionais (Endler & Magnusson, 1976, cit. in Smith & Williams).

Segundo estes autores, o Modelo dos Cinco Factores, ao tornar salientes as variáveis estáveis e trans-situacionais das pessoas e, não englobando consideração das relações dinâmicas e recíprocas entre pessoas e situações, pode contribuir para afastar a atenção destas considerações importantes, mas muitas destas potenciais limitações potenciais do modelo poderão ser evitadas se os investigadores da personalidade e saúde evitarem uma visão tradicional e estreita da taxonomia dos traços.

Booth-Kewley e Vickers (1994) referiram Vickers et al. (1990) para afirmar que, combinando o Modelo dos Cinco Factores com o modelo de representação dos comportamentos de saúde em quatro dimensões, é possível uma avaliação compreensiva das associações entre largos domínios de personalidade e dimensões de comportamento de saúde.

Segundo Marshall et al. (1994), sem referência a um enquadramento unificado da personalidade, o vasto conjunto de constructos e métodos que a avaliam coloca vários problemas à progressão à investigação sobre relação entre personalidade e saúde, já que o grande número de instrumentos medindo constructos similares, deixa o investigador com pouco racional para seleccionar um estratégia de medida em vez de outra. Além disso, sem uma moldura de referência bem definida, é difícil determinar se o total conjunto de domínios de personalidade potencialmente relevantes está adequadamente representado na investigação realizada em Psicologia da Saúde.

Adoptando como moldura de referência o Modelo dos Cinco Factores e, o “NEO Five-Factor Inventory” (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1985, 1989), para investigar se as dimensões e instrumentos vulgarmente utilizados em Psicologia da Saúde,

poderiam ser explicados, de forma mais concisa, pelas cinco dimensões avaliadas por este modelo, verificaram que poucas dimensões ou instrumentos da Psicologia da Saúde correspondem a *uma*, e apenas *uma*, das cinco dimensões: (a) um factor nomeado de *Controlo Optimista*, englobando índices de esperança, optimismo, auto-estima, controlo interno e ausência de ansiedade, pareceu estar relacionado com N, E e C; (b) um factor nomeado *Expressão de Raiva*, assinalando a experiência de raiva e incluindo as escalas de raiva do “Trait form of the State-Trait Personality Inventory (TPI; Spielberger et al., 1979) e de controlo de raiva do “Self-Analysis: Angry and Furious Scale (SAAF; Spielberger et al., 1985), pareceu estar relacionado com O e N e (c) um factor nomeado *Inibição*, composto por índices englobando a inibição de raiva e a introspecção, parece relacionado com aspectos tanto de N como de O.

Além disso, verificou-se que, embora os resultados indiquem que a maior parte dos instrumentos que avaliam aspectos da personalidade relacionadas com a saúde possam ser explicados, a um nível moderado, pelas dimensões do Modelo dos Cinco Factores, também foi encontrada evidência de especificidade, pois as pontuações do NEO-FFI explicaram menos de 30% da variância de aproximadamente metade desses instrumentos. Assim, Marshall et al. consideraram que o estudo, embora sugerindo que o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade fornece uma moldura organizadora inicial, adequada para a investigação das relações entre personalidade e saúde, apontou também a grande necessidade de complementaridade, com análise de dimensões mais específicas e menos abrangentes.

Para Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997), uma enorme vantagem da utilização do NEO-PI (Costa & McCrae, 1985, cit. in Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste, 1997), para medição das cinco dimensões definidas pelo Modelo dos Cinco Factores, na investigação sobre o comportamento de saúde, é o facto desta medida não conter itens relacionados com a saúde, evitando assim o problema da contaminação de conteúdo.

#### Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade

Segundo Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997), embora se saiba que existe uma relação entre traços de personalidade, estilos de vida e saúde, os dois primeiros

poderiam estar ligados à segunda de diversas formas, originando diferentes modelos teóricos. Suls e Rittenhouse (1990, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste) forneceram uma síntese de três grandes caminhos pelos quais as disposições de personalidade poderiam estar associadas a um risco de problemática de saúde acrescido.

Em primeiro lugar, o modelo da *hiper-reatividade induzida pela personalidade* sugere que certas pessoas estão predispostas a responder aos stressores com reactividade fisiológica exagerada, devido à tendência para avaliar as situações como mais stressantes que o apropriado, ou, por comportamentos que resultam em respostas neuroendócrinas elevadas e, se estes mecanismos fisiológicos directos forem elevados em intensidade e/ou frequência, podem aumentar o risco de doença.

Em segundo, o modelo da *predisposição constitucional* diz que, as disposições de personalidade associadas com o risco de doença, podem simplesmente ser marcas de alguma debilidade física congénita ou anormalidade do sistema orgânico, que aumenta a susceptibilidade à doença e, nesta linha, o estilo de personalidade em si mesmo pode não ter qualquer efeito adverso na saúde física; este modelo, ao assumir uma origem constitucional das disposições de personalidade, que aumenta a susceptibilidade a agentes patogénicos externos ou a degeneração dos órgãos, tem muito em comum com a teoria de Eysenck (1967, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997) dos traços de personalidade herdáveis (e.g., N e E), alguns componentes do padrão de comportamento tipo A (Kranz & Durel, 1983, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), ou a combinação de traços na afectividade negativa (Friedman & Booth-Kewley, 1987, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). No entanto, para os autores, o modelo não explica suficientemente que mecanismos psicofisiológicos particulares aumentam a susceptibilidade a uma doença particulares, em que condições ambientais.

Finalmente, o modelo da *personalidade como preditor de comportamentos perigosos* sugere que os traços de personalidade conferem maior risco de doença de forma indirecta, nomeadamente, por exporem o indivíduo a circunstâncias inerentemente mais arriscadas, na medida em que, certas disposições de personalidade conduzem à escolha de situações que aumentam a reactividade, facilitam a entrada em

comportamentos prejudiciais e/ou desencorajam os comportamentos preventivos de saúde. A combinação dos hábitos prejudiciais à saúde, mais do que a sua extensão, é de verdadeira importância na predição do risco de doença e, no que respeita aos acontecimentos de vida stressantes, estes não são aleatórios, pois certas personalidades aumentam a probabilidade de ocorrência de certos tipos de acontecimentos.

Friedman e Booth-Kewley (1987, cit. in Hogan, 1989), através de uma meta-análise de 101 estudos da relação entre personalidade e doenças como asma, úlcera do aparelho digestivo, doença da artéria coronária, artrite reumatóide e enxaqueca, identificaram que as cinco categorias de doenças estavam associadas com depressão, ansiedade e, em menor extensão, com raiva e hostilidade, a E não estava relacionada com a doença, mas a introversão estava relacionada com três das cinco doenças. Os autores sugeriram que não existe uma relação ponto a ponto entre características específicas de personalidade e doenças específicas, mas que a depressão, ansiedade e hostilidade estariam implicadas numa variedade de doenças, o que os levou a propor o constructo da personalidade “propensa à doença” e, a especular que a personalidade poderia funcionar como o regime alimentar, no qual, desequilíbrios podem predispor a pessoa a uma variedade de problemas de saúde.

Hogan (1989), numa investigação sobre a relação entre personalidade e boa-forma física, verificou a associação positiva entre um tipo de personalidade particular e os três componentes da boa-forma, caracterizando pessoas que são vistas como optimistas, enérgicas, perfeccionistas e competitivas, sendo este o oposto conceptual da personalidade propensa à doença, caracterizada por depressão, ansiedade e hostilidade. Então, sugeriu que a personalidade pode moderar a relação entre boa-forma física e saúde, embora sem estabelecer uma relação de causalidade, que permita identificar se é a prática de exercício e a boa-forma física que contribuem para a auto-confiança, e sentimento de resiliência ou, no sentido inverso, a auto-confiança e robustez que conduzem a pessoa a fazer exercício, que contribui para uma auto-imagem positiva.

Num estudo com população universitária, em quatro países Europeus, Steptoe et al.(1991) observaram que, na globalidade, o índice médio de comportamentos de

saúde foi superior no sexo feminino do que no sexo masculino, reflectindo a consideração geral que as mulheres apresentam comportamentos mais saudáveis num vasto conjunto de actividades, embora as distribuições tenham indicado um padrão predominante de práticas de saúde positivas para ambos os sexos, em cada um dos países.

Relativamente à relação dos comportamentos com dimensões de personalidade, verificou-se que os factores de personalidade explicaram apenas uma pequena proporção de variância no índice de práticas de saúde, o que os autores consideram um resultado comum quando são aferidos factores psicológicos gerais, e, não, atitudes e crenças ligadas a actividades específicas.

O índice de comportamentos de saúde foi positivamente associado a E e, negativamente, ao N e Psicoticismo, sugerindo que os homens e mulheres com estilos de vida saudáveis têm probabilidade de ser extrovertidos e optimistas, estáveis e não neuróticos, com baixas pontuações de psicoticismo e de crenças na influência dos factores do acaso na manutenção da saúde. Segundo os autores, a E pode ser um marcador para a sociabilidade, reflectindo a natureza participativa de algumas práticas de saúde, em conformidade com estudos anteriores que mostraram a existência de comportamentos de saúde mais positivos em pessoas com redes de suporte social mais fortes (e.g., Gottlieb & Green, 1984, cit. in Steptoe et al., 1991).

Para avaliar até que ponto a personalidade pode ser preditiva do ciclo de vida, e quais os mecanismos causais que poderiam estar envolvidos, Friedman et al. (1995) realizaram uma investigação sobre a amostra do “Terman Gifted Children Study” (mais tarde nomeado “Terman Life Cycle Study”), um estudo longitudinal iniciado na segunda década do século XX, quando a maior parte dos participantes eram pré-adolescentes.

Verificaram que valores mais elevados de C, na infância, estavam claramente relacionados com maiores probabilidades de sobrevivência da meia à terceira idade. Examinando a causa de morte, os resultados indicaram que as pessoas com elevada C tinham menor probabilidade de morrer de qualquer causa de morte e, não apenas de morte violenta, como se poderia esperar, devido às características de



responsabilidade e auto-disciplina da dimensão C; esta dimensão mostrou ser um factor protector não apenas para a morte por causa acidental e violenta (que correspondeu apenas a 14% do total de causas de morte) mas também para as principais causas de morte, doença cardiovascular e cancro, constituindo-se como factor preditor de longevidade em qualquer caso.

No entanto, embora o elevado consumo de álcool e hábitos tabágicos estivessem positivamente associados a mortalidade prematura e, as crianças com elevada C tivessem menos probabilidade de crescer como consumidores pesados de álcool e fumadores, as correlações pouco elevadas entre a dimensão de personalidade e estes comportamentos negativos, sugerem que esta dimensão é preditora de longevidade devido a outras diferenças interpessoais na área dos comportamentos de saúde, que não passam pelo consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.

Para os autores, estes resultados aumentaram a probabilidade de que factores psicobiológicos ou psicossociais contribuam para a relação entre C e longevidade e, na medida em que C tem sido geralmente concebida como muito menos provável de ser relacionada com factores biológicos do que, por ex, o N ou a hostilidade crónica (Barefoot, 1992, Chesney & Rosenman, 1985; Eysenck, 1990; Smith & Christensen, 1992, cit. in Friedman et al., 1995), consideraram muito mais provável que factores psicossociais contribuam para a relação entre C e longevidade, lançando a seguinte hipótese: As pessoas com elevada pontuação nesta dimensão podem estar muito melhor preparadas para lidar com os acontecimentos de vida stressantes porque (a) prepararam-se previamente, a nível psicológico (e.g., com padrões proactivos de “coping” com o stress), (b) e nível pragmático (e.g., fazendo um seguro) e (c) podem ter maior probabilidade de manter casamentos estáveis e outro tipo de suporte social, conhecido por predizer melhor saúde e longevidade (House, Landis & Umberson, 1988, cit. in Friedman et al., 1995).

Investigando as relações entre dimensões de personalidade, comportamentos de saúde e atitudes de saúde, em estudantes universitários, Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997) verificaram que os comportamentos de saúde foram ligeiramente superiores nos homens que nas mulheres.

No sexo masculino, foram encontradas correlações positivas de C e A com maiores comportamentos e atitudes saudáveis, e de N com menores comportamentos saudáveis.

No sexo feminino, foram obtidas correlações significativas entre os hábitos de saúde e as cinco dimensões de personalidade, sendo que: (a) as mulheres com pontuações mais elevadas em C e A apresentaram mais comportamentos e atitudes saudáveis; (b) as mulheres que obtiveram pontuações mais elevadas nas dimensões N, E e O, apresentaram menores comportamentos de saúde; (c) as mulheres que tiveram níveis mais elevados nas facetas Hostilidade, Assertividade, Vulnerabilidade e Procura de Excitação, em conjugação com níveis mais baixos de C, apresentaram menores comportamentos de saúde.

Estes resultados suportaram claramente a importância da C e A como preditores, tanto dos comportamentos como das atitudes de saúde, levando os autores a referir que a capacidade de adiamento de prazeres imediatos, em prol da obtenção de resultados de saúde vantajosos a longo prazo, constitui um elemento central da C (Costa, McCrae & Dye, 1991, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997) e, relativamente à A, apontaram os seus resultados como bastante consistentes com os de estudos anteriores (Booth-Kewley e Vickers, 1994; Friedman et al., 1995, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), que sugeriram que elementos particulares da A, como a Confiança e a Rectidão, são factores de saúde chave.

Ingledeu e Brunning (1999), investigando as relações entre personalidade, comportamento preventivo de saúde e optimismo relativo à possibilidade de futuros problemas de saúde, verificaram um efeito interactivo positivo da A e C no comportamento preventivo de saúde e, um efeito interactivo negativo de C e O, sendo o comportamento preventivo mais elevado quando a primeira dimensão é elevada e a segunda baixa.

Embora tivessem encontrado uma aparente associação do N e da E com o comportamento preventivo de saúde, verificaram posteriormente que essas correlações eram, afinal, espúrias e atribuíveis às associações do N e E com A e C, o que os levou à hipótese de que associações similares encontradas em estudos anteriores (e.g., Steptoe et al., 1994), poderiam também ser espúrias.

À luz dos resultados, os autores consideraram muito plausível a noção de que a combinação de baixa O e elevada C é conducente ao comportamento preventivo de saúde e, manifestaram também a necessidade de elucidar, em futuras investigações, o mecanismo detalhado pelo qual a A e C promovem o comportamento preventivo de saúde, lançando a hipótese de que estas dimensões de personalidade se combinam para produzir uma apetência geral para as normas sociais, fazendo com que os indivíduos tenham grande probabilidade de adoptar determinado comportamento preventivo, à medida que ele se torna normativo.

Numa investigação das relações entre personalidade, comportamentos alimentares e sintomas psicológicos relacionados com as desordens alimentares, numa amostra de mulheres universitárias, Brookings e Wilson (1994) verificaram que as seis facetas da dimensão N correlacionaram significativamente com todas as medidas de desordem alimentar, à excepção de uma, o que foi consistente com outros estudos em que o N ou constructos relacionados foram implicados como factores predisponentes para as desordens alimentares (e.g., Friedlander & Siegel, 1990; Johnson et al., 1989; Katzman et al. 1984; Tobin et al., 1991, cit. in Brookings & Wilson, 1994).

Relativamente à Extroversão, todas as suas facetas correlacionaram positivamente com a medida de Desejo de Magreza e, negativamente com a medida de Desconfiança Interpessoal, sugerindo a associação da E com uma crescente valorização da importância de um corpo magro, devido, talvez, à saliência de ocasiões sociais em que os extrovertidos se envolvem, mas diminutos sentimentos de desconfiança e relativamente aos outros.

Verificaram-se ainda correlações negativas, relativamente pouco significativas, entre as facetas de O e as medidas de desordem alimentar.

Um estudo similar ao anterior (Podar, Hannus & Allik, 1999), envolveu um grupo de pacientes com perturbações do comportamento alimentar clinicamente diagnosticadas, um grupo num programa para redução de peso e um grupo de controlo, sendo o índice de massa corporal significativamente superior no segundo grupo, que nos outros dois.

O grupo com perturbações do comportamento alimentar obteve uma pontuação significativamente mais elevada em N e, mais baixa em E, que os outros dois grupos; relativamente à O, o grupo de controlo obteve uma pontuação significativamente mais elevada, na C, o grupo de perturbações do comportamento alimentar obteve uma pontuação significativamente mais baixa e, relativamente a A, não existiram diferenças entre os três grupos.

No que respeita às facetas de N, as pacientes com perturbações do comportamento alimentar pontuaram significativamente mais alto que as do programa de redução de peso na Ansiedade, Hostilidade, Depressão e Vulnerabilidade e, mais alto que o grupo de controlo na Auto-Consciência; nas facetas de E, o grupo com perturbações do comportamento alimentar pontuou significativamente mais baixo que os outros dois em Calor, Gregariedade e Emoções Positivas, mais baixo que o grupo de controlo em Actividade; nas facetas de O, o grupo com perturbações alimentares pontuou significativamente mais alto que o de controlo em Sentimentos, Acções e Ideias e, o grupo do programa de redução de peso obteve valores significativamente mais elevados em Fantasia, Estética e Ideias.

Assim, o N pareceu estar associado a uma predisposição para problemas alimentares, enquanto a E, em primeiro lugar e, a O, em segundo, pareceram funcionar como protectoras relativamente a estes problemas.

Na medida em que a auto-percepção de saúde é considerada um forte preditor do estado de saúde e de resultados associados, como morte prematura, uso dos serviços de saúde e doença psiquiátrica, existindo dados que sugerem que a percepção subjectiva de saúde pobre é um determinante da mortalidade mais forte que a avaliação física do risco (Benyamini et al., 1999; Hupert & Whittington, 1995; Idler et al., 1999, cit. in Goodwin & Engstrom, 2002), Goodwin e Engstrom investigaram a influência potencial dos factores de personalidade na auto-percepção de saúde, em contexto comunitário.

Verificaram que o conjunto de indivíduos com percepção de saúde fraca, englobava mais sujeitos do sexo feminino, e com uma média de idades mais baixa, comparativamente aos que se percepcionavam de boa saúde.

À exceção da A, entre os sujeitos que referiam ter problemas de saúde diagnosticados, todas as dimensões de personalidade foram significativamente associadas com a percepção de saúde, sendo que o N foi associado a percepção de saúde pobre, tanto nos que referiam ter problemas de saúde como nos que não o faziam e, em contraste, valores elevados em O, E e C contribuíram para percepção de saúde mais positiva, mesmo entre os sujeitos com problemas médicos.

Para os autores, estes resultados sugeriram que os factores de personalidade estão associados à percepção de saúde, mesmo na presença de problemas médicos assinaláveis.

Segundo Booth-Kewley e Vickers (1994), a E, enquanto tendência para ser sociável e experienciar emoções positivas, tem sido relacionada a comportamentos negativos, envolvendo o uso de substâncias (e.g., ; Labouvie & McGee, 1986; Tappan & Weybrew, 1982, cit. in Booth-Kewley e Vickers, 1994) e, a comportamentos positivos, na forma de adesão a exercício físico.

Relativamente a A, os autores referiram alguma evidência de que esta, enquanto tendência para ser tolerante e receptivo (ao invés de cínico e hostil), pode estar relacionada com melhores hábitos de exercício, cuidados consigo mesmo, menor uso de substâncias e melhor controlo alimentar, o que parece razoável, dada a evidência associando a ausência destes comportamentos à Hostilidade (e.g., Leiker & Hailey, 1988, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994).

A C, caracterizada por um sentido de obrigação que poderia caracterizar o indivíduo consciencioso, foi relacionada com um variado índice de comportamentos de saúde positivos (Wiebe & McCallum, 1986, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994).

A associação entre O e uso mais frequente de substâncias é sugerida por investigação, que tem encontrado uma associação entre uso de substâncias e busca de sensações (e.g., Brook et al., 1986, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994).

Numa análise da relação entre os cinco factores de personalidade e quatro dimensões de comportamentos de saúde, estes autores observaram que, no que respeita aos dois

factores mais estudados, o N correlacionou positivamente com o comportamento de risco no trânsito e, negativamente com comportamentos de manutenção e melhoria do bem-estar e de controlo de acidentes e, em contraste, a E correlacionou positivamente com as duas últimas dimensões comportamentais referidas e com uma tendência em para maior risco de uso de substâncias.

Indivíduos com elevada pontuação em C apresentaram mais comportamentos positivos de saúde e de controlo de acidentes e, menos risco no trânsito (sendo que esta dimensão de personalidade explicou cerca de 29% da variância nas escalas de comportamento de saúde) e, a O foi a única dimensão de personalidade estatisticamente significativa, como preditora do comportamento de risco de uso de substâncias. A A também mostrou ser um correlato importante do comportamento de saúde, com os indivíduos amáveis reportando mais comportamentos positivos de saúde, de controlo de acidentes e menos risco no trânsito, o que não foi surpreendente na medida em que é inversamente correlacionada com a hostilidade, que outras investigações relacionaram a hábitos de saúde negativos (e.g., Leiker & Hailey, 1988; Smith, 1992, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994), o que sugeriu que o maior risco de doença atribuído às pessoas hostis pode ser em parte devido ao seu padrão de hábitos de saúde.

Os autores defenderam que a C, tendo permanecido como preditor significativo da maior parte das dimensões de comportamento de saúde, após controlo dos efeitos das outras quatro dimensões de personalidade, devia ser incluída nos como variável explicativa nos modelos do comportamento de saúde, provavelmente devido às suas características de disciplina, persistência e capacidade de se focalizar no futuro para implementação de planos de longo prazo (Costa, McCrae e Dye, 1991, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994), que são fundamentais para a manutenção de padrões comportamentais saudáveis.

Friedman (2000), referiu que, muitas vezes, é incorrecto pensar que o indivíduo vai encontrando aleatoriamente acontecimentos stressantes ou não stressantes, ao longo da vida, na medida em que certas dimensões de personalidade conduzem a maior probabilidade de certo tipo de acontecimentos (e.g., o N tende a predizer acontecimentos de vida negativos; Magnus et al., 1993, cit. in Friedman, 2000).

No que respeita à importância da focalização nas trajetórias de vida, para perceber porque é que alguns indivíduos se desenvolvem em direcção a ambientes promotores de saúde, e outros, ao seu contrário, os autor referiu o Terman Gifted Children Study, para levantar algumas questões. A Sociabilidade, referente aos laços pessoais e comunitários, tem sido largamente associada a maior nível de saúde são normalmente (Cohen, 1991, cit. in Friedman, 2000), sendo que, a própria literatura popular aconselha muitas vezes o casamento e o “fazer amigos” como um contributo à saúde. No entanto, existe pouca evidência de que a sociabilidade em si mesma prediga a saúde e a longevidade, o que é confirmado pelos resultados do Terman Gifted Children Study, no qual as crianças que foram assinaladas como mais populares e participativas não viveram mais que os seus colegas pouco sociáveis (Friedman et al., 1993, cit. in Friedman, 2000), tendo, pelo contrário, um risco prematuramente maior de morte prematura, na adultícia e, tendo sido associadas a maior propensão para crescerem como fumadores e consumidores de bebidas alcoólicas. (Tucker et al., 1995, cit. in Friedman, 2000).

Relativamente ao N, embora haja a evidência crescente que pessoas com valores mais elevados experienciam mais problemas no quotidiano e são mais propensos a reagir a eles com emoções negativas, como a raiva (Bolger & Zuckerman, 1995; Magnus et al., 1993, cit. in Friedman, 2000), não se pode considerar que estes padrões de reacção neuróticos conduzem sempre a maior doença e maior risco de mortalidade precoce, por si só; segundo este autor, a análise aprofundada dos dados longitudinais do estudo de Terman sugere a necessidade de uma nova forma de pensar sobre a relação entre N e saúde, pois parece esta dimensão de personalidade pode conduzir as pessoas a dois caminhos muito diferentes: Uma hostilidade crónica, que pode levar a pessoa a desistir de tratamentos médicos, direccionar-se para o abuso de substâncias e desenvolver padrões fisiológicos de reacção cada vez mais negativos, ou, um padrão de neurótico clássico à “Woody Allen”, extremamente vigilante relativamente aos germes, aos sintomas que requerem atenção e à adesão ao tratamento, que poderá permanecer muito saudável, embora com um equilíbrio frágil e facilmente derrotável pelo stress.

Após terem já sido definidos os comportamentos de saúde, os comportamentos de risco para a saúde têm sido descritos como “those behaviors, undertaken volitionally,

whose outcomes remain uncertain with the possibility of an identifiable negative health outcome” (Igra & Irwin, 1996, cit. in McIntyre, et al., 1997, p.220).

Com o objectivo de perceber que diferenças individuais ao nível da personalidade, diferenciam os jovens adultos que desenvolvem comportamentos de risco para a saúde, dos que não o fazem, foi realizado um estudo longitudinal, de “birth cohort” (Caspi et al., 1997), que pretendeu estabelecer a precedência temporal entre traços de personalidade e comportamentos de risco.

Acompanhando crianças desde os 3 anos de idade, até aos 21 anos, os resultados mostraram que os adolescentes que, aos 18 anos, foram caracterizados por baixos níveis de *Tradicionalismo*, *Evitamento da Dor*, *Controlo e Proximidade Social*, e por altos níveis de *Agressão* e *Alienação* do “Multidimensional Personality Questionnaire” (MPQ; Tellegen, 1982), tinham significativamente maior probabilidade de estarem envolvidos em comportamentos de risco para a saúde (e.g., consumo de álcool e condução perigosa) aos 21 anos, e, aos 3 anos de idade, haviam sido classificadas com *temperamento incontrolável*, através de medidas observacionais.

Ao nível dos superfactores gerais de personalidade definidos pelos mesmo questionário, verificou-se também que jovens adultos caracterizados por elevada *Emocionalidade Negativa* e baixo *Constrangimento* estão predispostos a envolver-se em comportamentos de risco para a saúde.

Desta forma, este estudo pareceu demonstrar a existência de uma constelação similar de traços de personalidade na adolescência, com origens desenvolvimentais na infância, que se encontra relacionada com diferentes comportamentos de risco para a saúde, no início da idade adulta.

Segundo Hoyle, Fejfar e Miller (2000), relativamente a actividades de risco sexual, as dimensões C e A mostraram estar negativamente correlacionadas com este comportamento de risco, nomeadamente, sendo aparente que a Amabilidade esteve negativamente correlacionada com as três categorias do comportamento de risco sexual (número de parceiros, sexo desprotegido e encontros de alto risco) e, a C teve o seu efeito mais forte no que se refere à não utilização de preservativo.



Segundo os autores, no que respeita à A, a sua associação negativa com a tomada de risco sexual pode ser melhor compreendida se considerarmos o polo negativo desta dimensão, a Agressão-Hostilidade, caracterizada por uma falta de interesse e preocupação com os outros, cujo efeito global na tomada de risco sexual é equivalente em força ao efeito da busca de sensações.

Num estudo sobre a relação das facetas do modelo NEO-PI-R com o comportamento de risco sexual (Miller et al., 2000, cit. in Hoyle et al. 2000), um preditor primário da promiscuidade foi a faceta Rectidão da A, levando-os a defender como possível explicação para este efeito o estilo interpessoal manipulativo e enganoso, característico dos indivíduos com baixa pontuação em Rectidão.

O N, embora seja associado a sexo desprotegido e, em menor extensão, a sexo com múltiplos parceiros, não é consensual, na medida em que, embora seja associado vulgarmente a baixa satisfação sexual, Eysenck (1976, cit. in Hoyle et al., 2000) já defendera que a ansiedade e insatisfação associados a esta dimensão sugerem que as pessoas com pontuação elevada não teriam grande comportamento sexual, de qualquer tipo.

Através de uma revisão de literatura, Costa, Masters, Herbts, Trobst and Wiggins (1998) verificaram que os estudos sugerem que elevados valores em N e baixos valores de C foram associadas ao comportamento de risco para o HIV, mas esses dados não eliminam a possibilidade de que as dificuldades em coping, associadas a N elevado e, falta de motivação e negligência, associadas a baixa C ocorram em consequência da infecção com HIV, e não como causa da mesma, já que seriam padrões de reacção perfeitamente compreensíveis face à confrontação abrupta com o conhecimento da seropositividade.

Para verificar a ordem causal, estes autores compararam um grupo de HIV negativo com um grupo de indivíduos considerados de alto risco para a contracção do HIV, devido ao seu comportamento sexual e/ou uso de drogas intravenosas, mas ainda seronegativos e, confirmou-se a importância das duas dimensões de personalidade para este comportamento de risco.

Relativamente à possível relação entre percepção de risco e dimensões de personalidade, também envolvidas neste estudo, os resultados indicam que as percepções de risco têm uma associação negativa com a O, na medida em que pessoas com baixo nível de O não são curiosas sobre o seu mundo interior e exterior e, são fechadas à possibilidade de novas experiências, tendo como impensável a ideia de contrair uma doença fatal, o que relembra a associação negativa desta dimensão com medidas de repressão e negação, referidas por Costa, Zonderman & McCrae (1991, cit. in Costa et al., 1998).

Relativamente às relações da personalidade com a mudança de comportamento de risco, seis meses após a frequência de um programa para redução da actividade sexual desprotegida, os autores verificaram que o comportamento de uso de preservativo, no fim do programa, foi significativamente correlacionado com a C e as suas facetas Competência e Auto-disciplina, nas quais os não utilizadores de preservativo obtiveram pontuações mais baixas; estes resultados pareceram indicar que algumas das mesmas características de personalidade que predis põem o indivíduo a evitar comportamentos de alto risco, também facilitam a mudança de comportamentos de risco para comportamentos saudáveis.

A *Busca de Sensações*, definida por Zuckerman (1994, cit. in Zuckerman & Kuhlman, 2000) como “(...) a trait defined by the seeking of varied, novel, complex, and intense sensations and experiences, and the willingness to take physical, social, legal and financial risks for the sake of such experience” (p.1000), foi combinada com a impulsividade num supertraço, definido pelo autor como Busca de Sensações Impulsiva.

Num estudo sobre a relação entre seis tipos de comportamentos de risco e cinco traços de personalidade básicos, avaliados pelo Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ; Zuckerman et al., 1993, cit. in Zuckerman & Kuhlman, 2000), em população universitária, verificou-se que os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, uso de droga e experiência sexual de risco estavam significativa e substancialmente intercorrelacionados entre si, em ambos os sexos, o que não foi considerado surpreendente, numa população universitária frequentadora de festas que envolvem muita bebida e/ ou drogas, sendo também os locais em que os encontros

sexuais se originam muitas vezes. Desta forma, os autores consideraram que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm, provavelmente, um papel principal no envolvimento em comportamento sexual de risco, tal como ter sexo não protegido com pessoas que não se conhece bem. O comportamento de jogo estava positivamente associado a consumo de álcool e experiência sexual nos homens e, os hábitos de condução arriscada estavam positivamente associados apenas ao consumo de bebidas alcoólicas, em ambos os sexos, mostrando que esta pode ser função dos efeitos desinibidores do álcool.

As dimensões de personalidade Neuroticismo-Ansiedade (N-Anx) e, Actividade não correlacionaram significativamente com nenhum dos comportamentos de risco e, a Busca de Sensações Impulsiva (ImpSS), Agressão-Hostilidade (Agg-Hos) e Sociabilidade (Soc) correlacionaram significativamente com a medida de risco composta.

Relativamente a diferenças de género, os homens pontuaram significativamente mais alto na ImpSS e as mulheres no N-Anx, e Soc e, verificou-se que o género não foi independentemente preditivo de nenhum dos comportamentos de risco, pois as diferenças de género na tomada de risco foram inteiramente mediadas pela ImpSS.

O consumo de álcool foi predito pela Agg-Hos, Imp-SS e, mais fortemente, pela Soc, o fumar e uso de droga foram significativamente preditos apenas pela ImpSS, o comportamento sexual de risco, pela ImpSS e pela Agg-Hos e, a condução descuidada, por elevados valores de Agg-Hos e baixos valores de N-Anx.

Relativamente à fonte dos traços de personalidade, estudos mostraram que apenas o N tem elevada correlação com o estilo parental que os adultos dizem ter recebido, enquanto a Soc mostra apenas algumas correlações pouco significativas e a ImpSS e Agg-Hos não apresentaram correlação, em famílias intactas e, correlacionaram pouco, nas famílias de adopção (Kraft & Zuckerman, 1999, cit. in Zuckerman & Kuhlman, 2000). Sendo esta uma indicação do carácter de hereditariedade destes traços, segundo Bouchard (1994, cit. in Zuckerman & Kuhlman, 2000) o traço de ImpSS, o principal associado ao envolvimento em comportamentos de risco, é o que mais deve à hereditariedade.

Para Cooper, Agocha e Sheldon (2000) as perspectivas tradicionais sobre a relação entre personalidade e comportamentos de tomada de risco, propuseram que as pessoas são diferencialmente propensas a correr riscos devido, sobretudo, ao facto de os que correm riscos experienciarem sub-activação crónica do sistema de activação comportamental (e.g., Fowles, 1980; Zuckerman, 1983, cit. in Cooper et. al., 2000), elevando o seu baixo estado de activação a um nível mais satisfatório, com o envolvimento em comportamentos de risco que seriam suficientemente intensos para produzir afecto desagradável em pessoas normais.

Uma visão alternativa reconhece que os comportamentos de risco podem servir muitos objectivos ou funções diferentes, como o envolvimento em comportamentos de risco para desenvolvimento de certas aptidões (e.g., guiando a alta velocidade numa estrada cheia de curvas), preencher necessidades de intimidade ou afiliação (e.g., tendo sexo com um novo parceiro sexual), ou lidar com humor disfórico (e.g., tomando uma cerveja para animar).

Assim, estes autores não assumem que as pessoas se envolvam em comportamentos de risco por procurarem o risco, ou que sequer reconheçam o risco inerente a aos seus comportamentos pois, como Jessor (1991, cit. in Cooper et al.) defendeu, as pessoas normalmente não fumam pela excitação de desafiar o cancro do pulmão, mas sim porque estes comportamentos porque lhes oferecem um ganho ou benefício imediato que os indivíduos julgam valer o risco de consequências negativas a longo prazo. Segundo esta visão, as motivações para regular o afecto e preencher certas necessidades medeiam substancialmente os efeitos da personalidade nos comportamentos de risco.

Os resultados de um estudo longitudinal realizado por estes autores, com adolescentes, indicaram que as dimensões de personalidade N e E pareceram ser preditores importantes dos motivos reguladores do afecto, estando a primeira mais ligada às necessidades de diminuir estados emocionais aversivos e, a segunda mais ligada às necessidades de aumentar estados emocionais positivos; desta forma, constituíram-se como preditores dos comportamentos de risco, mas, de forma indirecta, mediante a qualidade dominante do afecto que estimulam no indivíduo.

Verificou-se que a impulsividade não predisse directamente os motivos em nenhum domínio comportamental, parecendo antes activar ou amplificar as tendências dominantes de resposta associadas com o N e E.

A E esteve positivamente correlacionada, tanto com as práticas sexuais de risco como com o uso de preservativo, sugerindo que o facto de ser extrovertido dá ao indivíduo a disposição e as aptidões (e.g., assertividade) necessárias para criar as oportunidades que conduzem a ligações sexuais de risco, assim como para negociar ou insistir no uso de preservativo. Indo mais longe, os dados sugeriram que a adaptabilidade de um dado traço de personalidade pode depender da presença ou ausência de outros traços de personalidade (Widiger & Costa, 1994, cit. in Cooper et al., 2000); por ex, os extrovertidos que se envolveram em níveis globais superiores de práticas sexuais de risco, tinham também falta de controlo adequado do impulso.

Relativamente à predição de comportamentos de risco, a impulsividade predisse directamente o consumo pesado de bebidas alcoólicas e o uso de preservativo, sugerindo que alguns comportamentos de risco ocorrem como consequência mais ou menos directa de baixo controlo do impulso.

Pelos resultados, Cooper et al. consideraram que os motivos de diminuição de estados aversivos e de aumento de estados positivos parecem representar processos psicológicos distintos, primariamente enraizados em tendências básicas de N e de E, respectivamente. Também ficou sugerido que os indivíduos que usam o álcool para diminuir estados aversivos não são, na maioria, os mesmos que usam o sexo para o mesmo fim, assim como os que usam o álcool para aumentar estados positivos não parecem ser os mesmos que utilizam o sexo para o conseguir, o que parece reflectir diferenças inerentes à natureza dos dois comportamentos.

Os traços de personalidade não parecem ter uma relação um a um com os comportamentos de risco específicos, parecendo antes que a personalidade afecta o comportamento, activando estados específicos de necessidades, que, por sua vez, podem ser satisfeitos por uma de várias formas (Tesser, Martin & Cornell, 1996, in Cooper et al., 2000), e não apenas de uma forma específica e similar para os vários indivíduos.

Desta forma, em função dos dados referidos na literatura, as hipóteses definidas neste estudo são as seguintes:

- A dimensão Amabilidade estará positivamente correlacionada com comportamentos de saúde positivos, na generalidade.
- A dimensão Abertura à Experiência estará negativamente correlacionada com comportamentos de saúde positivos, nomeadamente, no que respeita ao Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais.
- A dimensão Extroversão estará negativamente correlacionada com comportamentos de saúde (viz., no que respeita a Comportamento Evitamento de Consumos Prejudiciais), mas estará positivamente correlacionada com Comportamento de Exercício Físico e Comportamento Alimentar.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra foi não probabilística, ou seja, de conveniência, sendo composta por 270 participantes, do sexo feminino, estudantes universitárias da licenciatura de Psicologia de uma Universidade da cidade de Lisboa.

Utilizaram-se como critérios de selecção da amostra os seguintes aspectos:

- Ser do sexo feminino
- Ter idade entre os 18 e os 30 anos (correspondendo aos dois primeiros grupos etários definidos nas normas de Costa e McCrae, 1992, cit. in Lima, 1997)
- Aceder ao preenchimento dos questionários, após informação do objectivo do mesmo

Todos os elementos são do sexo feminino ( $N=270$ ), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ( $M=21,69$ ;  $D.P=2,11$ ), encontrando-se maioritariamente no 3º ano da licenciatura (37,8%).

Quadro 1 – Distribuição da amostra por ano de licenciatura

Ano da licenciatura	n	%
1º ano	55	20,4%
2º ano	64	23,7%
3º ano	102	37,8%
4º ano	26	9,6%
5º ano	23	8,5%

### Material

#### Questionário de Comportamentos de Saúde.

Para recolha de dados relativos aos comportamentos de saúde, foi utilizado o Questionário de Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 1993), constituído por 28 itens, com questões de opções de resposta em formato Lickert, de *Quase nunca* (0) a *Quase sempre*(4).

No sentido de aferirmos as qualidades métricas do presente instrumento, foram analisadas as seguintes características:

- Estrutura, através da análise factorial
- Fidelidade, através dos valores resultantes do cálculo do Alfa de Cronbach
- Validade, baseada na análise factorial

Realizou-se uma análise factorial com rotação varimax à escala, na totalidade, de onde resultaram oito factores por onde se distribuíam os 28 itens, tendo um Alfa de Cronbach Total= 0,81 e Alfas para os oito factores de: 0,84 para o factor 1; 0,80 para o factor 2; 0,85 para o factor 3; 0,41 para o factor 4; 0,87 para o factor 5; 0,56 para o factor 6; 0,70 para o factor 7 e 0,54 para o factor 8.

Relativamente aos oito factores, a matriz obtida foi a seguinte:

Quadro 2- Eigenvalues e variância calculados do Questionário de Comportamentos de Saúde

Factor	Eigenvalues	Variância
1	5,16	18,44
2	2,71	9,68
3	2,29	8,18
4	1,78	6,38
5	1,69	6,05
6	1,49	5,32
7	1,38	4,95
8	1,23	4,42
Total variância		63,42

Observou-se que os factores explicam 63,42 do total da variância da escala.



Ao analisar a distribuição dos vários itens pelos factores obtiveram-se os seguintes dados:

### Factor 1

Este factor é composto pelos itens: 4; 5; 6; 18 e 22

Quadro 3- Saturação dos itens no Factor 1

	Item 4	Item 5	Item 6	Item 18	Item 22
<b>Factor 1</b>	0,72	0,77	0,81	0,73	0,71
<b>Factor 2</b>	0,19	-0,03	0,04	0,30	0,26
<b>Factor 3</b>	-0,05	0,01	-0,01	0,07	-0,04
<b>Factor 4</b>	0,01	0,03	0,05	0,13	0,02
<b>Factor 5</b>	0,19	0,08	0,10	0,08	-0,04
<b>Factor 6</b>	0,01	0,14	0,15	0,14	0,03
<b>Factor 7</b>	-0,02	0,01	0,01	0,11	0,03
<b>Factor 8</b>	0,05	0,17	0,14	-0,03	-0,02

Em função dos itens agrupados no Factor 1 (de que é exemplo “tenho cuidado com o que como, de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento Alimentar.

### Factor 2

Este factor é composto pelos itens: 17; 19; 23; 24 e 25

Quadro 4- Saturação dos itens no Factor 2

	Item 17	Item 19	Item 23	Item 24	Item 25
<b>Factor 1</b>	0,02	0,23	0,14	0,20	0,16
<b>Factor 2</b>	0,58	0,40	0,87	0,85	0,86
<b>Factor 3</b>	0,15	-0,07	0,07	0,01	0,02
<b>Factor 4</b>	0,32	0,31	-0,07	-0,05	-0,08
<b>Factor 5</b>	0,06	0,11	0,07	-0,07	0,03
<b>Factor 6</b>	-0,17	-0,04	0,06	0,08	0,03
<b>Factor 7</b>	0,15	0,09	0,08	-0,08	-0,07
<b>Factor 8</b>	0,01	0,11	0,02	0,02	0,07

Em função dos itens agrupados no Factor 2 (de que é exemplo “evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Evitamento de Poluição.

### Factor 3

Este factor é composto pelos itens 26; 27 e 28

Quadro 5- Saturação dos itens no factor 3

	Item 26	Item 27	Item 28
Factor 1	0,02	-0,05	0,03
Factor 2	0,10	-0,01	0,06
<b>Factor 3</b>	<b>0,86</b>	<b>0,90</b>	<b>0,84</b>
Factor 4	0,08	0,05	0,04
Factor 5	-0,05	0,01	0,05
Factor 6	0,14	0,03	-0,04
Factor 7	0,08	0,08	0,01
Factor 8	0,06	0,05	0,02

Em função dos itens agrupados no Factor 3 (de que é exemplo “evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento Sexual.

### Factor 4

Este factor é composto pelos itens: 14; 15; 16 e 2

Quadro 6- Saturação dos itens no Factor 4

	Item 14	Item 15	Item 16	Item 2
Factor 1	0,07	-0,07	0,10	0,36
Factor 2	0,15	-0,09	0,07	0,02
Factor 3	0,10	0,07	-0,02	-0,02
<b>Factor 4</b>	<b>0,54</b>	<b>0,69</b>	<b>0,60</b>	<b>0,41</b>
Factor 5	0,01	0,02	-0,03	0,27
Factor 6	0,19	0,03	0,05	0,06
Factor 7	-0,14	0,27	0,06	-0,06
Factor 8	0,30	-0,15	0,10	-0,23

Em função dos itens agrupados no Factor 4 (de que é exemplo “evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Protecção da Saúde.

### **Factor 5:**

Este factor é composto pelos itens: 1 e 3

Quadro 7- Saturação dos itens no Factor 5

	<b>Item 1</b>	<b>Item 3</b>
<b>Factor 1</b>	0,15	0,10
<b>Factor 2</b>	0,04	0,05
<b>Factor 3</b>	0,02	-0,08
<b>Factor 4</b>	-0,55	-0,07
<b>Factor 5</b>	0,91	0,90
<b>Factor 6</b>	0,07	0,07
<b>Factor 7</b>	-0,05	0,02
<b>Factor 8</b>	-0,01	-0,01

Em função dos itens agrupados no Factor 5 (de que é exemplo “faço exercício físico intenso durante pelos menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana” ), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Exercício Físico.

### **Factor 6:**

Este factor é composto pelos itens: 9; 10; 11 e 12

Quadro 8- Saturação dos itens no Factor 6

	<b>Item 9</b>	<b>Item 10</b>	<b>Item 11</b>	<b>Item 12</b>
<b>Factor 1</b>	0,09	0,12	0,04	0,14
<b>Factor 2</b>	0,08	0,01	-0,02	-0,03
<b>Factor 3</b>	0,05	-0,06	0,06	-0,05
<b>Factor 4</b>	0,19	0,19	-0,17	0,02
<b>Factor 5</b>	-0,10	-0,07	0,15	0,22
<b>Factor 6</b>	0,44	0,72	0,56	0,73
<b>Factor 7</b>	0,13	0,01	0,01	-0,12
<b>Factor 8</b>	-0,08	0,08	0,10	0,05

Em função dos itens agrupados no Factor 6 (de que é exemplo “vou a anualmente ao médico fazer um *checkup*”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Prevenção das Doenças.

### Factor 7

Este factor é composto pelos itens: 20 e 21

Quadro 9- Saturação dos itens no Factor 7

	Item 20	Item 21
<b>Factor 1</b>	0,01	0,09
<b>Factor 2</b>	0,15	-0,06
<b>Factor 3</b>	0,06	0,03
<b>Factor 4</b>	0,06	0,07
<b>Factor 5</b>	0,06	-0,05
<b>Factor 6</b>	0,10	-0,05
<b><u>Factor 7</u></b>	0,82	0,85
<b>Factor 8</b>	0,08	0,01

Em função dos itens agrupados no Factor 7 (de que é exemplo “evito tomar estimulantes, mesmo em épocas de exames”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais.

### Factor 8

Este factor é composto pelos itens: 7; 8 e 13

Quadro 10- Saturação dos itens no Factor 8

	Item 7	Item 8	Item 13
<b>Factor 1</b>	0,18	-0,02	0,03
<b>Factor 2</b>	-0,02	0,11	0,10
<b>Factor 3</b>	0,16	-0,10	0,20
<b>Factor 4</b>	0,04	-0,01	0,50
<b>Factor 5</b>	-0,01	0,08	-0,02
<b>Factor 6</b>	-0,07	0,21	0,03
<b>Factor 7</b>	-0,07	0,09	-0,16
<b><u>Factor 8</u></b>	0,76	0,64	0,56

Em função dos itens agrupados no Factor 8 (de que é exemplo “durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado”), foi-lhe atribuída a denominação: Comportamento de Promoção da Saúde.

#### Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R).

O questionário utilizado para a avaliação das dimensões de personalidade consistiu na versão portuguesa do Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), desenvolvida e aferida por Lima (1997).

O original constitui a última versão da revisão do Inventário de Personalidade NEO (NEO-PI) (Costa & McCrae, 1985), baseado no Modelo dos Cinco Factores da Personalidade, que preconiza uma representação da estrutura da personalidade em termos de cinco dimensões básicas, e ainda do conjunto de facetas que constituem cada dimensão, constituindo-se então como um modelo transcultural que permite avaliar a personalidade adulta, de forma compreensiva e com grande grau de especificidade.

Os cinco domínios gerais, e suas facetas, são os seguintes:

Neuroticismo (N): avalia a adaptação (v.) instabilidade emocional. O aspecto central deste domínio é a tendência a experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço e culpabilidade.

Facetas: N1: Ansiedade      N2: Hostilidade      N3: Depressão      N4: Auto-Consciência  
N5: Impulsividade      N6: Vulnerabilidade

Extroversão (E): traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria.

A introversão é o seu pólo oposto

Facetas: E1: Acolhimento caloroso      E2: Gregariedade      E3: Assertividade  
E4: Actividade      E5. Procura de Excitação      E6: Emoções Positivas

Abertura à Experiência (O): é a menos conhecida e a mais controversa das 5 dimensões, mas também a mais relevante para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, 1992, cit. in Lima, 1997). Corresponde à amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência e à necessidade contínua de alargar e examinar a experiência; curiosidade e experiência de um leque muito

variado de emoções, positivas e negativas, grande diversidade de interesses, pouco tradicionais e convencionais

Facetas: O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Acções O5: Ideias  
O6: Valores

Amabilidade (A): é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais, e refere-se à qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo.

Facetas: A1: Confiança A2: Rectidão A3: Altruísmo A4: Complacência  
A5: Humildade ou Modéstia A6: Sensibilidade

Conscienciosidade (C) : avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo.

Facetas:

C1: Competência C2. Ordem C3: Obediência ao Dever C4: Esforço de Realização C5: Auto-Disciplina C6: Deliberação

A forma S do questionário, de auto-avaliação, destina-se a sujeitos a partir dos 17 anos de idade, que não sofram de perturbações que impeçam uma auto-avaliação e preenchimento válidos e, é auto-administrado; pode ser aplicado individualmente ou em grupo e, a média de tempo para o seu preenchimento completo é entre 30 a 40 minutos, não existindo um limite estipulado. As cinco dimensões e duas facetas estão espalhadas ao longo do questionário, alternando sucessivamente, através de 240 itens que consistem em afirmações às quais se responde numa escala de cinco pontos (Escala de Lickert, com opções que vão do *discordo fortemente* ao *concordo fortemente*); estas afirmações, de que é exemplo “é fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas” (item 91; faceta E1), recebem uma pontuação que vai de 0 a 4 valores, sendo que, em 105 itens o *discordo fortemente* (primeira opção de resposta, para todos os itens) é cotado com 4 pontos, e, em 135 itens é cotado com 0 pontos.

O questionário não deve ser cotado se faltarem 41 respostas ou mais e, se não for este o caso, os dados omissos devem ser assinalados como respostas neutras.

A soma dos oito itens que constituem cada faceta, permite obter as pontuações das facetas, e a soma das pontuações das seis facetas que constituem cada factor, permite obter a pontuação total dos factores.

Todas as escalas do NEO-PI-R estão construídas de forma a ter em conta os efeitos da aquiescência, o que significa que, se um sujeito assinalou 150 ou mais vezes as opções *concordo* ou *concordo fortemente*, o seu teste deverá ser interpretado com cuidado, podendo verificar-se o fenómeno da aquiescência. Na folha de resposta, estão presentes três itens (A, B e C- *validity checks*), que proporcionam uma confirmação da validade das respostas e ajudam a verificar se os sujeitos responderam com precisão, honestidade e à totalidade das questões.

As escalas do NEO-PI-R medem traços, cujas pontuações se aproximam do modelo da distribuição normal: a generalidade dos sujeitos terá pontuações ao redor da média, com uma pequena percentagem de indivíduos nos extremos, o que significa que as pontuações obtidos pelos sujeitos nas diferentes características são comparativos. Na medida em que, na conceptualização deste inventário, não existem limiares discriminativos ou pontos discriminantes que separem as pontuações consideradas normais das que podem indicar patologia, uma pontuação elevada e uma baixa pontuação são igualmente consideradas.

A forma R, tem 240 itens paralelos aos da anterior, escritos na terceira pessoa e destinados à avaliação por colegas, esposos ou especialistas, podendo ser utilizada para obter estimativas independentes sobre os cinco domínios da personalidade e, para validar ou complementar as auto-avaliações (Costa & McCrae, 1992, cit. in Lima, 1997).

Relativamente à consistência interna do teste, na versão original, Costa, McCrae e Dye (1991) encontraram 5 factores perfeitamente distintos, apresentando uma correlação entre os *factor scores* e as escalas dos domínios N, E, O, A e C de 0,91; 0,89; 0,95; 0,95 e 0,89, respectivamente.

Num estudo realizado com grupos contrastantes, foram identificados os mesmos factores, com um coeficiente de congruência variando entre 0,91 e 0,99, que permite aos autores considerar que o inventário apresenta validade factorial em diferentes grupos de género, raça e idade (Costa, McCrae & Dye, 1991, cit. in Lima, 1997).

Relativamente à análise das correlações entre os cinco domínios, Costa et al. (1991, cit. in Lima, 1997), observaram uma intercorrelação substancial entre E e O (0,53), correlação negativa moderada entre N e C (-0,38) e N e E (-0,22) e, uma correlação

entre A e C de 0,31. No que respeita às correlações entre as cinco dimensões e a variável idade, Costa e McCrae (1992) encontraram apenas uma faceta com correlação com a idade, acima de 0,3 (E5), e, neste sentido, elaboraram normas com divisão entre apenas dois grupos: sujeitos em idade universitária (17-21), e adultos acima dos 21 anos de idade.

O inventário tem obtido uma boa indicação de validade, através da correlação obtida com outras escalas de auto-avaliação, com testes de completamento de frases e, com avaliações pelos colegas e cônjuges.

A fidelidade teste-reteste do inventário, obtida através de um estudo longitudinal de seis anos, com as escalas N, E e O, revelou coeficientes de estabilidade que variavam entre 0,68 e 0,83 (tanto nas auto como nas hetero-avaliações), e coeficientes teste-reteste, relativos a intervalos de três anos, para as versões breves das escalas dos domínios A e C, da ordem de 0,63 e 0,79.

Relativamente à versão portuguesa (Lima, 1997), no que respeita à validade, a análise factorial, através da análise em componentes principais seguida de rotação varimax, obteve 5 factores que explicam 20,99 da variância, e com *eigenvalues* superiores a 1.

Quadro 11 – Resultados da Análise em Componentes Principais dos 240 itens do NEO-PI-R, seguida de rotação varimax

Factor	Eigenvalue	% variância
1	16,25	6,77
2	12,15	5,06
3	9,62	4,01
4	7,61	3,17
5	4,74	1,97
Total		20,99

A análise em componentes principais, seguida de rotação varimax, das 30 facetas (com restrição a cinco factores), indicou que este número de dimensões explica 54% da variância, sendo os *eigenvalues* superiores a 1 (resultados ligeiramente inferiores aos obtidos com a amostra americana).



Quadro 12– Resultados da Análise em Componentes Principais das 30 facetas, seguida de rotação varimax e restrição a cinco factores

Factor	Eigenvalue	% da Variância Explicada
1	5,53	18
2	4,29	14
3	2,96	1
4	2,04	07
5	1,35	05
Total		54

Tal como a versão original, também na aferição portuguesa o modelo dos cinco factores foi reencontrado numa grande diversidade de sub-populações, diferindo entre si numa grande multiplicidade de variáveis demográficas (tal como escolaridade, sexo e idade).

A generalidade das facetas tem a sua pontuação mais elevada no factor a que pertencem, com excepção feita para N5 (Impulsividade), E3 (Assertividade) e E4 (Actividade).

Quadro 13 – Saturações factoriais das facetas do NEO-PI-R nos respectivos factores

	N	O	E	A	C
N1	0,77	O1 0,61	E1 0,65	A1 0,54	C1 0,63
N2	0,65	O2 0,64	E2 0,66	A2 0,70	C2 0,69
N3	0,78	O3 0,53	E3 0,34	A3 0,60	C3 0,71
N4	0,71	O4 0,55	E4 0,33	A4 0,71	C4 0,74
N5	0,39	O5 0,69	E5 0,60	A5 0,66	C5 0,73
N6	0,65	O6 0,71	E6 0,65	A6 0,55	C6 0,56

Em relação à fidelidade do instrumento, confirmou-se que a consistência interna das escalas, apresenta valores aceitáveis, embora ligeiramente inferiores aos da amostra americana, sendo o coeficiente alfa o seguinte, para os cinco domínios: 0,86 (para C), 0,85 (para N), 0,84 (para O), 0,82 (para A), 0,79 (para C).

Os coeficientes alfa de Cronbach, obtidos para as escalas das facetas, foram moderados (estando a média entre .55 e .60.) e, segundo a autora, isto deve-se ao

facto de as escalas serem pequenas (oito itens) e, os itens elaborados de forma a serem o menos redundantes possível.

Quadro 14 – Alfa de Cronbach para as escalas das facetas

	N	O	E	A	C
N1	0,57	O1 0,67	E1 0,57	A1 0,66	C1 0,49
N2	0,57	O2 0,70	E2 0,63	A2 0,52	C2 0,57
N3	0,67	O3 0,53	E3 0,50	A3 0,6	C3 0,61
N4	0,54	O4 0,37	E4 0,26	A4 0,58	C4 0,53
N5	0,45	O5 0,72	E5 0,55	A5 0,59	C5 0,61
N6	0,64	O6 0,37	E6 0,57	A6 0,39	C6 0,68

A versão utilizada no presente estudo é constituída apenas por três dimensões do NEO-PI-R, devido, em primeiro lugar, à grande extensão do questionário, pouco adequada às condições de aplicação dos instrumentos neste estudo.

As dimensões incluídas foram as seguintes: Extroversão, Abertura à Experiência e Amabilidade, escolhidas em função da exclusão de das outras duas dimensões, com na literatura sobre a relação entre personalidade e saúde: O Neuroticismo e a Conscienciosidade são as duas dimensões que têm sido mais correlacionadas com comportamentos de saúde e resultados a este nível, o N no sentido negativo, e a C no sentido positivo, levando à preferência pela abordagem de três dimensões que surgiram como menos claras e susceptíveis de previsibilidade, nas suas relações com os comportamentos de saúde.

Esta versão é então constituída por 144 itens, sendo que em 65 itens o *discordo fortemente* (primeira opção de resposta, para todos os itens) é cotado com 4 pontos, e em 79 itens, é cotado com 0 pontos.

A distribuição dos itens nas três dimensões e respectivas facetas, é a seguinte:

Extroversão:

E1: 1; 19; 37; 55; 73; 91; 109; 127

E2: 4; 22; 40; 58; 76; 94; 112; 130

E3: 7; 25; 43; 61; 79; 97; 115; 133

E4: 10; 28; 46; 64; 82; 100; 118; 136

E5: 13; 31; 49; 67; 85; 103; 121; 139

E6: 16; 34; 52; 70; 88; 106; 124; 142

#### Abertura à Experiência:

O1: 2; 20; 38; 56; 74; 92; 110; 128

O2: 5; 23; 41; 59; 77; 95; 113; 131

O3: 8; 26; 44; 62; 80; 98; 116; 134

O4: 11; 29; 47; 65; 83; 101; 119; 137

O5: 14; 32; 50; 68; 86; 104; 122; 140

O6: 17; 35; 53; 71; 89; 107; 125; 143

#### Amabilidade:

A1: 3; 21; 39; 57; 75; 93; 111; 129

A2: 6; 24; 42; 60; 78; 96; 114; 132

A3: 9; 27; 45; 63; 81; 99; 117; 135

A4: 12; 30; 48; 66; 84; 102; 120; 138

A5: 15; 33; 51; 69; 87; 105; 123; 141

A6: 18; 36; 54; 72; 90; 108; 126; 144

#### Percepção de Saúde e de Qualidade de Vida

Foram acrescentadas duas questões, *Como classificaria a sua Saúde na última semana* e *Como classificaria a sua Qualidade de Vida na última semana*, com opções de resposta em formato Lickert, de *Péssima* (1) a *Ótima* (7).

#### Planificação

Trata-se de um estudo descritivo transversal e, as variáveis presentes no estudo são:

Variáveis Principais- (1) Comportamentos de saúde, operacionalizada através do *Questionário de Comportamentos de Saúde*; (2) Dimensões de Personalidade, operacionalizada através do *Inventário de Personalidade NEO-Revisto* (NEO-PI-R)

Variáveis Secundárias- (1) Saúde, operacionalizada através da questão *Como classificaria a sua Saúde na última semana* (2) Qualidade de Vida, operacionalizada através da questão *Como classificaria a sua Qualidade de Vida na última semana*.

Variável de Controlo- (1) Idade

Variável Sócio-Demográfica- (1) Ano de Licenciatura

## Procedimento

A amostra foi recolhida entre Março e Junho de 2002.

A recolha de dados foi efectuada directamente pelo próprio experimentador, após comunicado da investigação a realizar à Direcção do Departamento de Psicologia da Universidade, que se mostrou favorável à aplicação dos questionários.

Seguidamente, foi pedida autorização para aplicação dos questionários aos professores a leccionar as aulas, nas quais o experimentador pretendia efectuar a aplicação dos mesmos (por questão de conveniência, devido a maior concentração de alunos nessas aulas e à sua duração superior, adequada à elevada duração de preenchimento dos dois questionários).

Assim, os instrumentos foram apresentados aos sujeitos para preenchimento na presença do experimentador, no início da aula. Todos os sujeitos receberam informações orais sobre a investigação, nomeadamente, sobre a natureza e objectivos da mesma, a sua liberdade de participar e, a garantia de anonimato e confidencialidade para todos os sujeitos.

Após o seu consentimento, iniciou-se a aplicação dos instrumentos, permitindo o esclarecimento de dúvidas relativas à forma de preenchimento dos questionários, assim como aos itens dos mesmos.

Os instrumentos foram aplicados segundo uma ordem de aplicação contrabalanceada (de acordo com Lima, 1997): a aproximadamente metade dos sujeitos foi aplicado em primeiro lugar o NEO-PI-R, seguindo-se o Questionário de Comportamentos de Saúde, e, a aproximadamente outra metade, a ordem foi a inversa.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos após o preenchimento dos instrumentos de investigação, foram analisados recorrendo ao programa informático SPSS 10 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences). Inicialmente, foram averiguadas as capacidades métricas do Questionário de Comportamentos de Saúde, recorrendo-se a: Análise em Componentes Principais e Matrix Rodada (Varimax com normalização Kaiser), Análise Factorial, Consistência interna, Coeficiente de Fidelidade -  $\alpha$  de Cronbach, conforme se pode verificar na secção “Material”. Seguidamente, tendo em conta os objectivos deste estudo, utilizaram-se os seguintes métodos:

Estatística descritiva, realizada para todos os dados dos instrumentos utilizados, no sentido de caracterizar a amostra em função de frequências e medidas de tendência central.

Análise de correlação r de Pearson, com o intuito de averiguar o tipo e a força de associações entre todas as variáveis.

Teste t de Diferença de Médias, para verificar a existência de diferenças ao nível das dimensões de personalidade e dos comportamentos de saúde, segundo a variável idade.

### **1- Praticar exercício físico intenso durante pelos menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana**

A maioria das participantes disse praticar o exercício físico avaliado *quase nunca* (41%), sendo que apenas uma percentagem muito pequena (7,0%) respondeu praticá-lo *com muita frequência*.

Quadro 15 – Distribuição de frequências do item 1 do Questionário de Comportamentos de Saúde

<b>Quase nunca</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>C/ muita frequência</b>	<b>Quase sempre</b>
41,1%	23,3%	9,3%	7,0%	16,3%

## 2- Andar a pé ou de bicicleta diariamente

Embora a maior porcentagem de participantes tenha respondido que adota este comportamento *quase sempre* (25,6%), os vários níveis de resposta estiveram muito equilibrados.

Quadro 16– Distribuição de frequências do item 2 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
19,3%	22,9%	17,4%	15,9%	25,6%

## 3- Praticar esporte que faz suar, pelo menos duas vezes por semana

Quase metade respondeu que realiza este comportamento *quase nunca* (47,0%), sendo que uma porcentagem muito pequena referiu fazê-lo *muitas vezes* (5,6%).

Quadro 17 – Distribuição de frequências do item 3 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
47,0%	22,6%	5,6%	5,9%	18,9%

## 4- Ter cuidado com o que come, de modo a manter o peso recomendado para a altura

A maior parte das jovens respondeu ter cuidado com a manutenção do peso, apenas, *ocasionalmente* (30,4%), no entanto, não se distinguindo muito dos restantes níveis de resposta.

Quadro 18– Distribuição de frequências do item 4 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
18,1%	30,4%	25,2%	13,7%	12,6%

### 5- Ter cuidado com o que come, de modo a reduzir a ingestão de sal

A maioria das respostas referiu-nos a existência *quase nunca* de cuidado com a ingestão de sal (30,7%) e, o menor número de respostas apontou para este cuidado *quase sempre* (11,1%), não existindo, no entanto, grande discrepância entre as diferentes opções.

Quadro 19 – Distribuição de frequências do item 5 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
30,7%	30,0%	14,4%	13,7%	11,1%

### 6- Planificar a dieta, de modo a ser equilibrada quanto à variedade de nutrientes

Um número esmagador de participantes referiu planificar a dieta, a este nível, apenas *ocasionalmente* (88,5%) e, no sentido inverso, muito poucas o fazem *quase sempre* (8,5%).

Quadro 20 – Distribuição de frequências do item 6 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
24,8%	88,5%	24,8%	13,3%	8,5%

### 7- Não beber mais de duas bebidas alcoólicas por dia

A maior parte das jovens afirmou cumprir este comportamento *quase sempre* (70,4%).

Quadro 21 – Distribuição de frequências do item 7 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
15,6%	4,8%	3,3%	5,9%	70,4%

### 8- Dormir o número de horas suficientes para se sentir repousado/a

Relativamente a este comportamento, o número de respostas em cada opção foi bastante similar, à excepção do *quase nunca*, que teve apenas 7,0% das respostas.

Quadro 22– Distribuição de frequências do item 8 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
7,0%	20,7%	31,5%	15,6%	25,2%

### 9- Manter as vacinas em dia

Uma enorme percentagem de respostas foi no sentido do cumprimento *quase sempre* desta prescrição (80,4%), existindo um número ínfimo de participantes que disse cumpri-la *quase nunca* (1,9%) ou ocasionalmente (1,9%).

Quadro 23– Distribuição de frequências do item 9 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
1,9%	1,9%	5,9%	10,0%	80,4%

### 10- Verificar anualmente a tensão arterial

Embora a maior parte das participante tenha referido verificar anualmente a tensão arterial apenas *ocasionalmente* (30,7%), uma quantidade muito semelhante afirmou fazê-lo *quase sempre* (25,6%).

Quadro 24– Distribuição de frequências do item 10 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
21,9%	30,7%	10,0%	11,9%	25,6%

### 11- Ir ao dentista anualmente verificar o estado dos dentes

Mais de um terço das jovens afirmou que vai ao dentista anualmente *quase sempre* (39,9%), e a menor percentagem das respostas situa-se no *quase nunca* (10,4%).

Quadro 25– Distribuição de frequências do item 11 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
10,4%	16,3%	18,9%	14,8%	39,6%



### 12- Ir anualmente ao médico fazer um *checkup*

Relativamente a este comportamento, as respostas estiveram bastante equilibradas, havendo uma diferença pouco elevada entre a mais escolhida (fazer um *checkup* anual *quase sempre*- 24,8%) e a menos escolhida (fazê-lo *com muita frequência*- 14,8%).

Quadro 26 – Distribuição de frequências do item 12 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
18,9%	23,7%	17,8%	14,8%	24,8%

### 13- Não conduzir quando bebe demais, ou viajar com um condutor que bebeu demais

Mais de metade das participantes referiu adoptar este comportamento *quase sempre* (56,7%).

Quadro 27 – Distribuição de frequências do item 13 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
12,6%	8,1%	5,9%	16,7%	56,7%

### 14- Gostar de se manter dentro dos limites de velocidade, quando conduz

Quase metade das participantes afirmaram gostar de conduzir dentro dos limites de velocidade, *quase sempre* (44,1%), havendo uma percentagem muito reduzida que afirma fazê-lo *quase nunca* (3,7%).

Quadro 28 – Distribuição de frequências do item 14 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
3,7%	9,6%	15,9%	26,7%	44,1%

### 15- Colocar o cinto de segurança quando viaja de carro, no banco da frente, fora da cidade

Praticamente a totalidade das jovens respondeu adotar este comportamento *quase sempre* (94,8%), sendo insignificante a percentagem que o faz *quase nunca* (0,4%).

Quadro 29 – Distribuição de frequências do item 15 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
0,4%	1,1%	1,5%	2,2%	94,8%

### 16- Evitar tomar medicamentos sem recomendação médica

Metade das respondentes afirmou cumprir esta prescrição *quase sempre*, havendo uma minúscula percentagem que o faz *quase nunca* (1,9%).

Quadro 30– Distribuição de frequências do item 16 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
1,9%	7,8%	14,8%	25,6%	50,0%

### 17- Evitar fumar

Pouco mais de metade das jovens, afirmaram evitar fumar *quase sempre* (57,8%).

Quadro 31 – Distribuição de frequências do item 17 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
19,3%	10,7%	5,6%	6,7%	57,8%

### 18- Evitar ingerir alimentos com gordura

O número de respostas em cada categoria foi bastante equilibrado, variando entre os 10,4% (*quase nunca*) e os 25,9% (*muitas vezes*).

Quadro 32– Distribuição de frequências do item 18 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
10,4%	24,8%	25,9%	21,5%	17,4%

### 19- Evitar tomar bebidas como café, chá ou coca-cola, devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína

A maior parte das jovens referiu evitar tomar bebidas com cafeína *quase nunca* (36,6%), sendo que a menor percentagem diz que o faz *quase sempre* (8,5%).

Quadro 33 – Distribuição de frequências do item 19 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
36,7%	25,9%	17,0%	11,9%	8,5%

### 20- Evitar tomar estimulantes, mesmo em época de exames

A grande maioria das jovens referiu evitar tomar estimulantes *quase sempre* (73,7%), sendo muito reduzido o número que referiu fazê-lo *quase nunca* (4,1%).

Quadro 34– Distribuição de frequências do item 20 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
4,1%	3,7%	6,7%	11,9%	73,7%

### 21- Evitar tomar tranquilizantes

Similarmente ao comportamento anterior, a grande maioria das jovens respondeu evitar tomar tranquilizantes *quase sempre* (71,5%), sendo muito reduzido o número que o faz *quase nunca* (3,7%).

Quadro 35– Distribuição de frequências do item 21 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
3,7%	1,5%	7,8%	15,6%	71,5%

## 22- Evitar ingerir alimentos feitos à base de açúcar

A maior parte das jovens afirmou evitar ingerir alimentos à base de açúcar apenas *ocasionalmente* (31,1%), sendo muito reduzido o número das que disse fazê-lo *quase sempre* (8,5%).

Quadro 36– Distribuição de frequências do item 22 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
20,0%	31,1%	24,8%	15,6%	8,5%

## 23- Evitar estar em ambientes saturados de fumo de tabaco

No que respeita a este comportamento, a distribuição das respostas pelas diferentes categorias foi bastante similar.

Quadro 37– Distribuição de frequências do item 23 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
12,6%	21,1%	25,2%	17,4%	23,7%

## 24- Evitar os ambientes muito ruidosos

A maior parte das respondentes referiu evitar os ambientes muito ruidosos *muitas vezes* (31,5%).

Quadro 38– Distribuição de frequências do item 24 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
13,7%	21,9%	31,5%	14,8%	18,1%

## 25- Evitar os ambientes com ar poluído

Similarmente ao comportamento anterior, a maior percentagem referiu evitar ambientes com ar poluído *muitas vezes* (33,3%).

Quadro 39 – Distribuição de frequências do item 25 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
6,7%	20,4%	33,3%	17,4%	22,2%

## 26- Evitar mudar de parceiro sexual

A grande maioria das jovens afirmou evitar mudar de parceiro sexual *quase sempre* (83,0%), sendo muito reduzida a percentagem que afirmou fazê-lo *ocasionalmente* (1,9%) e *quase nunca* (3,3%).

Quadro 40– Distribuição de frequências do item 26 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
3,3%	1,9%	3,7%	8,1%	83,0%

## 27- Evitar ter relações sexuais com pessoas que conhece mal

Praticamente todas as jovens responderam evitar ter relações com pessoas que conhecem mal *quase sempre* (89,6%), sendo ínfimo o número que respondeu fazê-lo *ocasionalmente* (1,5%) e *quase nunca* (1,9%).

Quadro 41– Distribuição de frequências do item 27 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
1,9%	1,5%	2,6%	4,4%	89,6%

## 28- Evitar ter relações sexuais sem precauções, devido às doenças sexuais

No mesmo sentido do comportamento anterior, praticamente todas as participantes disse evitar ter relações sexuais sem precauções *quase sempre* (87,4%).

Quadro 42– Distribuição de frequências do item 28 do Questionário de Comportamentos de Saúde

Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	C/ muita frequência	Quase sempre
1,9%	0,7%	3,0%	7,0%	87,4%

### Análise de correlação- Teste de Correlação de Pearson

Foram verificadas as correlações existentes entre:

- As dimensões e facetas de personalidade de cada dimensão, entre si
- Os comportamentos de saúde, agrupados nos respectivos factores, entre si
- Os factores de comportamentos de saúde e as dimensões e facetas de personalidade

No que respeita às correlações obtidas entre os comportamentos de saúde, podemos observar o seguinte:

Quadro 43- Correlações estatisticamente significativas entre os Comportamentos de Saúde

Variável	Ex. F.	Alim.	Prev.	Prot.	Ev. de Cons.	Sex.	Pol.	Prom.
Ex. F.								
Alim.	0,24**							
Prev.	0,17**	0,28**			0,19**			
Prot.	0,16**	0,31**	0,19**					
Ev. de Cons.				0,11*				
Sex.			0,12*	0,14*				
Pol.		0,38**		0,25**	0,17**	0,13*		
Prom.		0,20**	0,19**	0,25**		0,20**	0,20**	

*Nota.* Ex. F.= Exercício Físico; Alim. = Alimentar; Prev.= Prevenção

Prot. = Protecção; Ev. de Cons.= Evitamento de Consumos Prejudiciais; Sex.= Sexual;

Pol.= Evitamento de Poluição; Prot.= Protecção

\*  $p < 0,05$ , two-tailed

\*\*  $p < 0,01$ , two-tailed

Verificámos que as correlações obtidas, entre os comportamentos de saúde, foram todas positivas e, pouco elevadas, aproximadamente divididas entre baixas e muito baixas. O comportamento de protecção da saúde foi o que correlacionou com mais comportamentos e, o comportamento de evitamento de consumos prejudiciais foi o que menos correlações obteve.

Ao analisar as correlações estatisticamente significativas entre comportamentos de saúde e dimensões e facetas de personalidade, obteve-se os seguintes valores:

### Comportamento de Exercício Físico

Quadro 44– Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de exercício físico e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ex. Físico / Extroversão	0,13	0,03
Ex. Físico / Extroversão 4	0,21	0,001
Ex. Físico e Abertura	0,21	0,001
Ex. Físico e Abertura 4	0,19	0,001
Ex. Físico e Abertura 6	0,46	0,001

O comportamento de exercício físico obteve uma correlação muito baixa com a dimensão Extroversão e, uma correlação baixa com a sua faceta 4; obteve correlações baixas com a Abertura e a sua faceta 4, e, uma única correlação moderada, com a faceta A4.

### Comportamento Alimentar

Quadro 45– Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento alimentar e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Alimentar / Extroversão 3	0,13	0,02
Alimentar / Abertura 1	-0,13	0,03

O comportamento alimentar apresentou uma correlação positiva e muito baixa com a E3 e, uma correlação negativa, da mesma amplitude, com a O1.

### Comportamento de Prevenção da Saúde

Quadro 46 – Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de prevenção da saúde e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Prevenção / Extroversão 1	0,12	0,03
Prevenção / Extroversão 4	0,14	0,01
Prevenção / Abertura 5	0,14	0,02
Prevenção / Abertura 6	0,18	0,001
Prevenção / Amabilidade 3	0,16	0,001

O comportamento de prevenção apresentou correlações positivas, muito baixa, com as facetas 1 e 4 da Extroversão, as facetas 5 e 6 da Abertura, e, a faceta 3 a Amabilidade.

### Comportamento de Protecção da Saúde

Quadro 47 – Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de protecção da saúde e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Protecção / Extroversão 5	-0,18	0,001
Protecção / Abertura 6	0,14	0,01
Protecção / Amabilidade 3	0,13	0,03

O comportamento de protecção apresentou três correlações, todas elas, muito baixas; duas positivas, com a faceta 6 da Abertura e a faceta 3 da Amabilidade e, uma negativa, com a faceta 5 da Extroversão.



## Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais

Quadro 48– Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de evitamento de consumos prejudiciais e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ev. de consumos / Extroversão 3	0,15	0,01

O comportamento de evitamento de consumos prejudiciais correlacionou, positivamente, com apenas uma faceta de personalidade, a E3, sendo uma correlação muito baixa.

## Comportamento Sexual

Quadro 49– Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento sexual e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Sexual / Amabilidade 3	0,13	0,02

O comportamento sexual apresentou uma correlação, positiva e muito baixa, apenas com a faceta de personalidade A3.

## Comportamento de Evitamento da Poluição

Quadro 50 – Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de evitamento da poluição e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ev. poluição / Extroversão	-0,26	0,001
Ev. poluição / Extroversão 1	-0,19	0,001
Ev. poluição / Extroversão 2	-0,32	0,001
Ev. poluição / Extroversão 5	-0,27	0,001
Ev. poluição / Extroversão 6	-0,19	0,001
Ev. poluição / Abertura	-0,19	0,001
Ev. poluição / Abertura 1	-0,19	0,001
Ev. poluição / Abertura 3	-0,22	0,001
Ev. poluição / Amabilidade 3	-0,13	0,02

O comportamento de evitamento de poluição obteve correlação com várias facetas de personalidade, todas elas negativas, aproximadamente divididas entre baixas e muito baixas.

## Comportamento de Promoção da Saúde

Quadro 51 – Correlações estatisticamente significativas entre o comportamento de promoção da saúde e as dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Promoção / Extroversão 2	-0,14	0,01
Promoção / Extroversão 5	-0,23	0,001
Promoção / Amabilidade 4	0,13	0,03

O comportamento de promoção da saúde correlacionou negativamente com duas facetas da Extroversão, de forma fraca com a E 5 e muito fraca com E2, e, apresentou uma correlação positiva, também baixa, com a A4.

As correlações estatisticamente significativas das variáveis Qualidade de Vida e Saúde, entre si, e, da Qualidade de Vida com comportamentos de saúde, foram as seguintes:

Quadro 52- Correlações estatisticamente significativas da variável qualidade de vida com a saúde, e com o comportamento de promoção da saúde

	<i>r</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida / Saúde	0,45	0,001
Qualidade de vida / Promoção	0,15	0,01

A correlação verificada entre a qualidade de vida e a saúde foi positiva e moderada; a qualidade de vida correlacionou com apenas um comportamento de saúde, o comportamento de promoção da saúde, sendo uma correlação positiva e muito baixa e, a saúde não correlacionou significativamente com nenhum comportamento de saúde.

As correlações estatisticamente significativas da variável Saúde com as dimensões e facetas de personalidade, foram as seguintes:

Quadro 53- Correlações estatisticamente significativas da variável saúde com dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Saúde / Extroversão 2	0,13	0,03
Saúde / Amabilidade 1	0,17	0,001

A saúde obteve uma correlação, positiva e muito baixa, apenas com duas facetas de personalidade, a E2 e a A1.

As correlações estatisticamente significativas da variável Qualidade de Vida com as dimensões e facetas de personalidade, foram as seguintes

Quadro 54- Correlações estatisticamente significativas da variável qualidade de vida com dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida / Extroversão	0,17	0,001
Qualidade de vida / Extroversão 1	0,15	0,001
Qualidade de vida / Extroversão 6	0,24	0,001
Qualidade de vida / Abertura 4	0,12	0,04
Qualidade de vida / Amabilidade	0,18	0,001
Qualidade de vida / Amabilidade 1	0,23	0,001
Qualidade de vida / Amabilidade 4	0,17	0,001

A qualidade de vida apresentou correlação com duas dimensões de personalidade, Extroversão e Amabilidade e, com várias facetas, todas elas positivas e baixas, à exceção de duas, baixas, com a E6 e a A1.

As correlações estatisticamente significativas da variável Idade com as dimensões e facetas de personalidade, foram as seguintes:

Quadro 55- Correlações estatisticamente significativas da variável idade com dimensões e facetas de personalidade

	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade / Extroversão 5	-0,14	0,02
Idade / Abertura 2	0,14	0,01
Idade / Abertura 5	0,12	0,04

A idade obteve uma correlação negativa com a E5 e, correlação positiva com as facetas 2 e 5 da Abertura, sendo todas elas muito baixas.

#### Teste t de Diferença de Médias

Relativamente a diferenças significativas nas dimensões de personalidade, em função da variável idade, foi encontrada uma única diferença estatisticamente significativa, entre os grupos etários 18-21 e 22-30: O grupo de 22-30 apresentou valores mais

elevados na O5 (Ideias) ( $M=20,4762$ ) do que o grupo de 18-21 ( $M=19,3611$ ),  $t(270) = -2,115$ ,  $p < 0,034$ .

Nos comportamentos de saúde, segundo a idade, não se verificou nenhuma diferença significativa.

## DISCUSSÃO

Todas as correlações estatisticamente significativas encontradas, dos comportamentos de saúde entre si e, dos comportamentos de saúde com as dimensões de personalidade, tiveram um coeficiente baixo ou muito baixo.

No que respeita às correlações dos comportamentos de saúde entre si, todas foram positivas e, passaremos à sua análise específica:

### Comportamento de Exercício Físico e Comportamento Alimentar:

A correlação entre estes dois comportamentos parece fazer sentido, na medida em que Vickers et al. (1990), ao definirem as quatro dimensões superiores que incluiriam um conjunto de 40 comportamentos de saúde, num modelo multidimensional e hierárquico, consideraram que estes dois comportamentos se inseriam na mesma dimensão, a de manutenção e melhoria do bem-estar.

### Comportamento de Exercício Físico e Comportamento de Prevenção das Doenças:

A correlação entre estes dois comportamentos poderá ser explicada de forma similar à dos comportamentos anteriores, uma vez que o comportamento de prevenção das doenças insere-se também na dimensão de manutenção e melhoria do bem-estar (Vickers et al., 1990).

### Comportamento Alimentar e Comportamento de Prevenção das Doenças:

Esta correlação é explicável de forma similar às anteriores, permitindo revelar um padrão de interacção, uma vez que o comportamento de prevenção das doenças pertence à mesma definição dos três comportamentos anteriores (Vickers et al., 1990).

### Comportamento de Protecção da Saúde e Comportamento de Promoção da Saúde:

A associação positiva entre o comportamento de condução automóvel (inserido no comportamento de promoção da saúde) e o consumo de bebidas alcoólicas (inserido

no comportamento de promoção da saúde), definida por Zuckerman e Kuhlman (2000), permite explicar esta correlação verificada.

Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais e Comportamento de Evitamento de Poluição:

Esta correlação é explicada na literatura, na medida em que, segundo Zuckerman e Kuhlman (2000) e Geada et al. (1994), o consumo de substâncias ilícitas (integrado no comportamento de evitamento de consumos prejudiciais) e os hábitos tabágicos (integrados no comportamento de evitamento da poluição) associam-se num padrão comum.

Comportamento Sexual e Comportamento de Evitamento da Poluição:

Segundo Zuckerman e Kuhlman (2000), o tipo de comportamento sexual correlaciona com o comportamento de consumo de tabaco (estando o comportamento sexual de risco, positivamente associado a hábitos tabágicos), o que não consideraram surpreendente, referindo o facto de a população universitária ser frequentadora de festas em que o ambiente é ruidoso e poluído, onde se fuma, sendo também os locais em que os encontros sexuais se originam, com frequência.

Comportamento Sexual e Comportamento de Promoção da Saúde:

No seguimento da correlação entre os comportamentos anteriores, Zuckerman e Kuhlman (2000) estabeleceram também a relação positiva entre comportamento sexual e consumo de álcool, constituindo-se como um padrão tópico em população universitária.

Comportamento de Evitamento da Poluição e Comportamento de Promoção da Saúde:

Para Geada et al. (1994) e, Zuckerman e Kuhlman (2000), o consumo de tabaco e o consumo de álcool associam-se positivamente, constituindo o tal padrão verificado

nas ocasiões sociais da população universitária, de conjugação de álcool, tabaco, drogas e experiências sexuais de risco.

#### Comportamento de Exercício Físico e Comportamento de Protecção da Saúde:

Embora esta associação não venha referida na literatura citada, parece-nos fazer sentido, podendo corresponder a um estilo de vida organizado e cumpridor de preceitos e regras auto-definidas e, particularmente, pensamos que possa dever-se ao facto de um dos itens que constituiu o comportamento de protecção da saúde (“andar a pé ou de bicicleta diariamente”) poder ser empiricamente relacionado com a prática de exercício físico, de forma consistente e sistemática, tal como é apresentado pelo comportamento de exercício físico.

#### Comportamento Alimentar e Comportamento de Protecção da Saúde:

Não vindo referida na literatura, consideramos que esta correlação poderá corresponder a um padrão similar ao que liga o comportamento de exercício ao comportamento de protecção, a nível do estilo de vida, uma vez que o comportamento alimentar, por sua vez, correlaciona positivamente com o comportamento de exercício físico.

#### Comportamento Alimentar e Comportamento de Evitamento da Poluição:

Pensamos que esta correlação poderá fazer sentido, eventualmente, devido ao item “devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína, evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola”, que integra o comportamento de poluição, sendo concebível que pessoas que procuram evitar este tipo de bebidas, sejam as que têm preocupação com o equilíbrio e qualidade do seu regime alimentar.

#### Comportamento Alimentar e Comportamento de Promoção da Saúde:

Partindo, de certa forma, da associação entre os dois comportamentos anteriores, consideramos plausível que esta associação se deva, sobretudo, ao item “não beber mais de duas bebidas alcoólicas por dia”, do comportamento de promoção da saúde, uma vez que as pessoas que mantêm um regime alimentar cuidado e equilibrado,



possivelmente, não beberão mais que duas bebidas alcoólicas por dia, como parte desse cuidado que se preocupam em manter.

Comportamento de Prevenção das Doenças e Comportamento de Protecção da Saúde:

Embora não nos baseando na literatura, esta correlação parece-nos fazer muito sentido, sugerindo um padrão de comportamentos saudáveis que abrange estas duas vertentes.

Comportamento de Prevenção das Doenças e Comportamento Sexual:

Esta associação, leva-nos a especular sobre a possibilidade de um estilo cuidadoso, relativamente aos procedimentos básicos a seguir para prevenir o aparecimento de doenças, que se reflectirá, de forma paralela, no relacionamento com os outros, nomeadamente, no estilo de relacionamento e comportamento sexual seguido.

Comportamento de Prevenção das Doenças e Comportamento de Promoção da Saúde:

Tal como na associação entre comportamento de prevenção e comportamento de protecção, esta correlação parece fazer sentido, no âmbito de um estilo comportamental saudável, que abrange estas duas vertentes.

Comportamento de Protecção da Saúde e Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais:

Embora, segundo Zuckerman e Kuhlman (2000), o comportamento de condução arriscada correlacione positivamente apenas com o consumo de álcool (e não o uso de substâncias ilícitas), parece-nos possível que esta relação se possa estender a este nível, explicando esta correlação.

Comportamento de Protecção da Saúde e Comportamento Sexual:

Reportando-nos à correlação entre comportamento de prevenção e comportamento sexual, esta correlação parece surgir com o mesmo sentido, constituindo um padrão que permite relacionar o tipo de comportamento sexual, com comportamentos específicos de cuidado com a saúde e atenção a procedimentos básicos de prevenção das doenças, despertando o interesse por uma investigação mais aprofundada sobre estes três comportamentos.

#### Comportamento de Protecção da Saúde e Comportamento de Evitamento da Poluição:

Consideramos que a explicação desta associação, poderá ser semelhante à que propusemos para a associação entre o comportamento de protecção e o de evitamento de consumos prejudiciais, uma vez que nos parece possível que o comportamento de condução arriscada constitua um padrão conjunto com o consumo de tabaco, na população universitária, para além do padrão com o consumo de álcool, já definido por Zuckerman e Kuhlman (2000).

No que respeita às correlações entre comportamentos de saúde e dimensões de personalidade, passamos à sua análise específica:

#### Comportamento de Exercício Físico:

Relativamente ao comportamento de exercício físico, a sua correlação positiva com a dimensão E foi concordante com os resultados obtidos por Booth-Kewley e Vickers (1994), em cujo estudo este comportamento surge integrado na dimensão superior de comportamento de manutenção e melhoria de bem-estar, que correlacionou positivamente com E. Por outro lado, reportamo-nos a Steptoe et al. (1994), que consideraram que a E, ao correlacionar positivamente com comportamentos de saúde positivos, poderia reflectir a natureza participativa e sociável de algumas práticas de saúde, o que poderá ser o caso quando da ida ao ginásio, com o seu componente de socialização. Ainda, poderá ainda ter a haver com o maior desejo de magreza, que vem descrito como correlacionando com a E (Brookings & Wilson, 1994), na medida em que o comportamento de exercício físico correlaciona positivamente com o

comportamento alimentar, podendo corresponder a um padrão conjunto de esforço para obter o peso corporal desejado.

No mesmo sentido, a correlação deste comportamento com a faceta 4 (Actividade) da E, poderá fazer sentido, pois o próprio nome da faceta se relaciona com prática de actividade física.

Relativamente à correlação positiva entre o comportamento de exercício físico e a dimensão O, e duas das suas facetas (O4- Acções; O6- Valores), não encontramos esta correlação explicada na literatura, o que nos leva a levantar a hipótese de que, eventualmente, esta relação possa ser explicada pela correlação existente entre este comportamento e a E, devido à correlação positiva moderada existente entre as dimensões O e E.

#### Comportamento Alimentar:

No que respeita à correlação positiva entre o comportamento alimentar e a faceta 3 (Assertividade) da dimensão E, pode ser compreendida na medida em que a E, no global, é associada a maior desejo de magreza (Brookings & Wilson, 1994), o que poderá conduzir as pessoas a maiores cuidados alimentares, no sentido de redução de ingestão de gordura e alimentos açucarados, sendo assim concordante com a ideia, defendida por Wardle et al. (1997), de que a preocupação com o peso corporal pode trazer melhorias à qualidade do regime alimentar, ao contrário do aspecto prejudicial normalmente associado à dieta. Além disso, na investigação realizada por Booth-Kewley e Vickers (1994), este comportamento insere-se na dimensão de manutenção e melhoria do bem-estar, que é positivamente associada à E.

Quanto à correlação positiva com a faceta 4 (Actividade) da E, poderá ser explicável no mesmo sentido que a anterior e, eventualmente, devido ao facto de esta faceta surgir na literatura como a que mais contribui para o papel da Extroversão na protecção das desordens do comportamento alimentar (Brookings & Wilson, 1994), embora estes autores não se refiram à forma como esta protecção se reflecte, no que respeita ao padrão de comportamentos alimentares.

A correlação negativa do comportamento alimentar com a faceta 1 (Fantasia) da dimensão O, poderá ser explicada pelo facto de esta ser uma das facetas em que o grupo envolvido num programa de redução de peso pontuou mais alto que o grupo de controlo, sem excesso de peso (Podar et al., 1999); uma vez que o grupo em redução de peso possuía um índice de massa corporal significativamente superior, que levou os seus participantes a desejarem reduzir o peso, isto poderá fazer supor que o seu comportamento alimentar não seria devidamente saudável e equilibrado, associando-se a elevados valores na Fantasia.

#### Comportamento de Prevenção da Saúde:

A correlação positiva entre o comportamento de prevenção e a faceta 1 (Acolhimento caloroso) da dimensão E, poderá ser explicada pela referência a Booth-Kewley e Vickers (1994), na medida em que dois dos comportamentos integrados neste factor (realização de checkup anual e ida ao dentista anual) vêm integrados na dimensão de manutenção e melhoria do bem-estar adoptada por estes autores, que correlacionou positivamente com a E. Relativamente ao facto de ser contrária à correlação verificada entre os comportamentos de promoção da saúde e de protecção da saúde e, a E, podemos especular que os comportamentos de prevenção considerados, por se referirem a acções que são levadas a cabo com pouca frequência, exigem menos esforço no seu cumprimento, podendo ser mais facilmente cumpridas sem a necessidade de investimento comportamental diário requerido pelos comportamentos de promoção e protecção.

Em consonância, a mesma explicação poderia ser sugerida para a correlação positiva com a faceta 4 (Actividade) da E.

As correlações positivas deste comportamento com as facetas 5 (Ideias) e 6 (Valores) da dimensão O, não surgem justificadas na literatura, uma vez que, um estudo, possuindo dois dos quatro comportamentos que constituem este factor (Booth-Kewley & Vickers, 1994), não encontrou qualquer correlação destes com a O e, outro estudo, possuindo estes mesmos comportamentos (Ingledeu & Brunning, 1999), apontou a associação negativa da O com comportamentos de saúde, mas, sem particularizar comportamentos específicos envolvidos.

Em contraste, a correlação positiva do comportamento de prevenção com a faceta 3 (Altruísmo) da A, é concordante com a literatura.

Comportamento de Protecção da Saúde:

A correlação negativa do comportamento de protecção da saúde com a faceta 5 (Procura de excitação) da E tem sentido, à luz da generalidade da literatura.

Em relação à correlação com a faceta 6 (Valores) da O, a literatura referida não apresenta nenhuma associação, neste sentido ou em sentido contrário, entre estas variáveis. Na medida em que é similar à correlação verificada entre o comportamento de prevenção e esta mesma faceta, pensamos que poderá contribuir para lançar uma nova luz sobre o papel específico desta faceta em comportamentos preventivos e protectores da saúde

A correlação do comportamento de protecção com a dimensão A, e a sua facetas 3 (Altruísmo), surge como perfeitamente compreensível, à luz de toda a literatura.

Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais:

Relativamente à correlação verificada entre o comportamento de evitamento de consumos prejudiciais e a faceta 3 (Assertividade) da dimensão E, há a dizer que, embora a E, no global, seja associada pela generalidade da literatura a maior consumo de substâncias nocivas para a saúde, a Assertividade não surge particularizada nesta associação; desta forma, podemos levantar a hipótese de que as características de auto-afirmação e defesa de direitos pessoais desta faceta possam proteger os indivíduos da solicitação para este tipo de consumos, num paralelismo com o que foi dito por Cooper et al. (2000) sobre a dupla correlação positiva da E com práticas sexuais de risco, sugerindo como provável que a à Assertividade forneça a aptidão para negociar o uso do preservativo.

Comportamento Sexual

A correlação positiva do comportamento sexual com a faceta 3 (Altruísmo) da A é compreensível, na medida em que a dimensão A, sendo associada aos

comportamentos de saúde positivos, nas várias áreas, foi apontada como especialmente implicada nas três áreas dos comportamentos sexuais positivos (número de parceiros, sexo desprotegido e encontros de alto risco; Hoyle et al., 2000).

#### Comportamento de Evitamento de Poluição:

No que respeita à correlação negativa entre o comportamento de evitamento da poluição e a dimensão E, tem sentido, de acordo com a literatura que apresenta a Extroversão como associada a menores comportamentos de saúde neste âmbito, nomeadamente, no que se refere aos hábitos tabágicos (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Friedman, 2000).

Neste sentido, consideramos que o mesmo poderá ser aplicado à correlação negativa com as suas quatro facetas E1 (Acolhimento Caloroso), E2 (Gregariedade), E5 (Procura de Excitação) e E6 (Emoções Positivas).

A correlação negativa do comportamento de evitamento de poluição com a dimensão O, e com as suas facetas O1 (Fantasia), O3 (Sentimentos) faz sentido, sendo esta associada, por toda a literatura, a comportamentos negativos de uso de substâncias, incluindo o tabaco, num padrão semelhante ao apresentado para a E.

A correlação negativa com a faceta 3 (Altruísmo) da dimensão A não é consonante com a literatura, uma vez que esta dimensão é uma das mais associadas com comportamentos positivos de saúde.

#### Comportamento de Promoção da Saúde:

Relativamente à correlação negativa do comportamento de promoção da saúde com as facetas E2 (Gregariedade) e E5: (Procura de Excitação), é explicável, pois Booth-Kewley e Vickers (1994) e Friedman (2000) reportaram a associação positiva entre a E e elevado consumo de álcool, que se integra neste factor; por sua vez, a Sociabilidade definida por Zuckerman (Zuckerman, Kuhlman & Camac, 1988, cit. in Hoyle et al., 2000) correlacionou com maior consumo de álcool, e segundo Hoyle

et al. (2000) a Sociabilidade corresponde à E do modelo PEN de Eysenck (1976, cit. in Hoyle, 2000) que, por sua vez, é muito similar à E do Modelo dos Cinco Factores (Digman, 1991, cit. in Hoyle et al., 2000).

A correlação positiva com a faceta 4 (Complacência) da dimensão A, é explicável, no sentido do que já foi referido sobre o papel da A na relação com os comportamentos de saúde.

Relativamente à correlação encontrada entre a Saúde e a Qualidade de Vida, tem todo o sentido, na medida em que autores como Campbell et al. (1976, cit. in Brief, Butcher, George & Link, 1993) verificaram que a saúde era assinalada pelos sujeitos que investigaram como sendo o mais importante factor na felicidade. Segundo Larson (1978, cit. in Brief et al., 1993 ) a saúde é, talvez, uma das mais importantes influências no bem estar subjectivo e, como tal, se integramos a *percepção de qualidade de vida na última semana* (como foi questionada às participantes deste estudo) na dimensão mais vasta de bem-estar subjectivo, esta relação é facilmente explicável. Neste sentido, referimos ainda que Zautra e Hempel (1984, cit. in Brief et al., 1993) demonstraram a existência de uma forte relação positiva entre a saúde percebida e o bem estar subjectivo.

A correlação da percepção de qualidade de vida com o comportamento de promoção da saúde, parece-nos fazer sentido, no âmbito do seguimento de hábitos regrados como “não beber mais de duas bebidas alcoólicas por dia” e “dormir o número de horas suficientes para se sentir repousado/a”, que poderão conduzir a um bem-estar por parte de quem decide segui-los, aumentando a percepção de qualidade de vida.

Observando as correlações da percepção da saúde e da percepção de qualidade de vida, com as dimensões e facetas de personalidade, verificámos que apresentam um padrão comum nos principais aspectos, pois ambas correlacionam com facetas da E e da A, embora a qualidade de vida correlacione com maior número de facetas, com as próprias dimensões A e E e ainda com uma faceta da O, o que não acontece com a saúde.

No que respeita à correlação da percepção de saúde com a E2, verificou-se que a E correlacionava com uma percepção de saúde mais positiva, mesmo entre os sujeitos que referiam ter problemas de saúde clinicamente diagnosticados (Goodwin & Engstrom, 2002)

Em relação à correlação entre a percepção de qualidade de vida e, a E e suas facetas E1 e E6, interpretámos esta percepção como sendo possivelmente influenciada pelo optimismo, uma vez que não possuímos dados do estado de saúde objectivo das participantes; devido ao padrão de correlações verificado, lançamos a hipótese de que o optimismo, enquanto crença generalizada em resultados positivos e importante determinante do coping psicológico com acontecimentos stressantes (Scheier e Carver, 1992, cit. in Steptoe et al., 1994) pudesse estar na base destas percepções mais positivas, uma vez que este surgiu associado à E em Steptoe et al. (1993)

Também Marshall et al. (1994), verificaram que um factor nomeado Controlo Optimista, englobando o optimismo, entre outros constructos positivos relacionados com a psicologia da saúde, esteve positivamente associado à E e, Ingledeu e Brunning (1999) identificaram a E como única dimensão com um efeito directo no optimismo relativo a futuros problemas de saúde correlacionou. A dimensão E, por sua vez, tem sido substancialmente associada a medidas de afecto positivo (e.g., McCrae & Costa, 1991, cit. in Watson & Clark, 1992).

Relativamente à correlação da percepção de saúde com a A1, e da percepção de qualidade de vida com a A, A1 e A4, Costa e McCrae (1991, cit. in Watson & Clark, 1992) também encontraram correlações baixas mas positivas de A com o Afecto Positivo e, verificaram que os sujeitos com níveis mais elevados desta dimensão reportaram um bem-estar global mais elevado e um nível superior de satisfação com a vida, o que os levou a considerar que as características relacionadas com A (e.g., os laços interpessoais que a A promove) podem contribuir para estes sentimentos mais satisfatórios.

No que respeita à correlação da qualidade de vida com a O4, não encontramos, na literatura, uma possível explicação para esta associação verificada.



A correlação negativa da idade com a E5 tem sentido, à luz da literatura, que aponta que os valores de E, na globalidade, vão decrescendo à medida que a idade aumenta, podendo observar-se essa diferença, desde logo, entre os dois primeiros grupos etários (cit. in Lima, 1997; McCrae & Stone, 1997), sendo esta faceta, dentro da dimensão E, uma das mais clara e consistentemente relacionadas com a idade (McCrae et al., 1999).

A correlação positiva desta variável com as facetas O2 e O5, não parece consonante com a literatura, que refere que a dimensão O, tal como a E, vai decrescendo com o avanço etário. Assim, consideramos que a explicação poderá prender-se com as duas facetas específicas em causa, que poderão, eventualmente, actuar num sentido diferente da dimensão a que pertencem, necessitando de futura investigação a este nível.

O facto de a faceta O5 ser a única a apresentar uma diferença estatisticamente significativa, segundo a idade, reforça o que foi dito neste sentido.

No que respeita às hipóteses estabelecidas, a hipótese de que a Amabilidade estaria positivamente associada a comportamentos positivos, na globalidade, não se verificou da forma generalizada que podíamos esperar, na medida em que só duas das suas facetas apresentaram correlações neste sentido, com comportamentos de saúde. No entanto, o facto de a faceta A3 (Altruísmo) ter correlacionado positivamente com os comportamentos de prevenção das doenças, protecção da saúde, sexual e evitamento da poluição, chama a atenção para a especificidade desta faceta, a investigar futuramente.

A hipótese de que a dimensão Abertura à Experiência correlacionaria negativamente, nomeadamente, com o comportamento de evitamento de consumos prejudiciais, não se verificou, sendo que apenas correlacionou negativamente com o comportamento de evitamento de poluição e, uma das suas facetas, com o comportamento alimentar. Por fim, a hipótese de que a Extroversão estaria negativamente associada a alguns comportamentos de saúde, verificou-se no que respeita aos comportamentos de evitamento da poluição e, de protecção da saúde e promoção da saúde, com duas facetas; no entanto, não se verificou relativamente ao comportamento específico que referimos, o de evitamento de consumos prejudiciais. Relativamente à correlação

positiva esperada com os comportamentos de exercício físico e alimentar, verificou-se, com a dimensão e duas das suas facetas.

Como conclusão, o facto, para nós inesperado, de as dimensões e facetas de personalidade terem apresentado, na generalidade, correlações tão pouco elevadas com os comportamentos de saúde, pode ajustar-se à afirmação de Steptoe et al. (1994), de que é um dado comum que factores psicológicos gerais expliquem apenas uma pequena proporção da variância dos comportamentos de saúde, ao contrário do que acontece com atitudes e crenças relativas a actividades específicas.

Consideramos, ainda, que determinados resultados, pouco consonantes com a literatura na área, poderão eventualmente dever-se à especificidade da amostra utilizada neste estudo.

## REFERÊNCIAS

- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, (3), 281-298.
- Breslow, L., & Breslow, N. (1993). Health Practices and disability: some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine*, 32, 86-95.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, (4), 646-653.
- Brookings, J. B., & Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63, (2), 313-326.
- Carmody, T. P. (1997). Health-related behaviours: common factors. In A. Bawn, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 117-121). U.K.: Cambridge University Press.
- Caspi, A., Harrington, H., Moffitt, T. E., Begg, D., Dickson, N., & Langley, J. et al. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1052-1063.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour*. (pp. 1-21). Buckingham: Open University Press.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, (6), 1059-1089.
- Dias, M., Costa, A., Manuel, P., Neves, A., Geda, M., & Justo, J. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, (2), 207-220.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, (6), 1089-1108.
- Friedman, H. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Tucker, J. S., Martin, L. R., & Wingard, D. L. et al. (1995). Childhood conscientiousness and longevity:

health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, (4), 696-703.

Geda, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (1994). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 157-175). Braga: APPORT.

Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.

Hogan, J. (1989). Personality correlates of physical fitness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (2), 284-288.

Hoyle, R. H., Fejar, M. C., & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: a quantitative review. *Journal of Personality*, 68, (6), 1203-1231.

Ingledeu, D. K., & Brunning, S. (1999). Personality, preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 193-208.

Lemos-Giráldez, S., & Fidalgo-Aliste, A. M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: a cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11 (3), 197-209.

Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R, contextos teóricos e psicométricos, "OCEAN" ou "iceberg"?*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Vickers, R. R., Kusulas, J. W., & Hervig, L. K. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 278-276.

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). U.S.: John Wiley & Sons, Inc.

Matarazzo, J. D., & Leckliter, I. N. (1988). Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares and I. G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.

McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Algeitner, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C. et al. (1999). Age differences in personality across the adult life span: parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35, (2), 466-477.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.

McCrae, R. R., & Stone, S. V. (1997). In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 29-34).

McIntyre, T. M., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.

Palenzuela, D. L., & Barros, A. M. (1993). Modern trends in personality theory and research: na introduction. In D. L. Palenzuela & A. M. Barros (Eds.), *Modern trends in personality theory and research* (pp. 9-27). Porto: APPORT.

Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health: lay meanings of health and health behaviour. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* (pp. 187-211). England: Who Regional Publications.

Pitts, M. (1992). Personality. In J. Radford & E. Govner (Eds.), *A textbook of psychology* (pp. 609-638). London: Routledge.

Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, (1), 133-147.

Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes universitários da região do Porto*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Porto.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, (3), 549-559.

Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, (2), 395-423.

Step toe, A., & Wardle, J. (1994). What the experts think: a european survey of expert opinion about the influence of lifestyle on health. *European Journal of Epidemiology*, *10*, 195-203.

Step toe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from eastern europe and western europe. *Social Science and Medicine*, *53*, 1621-1630.

Step toe, A., Wardle, J., Smith, H., Kopp, M., Skrabski, A., & Vinck, J. et al. (1995). Tobacco smoking in young adults from 21 european countries: associations with attitudes and risk awareness. *Addiction*, *90*, 571-582.

Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., & Wichstrom, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Personality and Health*, *9*, 331-343.

Trobst, K. K., Wiggins, J. S., Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Masters, H. L. (2000). Personality Psychology and problem behaviors: HIV risk and the five-factor model. *Journal of Personality*, *68*, (6), 1233-1252.

Vickers, R. R., Conway, T. R., & Hervig, L. K. (1990). Demonstrations of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, *19*, 377-401.

Wardle, J., Bellisle, F., Reschke, K., Step toe, A., Davou, B., & Lappalainen, R. et al. (1997). Healthy dietary practices among european students. *Health Psychology*, *16*, (5), 443-450.

Wardle, J., & Step toe, A. (1991). The european health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, *33*, (8), 925-936.

Watson, D., & Clark, L.A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, *60*, (2), 441-

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1997). Assessment of the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, *68*, (2), 228-250.

Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, *68*, (6), 999-1029.

# **ANEXO 1**

**QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE**

## O MEU ESTILO DE VIDA

SEXO: \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Nesta secção pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia, em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde.

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

- A- Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B- Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C- Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D- Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E- Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmen.	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E



Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
Evito fumar	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína, evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros), mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais, evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **ANEXO 2**

**INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO-REVISTO (com as três dimensões)**

**P.F, responda com a máxima sinceridade a todas as questões, e marque apenas uma opção na folha de resposta. Não escreva neste caderno, utilize apenas a folha de resposta.**

**DF- Discordo fortemente D- Discordo N- Neutro C- Concordo CF- Concordo fortemente**

- |  |  |
|--|--|
| 1-Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro                      | 15-Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos                                   |
| 2-Tenho uma imaginação muito activa                                    | 16-Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria  |
| 3-Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros     | 17-Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar |
| 4-Não gosto de multidões, por isso evito-as                            | 18-Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos   |
| 5-Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza             | 19-Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas  |
| 6-Não sou matreiro(a), nem espertalhão (espertalhona)                  | 20-Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação            |
| 7-Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a)                   | 21-Acredito que a maioria das pessoas é, no fundo, bem intencionada  |
| 8-Sem emoções fortes, a vida não teria interesse                       | 22-Gosto de ter muita gente à minha volta  |
| 9-Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta                 | 23-Às vezes, deixo-me absorver totalmente pela música que ouço   |
| 10-No trabalho e nos tempos livres, gosto de fazer as coisas com calma | 24-Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero                   |
| 11-Sou bastante agarrado(a) às minhas próprias maneiras de proceder    | 25-Às vezes, não consigo afirmar-me tanto como devia   |
| 12-Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas   | 26-Raramente sinto emoções fortes  |
| 13-Sinto, às vezes, uma necessidade louca de me divertir               | 27-Tento ser delicado(a) com todas as pessoas que encontro   |
| 14-Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas  | 28-Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo  |

- 29**-Penso que é interessante aprender e cultivar novos *hobbies*
- 30**-Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário
- 31**-Não gostaria de passar férias no Algarve
- 32**-Acho as discussões filosóficas aborrecidas
- 33**-Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações
- 34**-Já experimentei algumas vezes sensações de grande alegria, e de êxtase
- 35**-Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança
- 36**-Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes
- 37**-Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática
- 38**-Tenho uma grande capacidade de fantasiar
- 39**-Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos
- 40**-Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a)
- 41**-Aborrece-me ver bailado ou dança moderna
- 42**-Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém
- 43**-Já fui, muitas vezes, líder de grupos a que pertenci
- 44**-É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas
- 45**-Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista
- 46**-Trabalho devagar, mas persistentemente
- 47**-Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais
- 48**-Hesito em manifestar a minha raiva, mesmo quando justificada
- 49**-Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer
- 50**-Gosto de resolver problemas e puzzles
- 51**-Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso
- 52**-Não sou um(a) grande optimista
- 53**-Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral
- 54**-Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos
- 55**-Muitas pessoas vêm-me com uma pessoa um pouco fria e distante
- 56**-Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a)
- 57**-Penso que a maioria das pessoas com quem lido, é honesta e digna de confiança
- 58**-Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a) durante muito tempo
- 59**-fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza
- 60**-Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios
- 61**-Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar
- 62**-Raramente presto atenção àquilo que sinto no momento

- 63-Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a)
- 64-Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia
- 65-Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas
- 66-Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber
- 67-Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores
- 68-Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar de assuntos demasiado teóricos e abstractos
- 69-Tento ser humilde
- 70-Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade
- 71-Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas
- 72-Não gosto de pedintes
- 73-Gosto muito de falar com as outras pessoas
- 74-Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas potencialidades, deixando-a crescer e desenvolver-se
- 75-Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável
- 76-Prefiro trabalhos que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado por outras pessoas
- 77-A poesia pouco ou nada me diz
- 78-Detestaria ser considerado um(a) hipócrita
- 79-Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões
- 80-As minhas emoções e sentimentos são muito variados
- 81-Não sou muito conhecido(a) pela minha generosidade
- 82-Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas
- 83-Prefiro passar o tempo em ambientes que me são familiares
- 84-Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer
- 85-Gosto de estar onde está a acção
- 86-Gosto de resolver *puzzles* difíceis
- 87-Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a)
- 88-Não me considero uma pessoa alegre
- 89-Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios, do que ter abertura de espírito
- 90-As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas
- 91-É fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas
- 92-Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer actividade
- 93-A minha primeira reacção é confiar nas pessoas
- 94-Prefiro passar férias numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques

- 95-**Certas formas de música têm um encanto infinito para mim
- 96-**Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo
- 97-**Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas
- 98-**Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas
- 99-**A maioria das pessoas que conheço, gosta de mim
- 100-**Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa
- 101-**Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença
- 102-**Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta
- 103-**Adoro as emoções da montanha russa
- 104-**Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo ou da condição humana
- 105-**Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição
- 106-**Sou uma pessoa alegre e bem disposta
- 107-**Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas
- 108-**Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito
- 109-**Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos
- 110-**Em criança, raramente achava piada aos jogos de faz-de-conta
- 111-**Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas
- 112-**Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim
- 113-**Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção
- 114-**Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para levá-las a fazer o que quero que elas façam
- 115-**Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros
- 116-**Acho fácil sentir empatia - quer dizer, sentir o que os outros sentem
- 117-**Considero-me uma pessoa caridosa
- 118-**A minha vida decorre a um ritmo rápido
- 119-**Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido
- 120-**Sou cabeçudo(a) e teimoso(a)
- 121-**Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes
- 122-**Tenho muita curiosidade intelectual
- 123-**Prefiro elogiar os outros, a ser elogiado
- 124-**É raro utilizar palavras como fantástico ou sensacional, para descrever as minhas experiências
- 125-**Algo corre mal se, aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam
- 126-**Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu

127-Interesso-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho

128-Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vagar, sem controlo nem orientação

129-Tenho bastante fé na natureza humana

130-Gosto de festas com muita gente

131-Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e imagens, do que uma história com princípio, meio e fim

132-Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas

133-Não considero fácil controlar as situações

134-Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções

135-Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros

136-Sou uma pessoa muito activa

137-Sigo sempre o mesmo caminho, vou a qualquer sítio

138-Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho

139-Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão

140-Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais

141-Sou uma pessoa superior

142-Rio facilmente

143-Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma

144-Gostaria mais que me considerassem “compreensivo(a)” (inclinado a perdoar), do que “justo(a)” (inclinado ao rigor)

145-Como classificaria a sua Saúde, em geral, durante a última semana?

<b>Péssima</b>						<b>Óptima</b>
1	2	3	4	5	6	7

146-Como classificaria a sua Qualidade de Vida global, durante a última semana?

<b>Péssima</b>						<b>Óptima</b>
1	2	3	4	5	6	7

FIM DO TESTE

P.F, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES, E COM A MAIOR SINCERIDADE POSSÍVEL

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO, NESTA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA**

## FOLHA DE RESPOSTAS

IDADE:

SEXO:

CURSO:

**DF-** Discordo fortemente    **D-** Discordo    **N-** Neutro    **C-** Concordo    **CF-** Concordo fortemente

**P.F, coloque uma cruz na opção que pretende, com atenção:**

1	DF	D	N	C	CF	30	DF	D	N	C	CF	59	DF	D	N	C	CF	88	DF	D	N	C	CF	117	DF	D	N	C	CF
2	DF	D	N	C	CF	31	DF	D	N	C	CF	60	DF	D	N	C	CF	89	DF	D	N	C	CF	118	DF	D	N	C	CF
3	DF	D	N	C	CF	32	DF	D	N	C	CF	61	DF	D	N	C	CF	90	DF	D	N	C	CF	119	DF	D	N	C	CF
4	DF	D	N	C	CF	33	DF	D	N	C	CF	62	DF	D	N	C	CF	91	DF	D	N	C	CF	120	DF	D	N	C	CF
5	DF	D	N	C	CF	34	DF	D	N	C	CF	63	DF	D	N	C	CF	92	DF	D	N	C	CF	121	DF	D	N	C	CF
6	DF	D	N	C	CF	35	DF	D	N	C	CF	64	DF	D	N	C	CF	93	DF	D	N	C	CF	122	DF	D	N	C	CF
7	DF	D	N	C	CF	36	DF	D	N	C	CF	65	DF	D	N	C	CF	94	DF	D	N	C	CF	123	DF	D	N	C	CF
8	DF	D	N	C	CF	37	DF	D	N	C	CF	66	DF	D	N	C	CF	95	DF	D	N	C	CF	124	DF	D	N	C	CF
9	DF	D	N	C	CF	38	DF	D	N	C	CF	67	DF	D	N	C	CF	96	DF	D	N	C	CF	125	DF	D	N	C	CF
10	DF	D	N	C	CF	39	DF	D	N	C	CF	68	DF	D	N	C	CF	97	DF	D	N	C	CF	126	DF	D	N	C	CF
11	DF	D	N	C	CF	40	DF	D	N	C	CF	69	DF	D	N	C	CF	98	DF	D	N	C	CF	127	DF	D	N	C	CF
12	DF	D	N	C	CF	41	DF	D	N	C	CF	70	DF	D	N	C	CF	99	DF	D	N	C	CF	128	DF	D	N	C	CF
13	DF	D	N	C	CF	42	DF	D	N	C	CF	71	DF	D	N	C	CF	100	DF	D	N	C	CF	129	DF	D	N	C	CF
14	DF	D	N	C	CF	43	DF	D	N	C	CF	72	DF	D	N	C	CF	101	DF	D	N	C	CF	130	DF	D	N	C	CF
15	DF	D	N	C	CF	44	DF	D	N	C	CF	73	DF	D	N	C	CF	102	DF	D	N	C	CF	131	DF	D	N	C	CF
16	DF	D	N	C	CF	45	DF	D	N	C	CF	74	DF	D	N	C	CF	103	DF	D	N	C	CF	132	DF	D	N	C	CF
17	DF	D	N	C	CF	46	DF	D	N	C	CF	75	DF	D	N	C	CF	104	DF	D	N	C	CF	133	DF	D	N	C	CF
18	DF	D	N	C	CF	47	DF	D	N	C	CF	76	DF	D	N	C	CF	105	DF	D	N	C	CF	134	DF	D	N	C	CF
19	DF	D	N	C	CF	48	DF	D	N	C	CF	77	DF	D	N	C	CF	106	DF	D	N	C	CF	135	DF	D	N	C	CF
20	DF	D	N	C	CF	49	DF	D	N	C	CF	78	DF	D	N	C	CF	107	DF	D	N	C	CF	136	DF	D	N	C	CF
21	DF	D	N	C	CF	50	DF	D	N	C	CF	79	DF	D	N	C	CF	108	DF	D	N	C	CF	137	DF	D	N	C	CF
22	DF	D	N	C	CF	51	DF	D	N	C	CF	80	DF	D	N	C	CF	109	DF	D	N	C	CF	138	DF	D	N	C	CF
23	DF	D	N	C	CF	52	DF	D	N	C	CF	81	DF	D	N	C	CF	110	DF	D	N	C	CF	139	DF	D	N	C	CF
24	DF	D	N	C	CF	53	DF	D	N	C	CF	82	DF	D	N	C	CF	111	DF	D	N	C	CF	140	DF	D	N	C	CF
25	DF	D	N	C	CF	54	DF	D	N	C	CF	83	DF	D	N	C	CF	112	DF	D	N	C	CF	141	DF	D	N	C	CF
26	DF	D	N	C	CF	55	DF	D	N	C	CF	84	DF	D	N	C	CF	113	DF	D	N	C	CF	142	DF	D	N	C	CF
27	DF	D	N	C	CF	56	DF	D	N	C	CF	85	DF	D	N	C	CF	114	DF	D	N	C	CF	143	DF	D	N	C	CF
28	DF	D	N	C	CF	57	DF	D	N	C	CF	86	DF	D	N	C	CF	115	DF	D	N	C	CF	144	DF	D	N	C	CF
29	DF	D	N	C	CF	58	DF	D	N	C	CF	87	DF	D	N	C	CF	116	DF	D	N	C	CF						

145-

1 (Péssima) 2 3 4 5 6 7 (Óptima)

146-

1 (Péssima) 2 3 4 5 6 7 (Óptima)

Responda, por favor, às três perguntas seguintes:

- A. Respondeu a todas as questões de forma honesta e correcta? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- B. Respondeu a todas as questões? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- C. Colocou todas as suas cruzes de resposta na área correcta? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_



**ANEXO 3**  
DADOS ESTATÍSTICOS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IDADE	270	100,0%	0	,0%	270	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
IDADE	Mean		21,69	,13
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21,44	
		Upper Bound	21,94	
	5% Trimmed Mean		21,57	
	Median		21,00	
	Variance		4,438	
	Std. Deviation		2,11	
	Minimum		18	
	Maximum		30	
	Range		12	
	Interquartile Range		3,00	
	Skewness		,935	,148
	Kurtosis		1,093	,295

M-Estimators

	Huber's M-Estimator <sup>a</sup>	Tukey's Biweight <sup>b</sup>	Hampel's M-Estimator <sup>c</sup>	Andrews' Wave <sup>d</sup>
IDADE	21,35	21,15	21,36	21,15

- a. The weighting constant is 1,339.
- b. The weighting constant is 4,685.
- c. The weighting constants are 1,700, 3,400, and 8,500
- d. The weighting constant is 1,340\*pi.

Percentiles

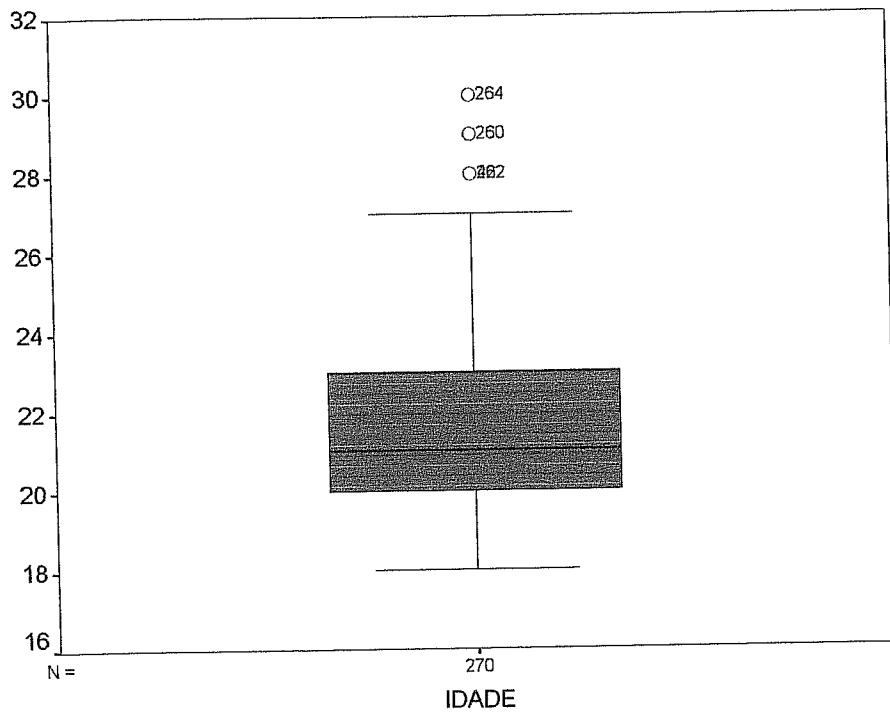
		Percentiles				
		5	10	25	50	75
Weighted Average(Definition 1)	IDADE	19,00	19,00	20,00	21,00	23,00
Tukey's Hinges	IDADE			20,00	21,00	23,00



# escriptives

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IDADE	270	18	30	21,69	2,11
Valid N (listwise)	270				



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ANO	270	100,0%	0	,0%	270	100,0%

Descriptives

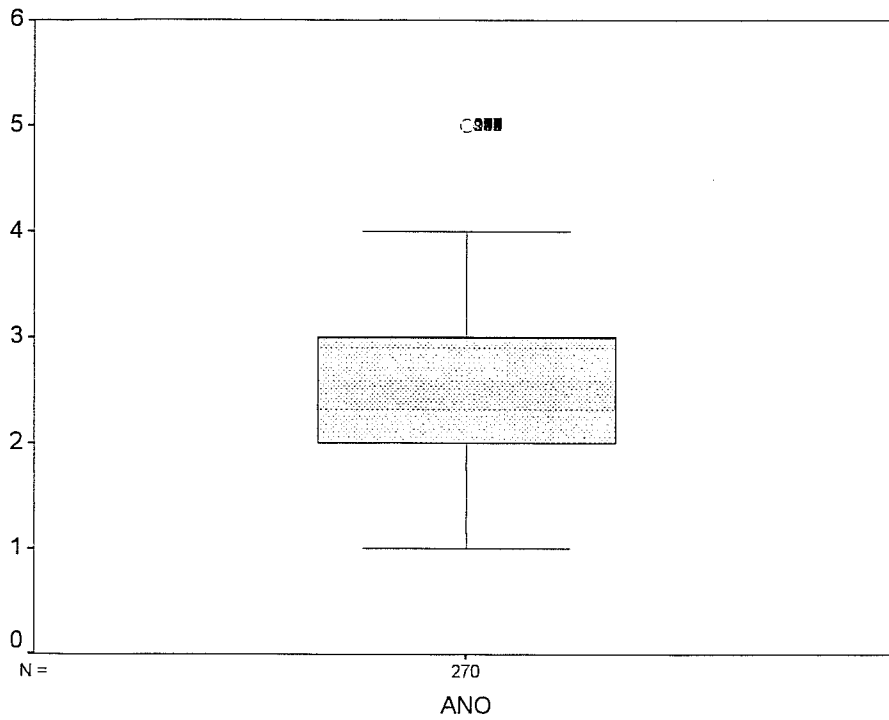
			Statistic	Std. Error
ANO	Mean		2,62	7,07E-02
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,48	
		Upper Bound	2,76	
	5% Trimmed Mean		2,58	
	Median		3,00	
	Variance		1,351	
	Std. Deviation		1,16	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		,316	,148
	Kurtosis		-,490	,295

NO

NO Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem &	Leaf
55,00	1 .	00000000000000000000
,00	1 .	
,00	1 .	
,00	1 .	
,00	1 .	
,00	1 .	
64,00	2 .	00000000000000000000
,00	2 .	
,00	2 .	
,00	2 .	
,00	2 .	
102,00	3 .	00000000000000000000000000000000
,00	3 .	
,00	3 .	
,00	3 .	
,00	3 .	
26,00	4 .	000000000
23,00	Extremes	(>=5,0)

Stem width: 1  
 Each leaf: 3 case(s)



## escriptives

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ANO	270	1	5	2,62	1,16
Valid N (listwise)	270				

## requencies

### Statistics

.NO

N	Valid	270
	Missing	0

### ANO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	55	20,4	20,4	20,4
2	64	23,7	23,7	44,1
3	102	37,8	37,8	81,9
4	26	9,6	9,6	91,5
5	23	8,5	8,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

# escriptives

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ANO	270	1	5	2,62	1,16
Valid N (listwise)	270				



# requencies

## Statistics

ANO

N	Valid	270
	Missing	0

ANO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	55	20,4	20,4	20,4
	2	64	23,7	23,7	44,1
	3	102	37,8	37,8	81,9
	4	26	9,6	9,6	91,5
	5	23	8,5	8,5	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,165	18,447	18,447
2	2,713	9,689	28,135
3	2,293	8,189	36,324
4	1,789	6,388	42,713
5	1,694	6,051	48,764
6	1,491	5,326	54,089
7	1,387	4,953	59,043
8	1,239	4,426	63,469
9	,970	3,463	66,931
10	,921	3,290	70,222
11	,903	3,225	73,447
12	,811	2,897	76,344
13	,737	2,631	78,975
14	,703	2,511	81,486
15	,637	2,276	83,762
16	,618	2,205	85,967
17	,510	1,823	87,790
18	,498	1,777	89,568
19	,439	1,568	91,136
20	,408	1,456	92,592
21	,364	1,302	93,894
22	,340	1,213	95,107
23	,290	1,035	96,142
24	,273	,976	97,117
25	,228	,815	97,933
26	,216	,773	98,706
27	,187	,667	99,372
28	,176	,628	100,000

xtraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,165	18,447	18,447	3,262	11,650	11,650
2	2,713	9,689	28,135	3,072	10,970	22,620
3	2,293	8,189	36,324	2,434	8,694	31,314
4	1,789	6,388	42,713	1,943	6,939	38,254
5	1,694	6,051	48,764	1,927	6,881	45,135
6	1,491	5,326	54,089	1,849	6,605	51,740
7	1,387	4,953	59,043	1,667	5,953	57,693
8	1,239	4,426	63,469	1,617	5,775	63,469
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
exercício físico intenso	,320	-,262	,347	-,591	,278	,270
andar a pé ou de bicicleta	,377	-,169	,203	-4,305E-02	,265	8,947E-02
desporto que faz suar	,330	-,223	,336	-,530	,353	,348
cuidado com o peso	,626	-,340	8,376E-02	-6,146E-02	6,960E-03	-,256
cuidado com ingestão de sal	,569	-,259	,279	,191	-9,020E-02	-,355
variedade de nutrientes	,647	-,313	,265	,132	-5,122E-02	-,303
não + que duas bebidas alcoólicas por dia	,285	,247	,141	,275	-,216	-3,587E-02
dormir horas suficientes	,234	7,580E-02	7,639E-02	,280	-,236	,227
vacinas em dia	,265	9,387E-02	,142	,159	1,704E-02	5,384E-02
pressão arterial anualmente	,330	4,366E-02	,368	,246	-,172	,189
dentista anualmente	,173	-3,113E-02	,352	-9,132E-02	-,183	9,292E-02
checkup anualmente	,326	-6,575E-02	,523	-6,447E-02	-,214	,214
não guiar quando bebe demais	,359	,401	,133	,291	-,199	,304
guiar dentro dos limites de velocidade	,404	,262	,146	,236	-,100	,352
usar cinto de segurança	,108	,313	,103	,278	,511	,190
evitar auto-medicação	,314	,209	6,846E-02	,316	,182	,220
evitar fumar	,458	,248	-,429	-6,305E-02	,184	,164
evitar alimentos com gordura	,757	-,199	3,424E-02	3,700E-02	6,237E-02	-,256
evitar bebidas com cafeína	,497	-2,912E-02	-,198	9,338E-02	,130	,173
evitar estimulantes	,271	,231	-,104	,160	,538	-8,752E-02
evitar tranquilizantes	,163	,182	-,106	,264	,611	-,274
evitar alimentos açucarados	,607	-,303	-6,124E-02	,104	-3,900E-02	-,317
evitar ambientes com fumo de tabaco	,661	5,296E-02	-,533	-,174	-5,463E-02	,178
evitar ambientes ruidosos	,612	-3,746E-02	-,566	-,111	-,214	7,297E-02
evitar ambientes de ar poluído	,588	-4,898E-02	-,550	-,209	-,248	,142
evitar mudar de parceiro sexual	,283	,728	,146	-,281	-,147	-,222
evitar relações com quem conhece mal	,169	,766	,185	-,328	-3,115E-02	-,275
evitar relações sem precauções	,243	,653	,132	-,370	-5,797E-02	-,268

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component	
	7	8
exercício físico intenso	-3,925E-03	,270
andar a pé ou de bicicleta	-,292	-,258
desporto que faz suar	-3,908E-02	,225
cuidado com o peso	-,157	3,437E-02
cuidado com ingestão de sal	-9,815E-02	7,040E-02
variedade de nutrientes	-,104	6,311E-02
não + que duas bebidas alcoólicas por dia	-6,899E-02	,602
dormir horas suficientes	,239	,437
vacinas em dia	,252	-,318
pressão arterial anualmente	,361	-,307
dentista anualmente	,429	-3,703E-02
checkup anualmente	,335	-,216
não guiar quando bebe demais	-,304	,211
guiar dentro dos limites de velocidade	-,211	-5,216E-02
usar cinto de segurança	-,190	-,264
evitar auto-medicação	-,232	-,129
evitar fumar	-,117	-1,482E-02
evitar alimentos com gordura	-4,317E-02	-,104
evitar bebidas com cafeína	-,114	4,383E-02
evitar estimulantes	,494	,187
evitar tranquilizantes	,362	,179
evitar alimentos açucarados	-8,562E-02	-7,241E-02
evitar ambientes com fumo de tabaco	,135	-5,733E-02
evitar ambientes ruidosos	,167	-9,325E-02
evitar ambientes de ar poluído	,107	-4,695E-03
evitar mudar de parceiro sexual	-1,494E-03	-,105
evitar relações com quem conhece mal	-2,443E-02	-1,353E-02
evitar relações sem precauções	-8,356E-02	-2,351E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 8 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
exercício físico intenso	,150	4,609E-02	2,514E-02	-5,507E-02	,912	7,752E-02
andar a pé ou de bicicleta	,360	2,565E-02	-2,961E-02	,413	,279	6,103E-02
desporto que faz suar	,109	5,481E-02	-8,380E-04	7,475E-02	,907	7,607E-02
cuidado com o peso	,729	,197	-5,384E-03	1,345E-02	,197	1,365E-02
cuidado com ingestão de sal	,776	-3,103E-02	1,431E-02	3,439E-02	8,625E-03	,140
variedade de nutrientes	,810	4,018E-02	-1,263E-02	5,492E-02	,102	,150
não + que duas bebidas alcoólicas por dia	,187	-2,387E-02	,162	4,851E-02	-1,900E-02	-7,064E-02
dormir horas suficientes	-2,215E-03	,116	-,103	-1,705E-02	8,537E-03	,218
vacinas em dia	9,673E-02	8,664E-02	5,516E-02	,190	-,105	,447
pressão arterial anualmente	,123	1,858E-02	-6,767E-03	,191	-7,607E-02	,729
dentista anualmente	4,048E-02	-2,304E-02	6,101E-02	-,177	,156	,563
checkup anualmente	,148	-3,266E-02	5,846E-02	2,710E-02	,221	,738
não guiar quando bebe demais	3,994E-02	,105	,205	,505	-2,569E-02	3,529E-02
guiar dentro dos limites de velocidade	7,225E-02	,159	,109	,543	1,958E-02	,199
usar cinto de segurança	-7,413E-02	-9,905E-02	7,259E-02	,692	2,043E-04	3,617E-03
evitar auto-medicação	,101	7,155E-02	2,722E-02	,604	-3,408E-02	5,582E-02
evitar fumar	2,902E-02	,586	,159	,325	6,399E-02	-,171
evitar alimentos com gordura	,732	,309	7,032E-02	,135	8,359E-02	,145
evitar bebidas com cafeína	,233	,405	-7,446E-02	,310	,118	-4,074E-02
evitar estimulantes	1,233E-03	,153	6,734E-02	6,639E-02	6,623E-02	,109
evitar tranquilizantes	9,529E-02	-6,398E-03	3,681E-02	7,535E-02	-5,171E-02	-5,628E-02
evitar alimentos açucarados	,713	,269	-4,875E-02	2,549E-02	-4,819E-02	3,881E-02
evitar ambientes com fumo de tabaco	,146	,872	7,459E-02	7,380E-02	7,455E-02	6,167E-02
evitar ambientes ruidosos	,208	,857	1,637E-02	-5,360E-02	-7,906E-02	8,898E-02
evitar ambientes de ar poluído	,164	,860	2,633E-02	-8,273E-02	3,128E-02	3,464E-02
evitar mudar de parceiro sexual	2,663E-03	,106	,864	8,744E-02	-5,094E-02	,141
evitar relações com quem conhece mal	-5,405E-02	-1,633E-02	,904	5,545E-02	1,317E-02	3,140E-02
evitar relações sem precauções	3,393E-02	6,619E-02	,843	4,230E-02	5,451E-02	-4,174E-03

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

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component	
	7	8
exercício físico intenso	-5,183E-03	1,586E-03
andar a pé ou de bicicleta	-6,837E-02	-,237
desporto que faz suar	2,415E-02	-1,533E-02
cuidado com o peso	-2,238E-02	5,245E-03
cuidado com ingestão de sal	1,576E-02	,172
variedade de nutrientes	1,289E-02	,143
não + que duas bebidas alcoólicas por dia	7,290E-02	,760
dormir horas suficientes	9,608E-02	,647
vacinas em dia	,133	-8,742E-02
pressão arterial anualmente	1,879E-02	8,280E-02
dentista anualmente	1,992E-02	,108
checkup anualmente	-,123	5,781E-02
não guiar quando bebe demais	-,166	,568
guiar dentro dos limites de velocidade	-,149	,302
usar cinto de segurança	,277	-,155
evitar auto-medicação	6,198E-02	,101
evitar fumar	,158	1,594E-02
evitar alimentos com gordura	,117	-3,424E-02
evitar bebidas com cafeína	9,563E-02	,116
evitar estimulantes	,826	8,824E-02
evitar tranquilizantes	,854	1,973E-02
evitar alimentos açucarados	3,611E-02	-2,658E-02
evitar ambientes com fumo de tabaco	8,805E-02	2,321E-02
evitar ambientes ruidosos	8,187E-03	2,210E-02
evitar ambientes de ar poluído	-7,562E-02	7,571E-02
evitar mudar de parceiro sexual	8,232E-03	6,102E-02
evitar relações com quem conhece mal	8,803E-02	5,220E-02
evitar relações sem precauções	1,845E-02	2,225E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

### Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6
1	,646	,558	,184	,282	,208	,254
2	-,411	,032	,778	,308	-,224	,002
3	,204	-,726	,179	,123	,345	,483
4	,134	-,207	-,422	,417	-,631	,094
5	-,027	-,154	-,105	,363	,369	-,262
6	-,550	,259	-,361	,432	,386	,253
7	-,228	,146	-,083	-,480	-,052	,633
8	-,005	-,076	-,054	-,297	,319	-,401

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

### Component Transformation Matrix

Component	7	8
1	,115	,195
2	,180	,218
3	-,121	,131
4	,233	,356
5	,703	-,366
6	-,244	,202
7	,534	,024
8	,213	,772

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



Communalities

	Initial	Extraction
exercício físico intenso	1,000	,866
andar a pé ou de bicicleta	1,000	,444
desporto que faz suar	1,000	,850
cuidado com o peso	1,000	,610
cuidado com ingestão de sal	1,000	,654
variedade de nutrientes	1,000	,714
não + que duas bebidas alcoólicas por dia	1,000	,652
dormir horas suficientes	1,000	,500
vacinas em dia	1,000	,292
pressão arterial anualmente	1,000	,597
dentista anualmente	1,000	,390
checkup anualmente	1,000	,639
não guiar quando bebe demais	1,000	,661
guiar dentro dos limites de velocidade	1,000	,490
usar cinto de segurança	1,000	,601
evitar auto-medicação	1,000	,399
evitar fumar	1,000	,534
evitar alimentos com gordura	1,000	,698
evitar bebidas com cafeína	1,000	,358
evitar estimulantes	1,000	,739
evitar tranquilizantes	1,000	,752
evitar alimentos açucarados	1,000	,589
evitar ambientes com fumo de tabaco	1,000	,811
evitar ambientes ruidosos	1,000	,796
evitar ambientes de ar poluído	1,000	,787
evitar mudar de parceiro sexual	1,000	,792
evitar relações com quem conhece mal	1,000	,836
evitar relações sem precauções	1,000	,722

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## eliability

\*\*\*\*\* Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_147	1,3111	1,4707	270,0
2.	ITEM_148	2,0667	1,4744	270,0
3.	ITEM_149	1,2704	1,5488	270,0
4.	ITEM_150	1,7222	1,2646	270,0
5.	ITEM_151	1,4444	1,3451	270,0
6.	ITEM_152	1,5222	1,2366	270,0
7.	ITEM_153	3,1074	1,5254	270,0
8.	ITEM_154	2,3111	1,2493	270,0
9.	ITEM_155	3,6519	,8254	270,0
0.	ITEM_156	1,8852	1,5224	270,0
1.	ITEM_157	2,5704	1,4118	270,0
2.	ITEM_158	2,0296	1,4630	270,0
3.	ITEM_159	2,9667	1,4463	270,0
4.	ITEM_160	2,9778	1,1502	270,0
5.	ITEM_161	3,9000	,4812	270,0
6.	ITEM_162	3,1407	1,0537	270,0
7.	ITEM_163	2,7296	1,6533	270,0
8.	ITEM_164	2,1074	1,2523	270,0
9.	ITEM_165	1,2963	1,3024	270,0
0.	ITEM_166	3,4741	1,0478	270,0
1.	ITEM_167	3,4963	,9708	270,0
2.	ITEM_168	1,6148	1,2102	270,0
3.	ITEM_169	2,1852	1,3452	270,0
4.	ITEM_170	2,0185	1,2832	270,0
5.	ITEM_171	2,2815	1,2081	270,0
6.	ITEM_172	3,6556	,9022	270,0
7.	ITEM_173	3,7852	,7305	270,0
8.	ITEM_174	3,7741	,7090	270,0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 270,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables		
	70,2963	203,2279	14,2558	28		
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,5106	1,2704	3,9000	2,6296	3,0700	,7521
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,5614	,2316	2,7333	2,5017	11,8020	,4104

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_147	68,9852	189,4124	,2878	,6646	,8106
ITEM_148	68,2296	188,9434	,2988	,2468	,8101
ITEM_149	69,0259	188,1294	,2989	,6548	,8104
ITEM_150	68,5741	184,8105	,4892	,4702	,8018
ITEM_151	68,8519	184,8479	,4531	,5374	,8030
ITEM_152	68,7741	183,8930	,5309	,5958	,8002
ITEM_153	67,1889	190,2950	,2520	,3060	,8126
ITEM_154	67,9852	194,3715	,2094	,1830	,8132
ITEM_155	66,6444	197,1445	,2331	,1480	,8118
ITEM_156	68,4111	188,3991	,2994	,3316	,8103
ITEM_157	67,7259	194,7796	,1638	,1781	,8160
ITEM_158	68,2667	188,5680	,3116	,3868	,8095
ITEM_159	67,3296	187,5973	,3417	,4201	,8080
ITEM_160	67,3185	190,2625	,3669	,3217	,8071
ITEM_161	66,3963	201,3182	,1229	,3082	,8141
ITEM_162	67,1556	194,0501	,2748	,2249	,8104
ITEM_163	67,5667	184,8115	,3489	,4545	,8082
ITEM_164	68,1889	180,2727	,6360	,5990	,7957
ITEM_165	69,0000	187,3457	,3979	,2726	,8055
ITEM_166	66,8222	194,6746	,2550	,4062	,8111
ITEM_167	66,8000	198,6959	,1312	,3996	,8149
ITEM_168	68,6815	187,0357	,4449	,4729	,8039
ITEM_169	68,1111	182,1660	,5302	,6856	,7996
ITEM_170	68,2778	185,8742	,4489	,6858	,8034
ITEM_171	68,0148	187,4347	,4333	,6806	,8043
ITEM_172	66,6407	195,4876	,2745	,6303	,8105
ITEM_173	66,5111	198,9051	,1839	,6798	,8130
ITEM_174	66,5222	198,1166	,2309	,5459	,8119

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

liability Coefficients 28 items

pha = ,8140 Standardized item alpha = ,8134

**eliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_147	1,3111	1,4707	270,0
2.	ITEM_149	1,2704	1,5488	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	2,5815	8,1402	2,8531	2

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_147	1,2704	2,3987	,7855	.
ITEM_149	1,3111	2,1631	,7855	.

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0

Number of Items = 2

Alpha = ,8792

**Reliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_150	1,7222	1,2646	270,0
2.	ITEM_151	1,4444	1,3451	270,0
3.	ITEM_152	1,5222	1,2366	270,0
4.	ITEM_164	2,1074	1,2523	270,0
5.	ITEM_168	1,6148	1,2102	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	8,4111	24,6222	4,9621	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_150	6,6889	16,4679	,6387	,8175
ITEM_151	6,9667	16,0695	,6253	,8221
ITEM_152	6,8889	16,0917	,7057	,7996
ITEM_164	6,3037	16,0933	,6927	,8029
ITEM_168	6,7963	17,1145	,6036	,8265

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0                      N of Items = 5  
 Alpha = ,8454

**Reliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_153	3,1074	1,5254	270,0
2.	ITEM_154	2,3111	1,2493	270,0
3.	ITEM_159	2,9667	1,4463	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	8,3852	9,3975	3,0655	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_153	5,2778	4,2385	,4510	,2765
ITEM_154	6,0741	6,2324	,2572	,5821
ITEM_159	5,4185	4,9060	,3746	,4152

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0                      N of Items = 3  
 Alpha = ,5456

Reliability

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*





RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_148	2,0667	1,4744	270,0
2.	ITEM_160	2,9778	1,1502	270,0
3.	ITEM_161	3,9000	,4812	270,0
4.	ITEM_162	3,1407	1,0537	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	12,0852	7,0596	2,6570	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_148	10,0185	3,7208	,2048	,4257
ITEM_160	9,1074	4,4457	,2662	,3137
ITEM_161	8,1852	6,1515	,2834	,3766
ITEM_162	8,9444	4,6400	,2884	,2947

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0

Number of Items = 4

Alpha = ,4195

**Reliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_166	3,4741	1,0478	270,0
2.	ITEM_167	3,4963	,9708	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	6,9704	3,1590	1,7773	2

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
FEM_166	3,4963	,9424	,5500	.
FEM_167	3,4741	1,0978	,5500	.

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0

Number of Items = 2

Alpha = ,7083

**Reliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_163	2,7296	1,6533	270,0
2.	ITEM_165	1,2963	1,3024	270,0
3.	ITEM_169	2,1852	1,3452	270,0
4.	ITEM_170	2,0185	1,2832	270,0
5.	ITEM_171	2,2815	1,2081	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	10,5111	26,3400	5,1323	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ITEM_163	7,7815	16,8629	,4967	,8105
ITEM_165	9,2148	20,0726	,3917	,8253
ITEM_169	8,3259	16,1759	,7721	,7122
ITEM_170	8,4926	17,3810	,6835	,7428
ITEM_171	8,2296	17,8727	,6860	,7451

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0                      N of Items = 5  
 Cronbach's Alpha = ,8065

**Reliability**

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_172	3,6556	,9022	270,0
2.	ITEM_173	3,7852	,7305	270,0
3.	ITEM_174	3,7741	,7090	270,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	11,2148	4,2957	2,0726	3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
FEM_172	7,5593	1,7344	,7353	,8050
FEM_173	7,4296	2,0824	,7967	,7354
FEM_174	7,4407	2,3292	,6764	,8428

Reliability Coefficients

Number of Cases = 270,0                      N of Items = 3  
 Alpha = ,8539

# frequencias

## Statistics

		saúde	qualidade de vida	exercício físico intenso	andar a pé ou de bicicleta	desporto que faz suar
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		5,00	5,00	1,00	2,00	1,00
Mode		6	5	0	4	0
Range		5	7	4	4	4
Minimum		2	0	0	0	0
Maximum		7	7	4	4	4

## Statistics

		cuidado com o peso	cuidado com ingestão de sal	variedade de nutrientes	não + que duas bebidas alcoólicas por dia	dormir horas suficientes
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		2,00	1,00	1,00	4,00	2,00
Mode		1	0	1	4	2
Range		4	4	4	4	4
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	4

## Statistics

		vacinas em dia	pressão arterial anualmente	dentista anualmente	checkup anualmente	não guiar quando bebe demais
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		4,00	1,00	3,00	2,00	4,00
Mode		4	1	4	4	4
Range		4	4	4	4	4
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	4

**Statistics**

		guiar dentro dos limites de velocidade	usar cinto de segurança	evitar auto-medicação	evitar fumar	evitar alimentos com gordura
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		3,00	4,00	3,50	4,00	2,00
Mode		4	4	4	4	2
Range		4	4	4	4	4
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	4

**Statistics**

		evitar bebidas com cafeína	evitar estimulantes	evitar tranquilizantes	evitar alimentos açucarados	evitar ambientes com fumo de tabaco
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		1,00	4,00	4,00	1,00	2,00
Mode		0	4	4	1	2
Range		4	4	4	4	4
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	4

**Statistics**

		evitar ambientes ruidosos	evitar ambientes de ar poluído	evitar mudar de parceiro sexual	evitar relações com quem conhece mal	evitar relações sem precauções
N	Valid	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0
Median		2,00	2,00	4,00	4,00	4,00
Mode		2	2	4	4	4
Range		4	4	4	4	4
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		4	4	4	4	4

**Statistics**

		CSEFISIC	CSALIMEN	CSPREVEN	CSPROTEC	CSCONSUM	CSSEXUAL
N	Valid	270	270	270	270	270	270
	Missing	0	0	0	0	0	0
Median		2,0000	8,0000	10,0000	13,0000	8,0000	12,0000
Mode		,00	9,00	10,00	13,00	8,00	12,00
Range		8,00	20,00	16,00	14,00	8,00	12,00
Minimum		,00	,00	,00	2,00	,00	,00
Maximum		8,00	20,00	16,00	16,00	8,00	12,00

**Statistics**

		CSPOLUIR	CSPROMOC
N	Valid	270	270
	Missing	0	0
Median		11,0000	9,0000
Mode		8,00 <sup>a</sup>	10,00
Range		20,00	12,00
Minimum		,00	,00
Maximum		20,00	12,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

**frequency Table**

saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	2	,7	,7	,7
3	13	4,8	4,8	5,6
4	62	23,0	23,0	28,5
5	64	23,7	23,7	52,2
6	89	33,0	33,0	85,2
7	40	14,8	14,8	100,0
Total	270	100,0	100,0	



qualidade de vida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	,4	,4	,4
2	1	,4	,4	,7
3	11	4,1	4,1	4,8
4	46	17,0	17,0	21,9
5	92	34,1	34,1	55,9
6	87	32,2	32,2	88,1
7	32	11,9	11,9	100,0
Total	270	100,0	100,0	

exercício físico intenso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	111	41,1	41,1	41,1
1	71	26,3	26,3	67,4
2	25	9,3	9,3	76,7
3	19	7,0	7,0	83,7
4	44	16,3	16,3	100,0
Total	270	100,0	100,0	

andar a pé ou de bicicleta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	52	19,3	19,3	19,3
1	59	21,9	21,9	41,1
2	47	17,4	17,4	58,5
3	43	15,9	15,9	74,4
4	69	25,6	25,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

desporto que faz suar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	127	47,0	47,0	47,0
1	61	22,6	22,6	69,6
2	15	5,6	5,6	75,2
3	16	5,9	5,9	81,1
4	51	18,9	18,9	100,0
Total	270	100,0	100,0	

cuidado com o peso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	49	18,1	18,1	18,1
1	82	30,4	30,4	48,5
2	68	25,2	25,2	73,7
3	37	13,7	13,7	87,4
4	34	12,6	12,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

cuidado com ingestão de sal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	83	30,7	30,7	30,7
1	81	30,0	30,0	60,7
2	39	14,4	14,4	75,2
3	37	13,7	13,7	88,9
4	30	11,1	11,1	100,0
Total	270	100,0	100,0	

variedade de nutrientes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	67	24,8	24,8	24,8
1	77	28,5	28,5	53,3
2	67	24,8	24,8	78,1
3	36	13,3	13,3	91,5
4	23	8,5	8,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

não + que duas bebidas alcoólicas por dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	42	15,6	15,6	15,6
1	13	4,8	4,8	20,4
2	9	3,3	3,3	23,7
3	16	5,9	5,9	29,6
4	190	70,4	70,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	

dormir horas suficientes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	19	7,0	7,0	7,0
1	56	20,7	20,7	27,8
2	85	31,5	31,5	59,3
3	42	15,6	15,6	74,8
4	68	25,2	25,2	100,0
Total	270	100,0	100,0	

**vacinas em dia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	1,9	1,9	1,9
1	5	1,9	1,9	3,7
2	16	5,9	5,9	9,6
3	27	10,0	10,0	19,6
4	217	80,4	80,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	

**pressão arterial anualmente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	59	21,9	21,9	21,9
1	83	30,7	30,7	52,6
2	27	10,0	10,0	62,6
3	32	11,9	11,9	74,4
4	69	25,6	25,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

**dentista anualmente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	28	10,4	10,4	10,4
1	44	16,3	16,3	26,7
2	51	18,9	18,9	45,6
3	40	14,8	14,8	60,4
4	107	39,6	39,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

**checkup anualmente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	51	18,9	18,9	18,9
1	64	23,7	23,7	42,6
2	48	17,8	17,8	60,4
3	40	14,8	14,8	75,2
4	67	24,8	24,8	100,0
Total	270	100,0	100,0	

**não guiar quando bebe demais**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	34	12,6	12,6	12,6
1	22	8,1	8,1	20,7
2	16	5,9	5,9	26,7
3	45	16,7	16,7	43,3
4	153	56,7	56,7	100,0
Total	270	100,0	100,0	

guiar dentro dos limites de velocidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	10	3,7	3,7	3,7
1	26	9,6	9,6	13,3
2	43	15,9	15,9	29,3
3	72	26,7	26,7	55,9
4	119	44,1	44,1	100,0
Total	270	100,0	100,0	

usar cinto de segurança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	,4	,4	,4
1	3	1,1	1,1	1,5
2	4	1,5	1,5	3,0
3	6	2,2	2,2	5,2
4	256	94,8	94,8	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar auto-medicação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	1,9	1,9	1,9
1	21	7,8	7,8	9,6
2	40	14,8	14,8	24,4
3	69	25,6	25,6	50,0
4	135	50,0	50,0	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	52	19,3	19,3	19,3
1	29	10,7	10,7	30,0
2	15	5,6	5,6	35,6
3	18	6,7	6,7	42,2
4	156	57,8	57,8	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar alimentos com gordura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	28	10,4	10,4	10,4
1	67	24,8	24,8	35,2
2	70	25,9	25,9	61,1
3	58	21,5	21,5	82,6
4	47	17,4	17,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar bebidas com cafeína

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	99	36,7	36,7	36,7
1	70	25,9	25,9	62,6
2	46	17,0	17,0	79,6
3	32	11,9	11,9	91,5
4	23	8,5	8,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar estimulantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	11	4,1	4,1	4,1
1	10	3,7	3,7	7,8
2	18	6,7	6,7	14,4
3	32	11,9	11,9	26,3
4	199	73,7	73,7	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar tranquilizantes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	10	3,7	3,7	3,7
1	4	1,5	1,5	5,2
2	21	7,8	7,8	13,0
3	42	15,6	15,6	28,5
4	193	71,5	71,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar alimentos açucarados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	54	20,0	20,0	20,0
1	84	31,1	31,1	51,1
2	67	24,8	24,8	75,9
3	42	15,6	15,6	91,5
4	23	8,5	8,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar ambientes com fumo de tabaco

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	34	12,6	12,6	12,6
1	57	21,1	21,1	33,7
2	68	25,2	25,2	58,9
3	47	17,4	17,4	76,3
4	64	23,7	23,7	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar ambientes ruidosos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	37	13,7	13,7	13,7
1	59	21,9	21,9	35,6
2	85	31,5	31,5	67,0
3	40	14,8	14,8	81,9
4	49	18,1	18,1	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar ambientes de ar poluído

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	18	6,7	6,7	6,7
1	55	20,4	20,4	27,0
2	90	33,3	33,3	60,4
3	47	17,4	17,4	77,8
4	60	22,2	22,2	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar mudar de parceiro sexual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	9	3,3	3,3	3,3
1	5	1,9	1,9	5,2
2	10	3,7	3,7	8,9
3	22	8,1	8,1	17,0
4	224	83,0	83,0	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar relações com quem conhece mal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	1,9	1,9	1,9
1	4	1,5	1,5	3,3
2	7	2,6	2,6	5,9
3	12	4,4	4,4	10,4
4	242	89,6	89,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

evitar relações sem precauções

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	1,9	1,9	1,9
1	2	,7	,7	2,6
2	8	3,0	3,0	5,6
3	19	7,0	7,0	12,6
4	236	87,4	87,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSEFISIC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	96	35,6	35,6	35,6
1,00	34	12,6	12,6	48,1
2,00	43	15,9	15,9	64,1
3,00	11	4,1	4,1	68,1
4,00	20	7,4	7,4	75,6
5,00	14	5,2	5,2	80,7
6,00	8	3,0	3,0	83,7
7,00	6	2,2	2,2	85,9
8,00	38	14,1	14,1	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSALIMEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	12	4,4	4,4	4,4
1,00	13	4,8	4,8	9,3
2,00	12	4,4	4,4	13,7
3,00	6	2,2	2,2	15,9
4,00	20	7,4	7,4	23,3
5,00	21	7,8	7,8	31,1
6,00	21	7,8	7,8	38,9
7,00	20	7,4	7,4	46,3
8,00	17	6,3	6,3	52,6
9,00	25	9,3	9,3	61,9
10,00	14	5,2	5,2	67,0
11,00	21	7,8	7,8	74,8
12,00	11	4,1	4,1	78,9
13,00	7	2,6	2,6	81,5
14,00	15	5,6	5,6	87,0
15,00	9	3,3	3,3	90,4
16,00	5	1,9	1,9	92,2
17,00	9	3,3	3,3	95,6
18,00	6	2,2	2,2	97,8
19,00	2	,7	,7	98,5
20,00	4	1,5	1,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSPREVEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	1	,4	,4	,4
1,00	1	,4	,4	,7
2,00	4	1,5	1,5	2,2
3,00	1	,4	,4	2,6
4,00	9	3,3	3,3	5,9
5,00	9	3,3	3,3	9,3
6,00	16	5,9	5,9	15,2
7,00	22	8,1	8,1	23,3
8,00	26	9,6	9,6	33,0
9,00	28	10,4	10,4	43,3
10,00	30	11,1	11,1	54,4
11,00	23	8,5	8,5	63,0
12,00	29	10,7	10,7	73,7
13,00	20	7,4	7,4	81,1
14,00	18	6,7	6,7	87,8
15,00	7	2,6	2,6	90,4
16,00	26	9,6	9,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSPROTEC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2,00	1	,4	,4	,4
4,00	2	,7	,7	1,1
5,00	1	,4	,4	1,5
6,00	1	,4	,4	1,9
7,00	7	2,6	2,6	4,4
8,00	19	7,0	7,0	11,5
9,00	17	6,3	6,3	17,8
10,00	27	10,0	10,0	27,8
11,00	27	10,0	10,0	37,8
12,00	31	11,5	11,5	49,3
13,00	47	17,4	17,4	66,7
14,00	36	13,3	13,3	80,0
15,00	34	12,6	12,6	92,6
16,00	20	7,4	7,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	



CSCONSUM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	6	2,2	2,2	2,2
1,00	1	,4	,4	2,6
2,00	4	1,5	1,5	4,1
3,00	4	1,5	1,5	5,6
4,00	13	4,8	4,8	10,4
5,00	11	4,1	4,1	14,4
6,00	29	10,7	10,7	25,2
7,00	36	13,3	13,3	38,5
8,00	166	61,5	61,5	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSSEXUAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	3	1,1	1,1	1,1
1,00	1	,4	,4	1,5
3,00	1	,4	,4	1,9
4,00	4	1,5	1,5	3,3
6,00	4	1,5	1,5	4,8
7,00	4	1,5	1,5	6,3
8,00	4	1,5	1,5	7,8
9,00	6	2,2	2,2	10,0
10,00	12	4,4	4,4	14,4
11,00	22	8,1	8,1	22,6
12,00	209	77,4	77,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSPOLUIR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	9	3,3	3,3	3,3
1,00	8	3,0	3,0	6,3
2,00	3	1,1	1,1	7,4
3,00	7	2,6	2,6	10,0
4,00	13	4,8	4,8	14,8
5,00	13	4,8	4,8	19,6
6,00	10	3,7	3,7	23,3
7,00	6	2,2	2,2	25,6
8,00	24	8,9	8,9	34,4
9,00	17	6,3	6,3	40,7
10,00	22	8,1	8,1	48,9
11,00	24	8,9	8,9	57,8
12,00	12	4,4	4,4	62,2
13,00	15	5,6	5,6	67,8
14,00	19	7,0	7,0	74,8
15,00	16	5,9	5,9	80,7
16,00	21	7,8	7,8	88,5
17,00	8	3,0	3,0	91,5
18,00	6	2,2	2,2	93,7
19,00	10	3,7	3,7	97,4
20,00	7	2,6	2,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

CSPROMOC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	3	1,1	1,1	1,1
1,00	6	2,2	2,2	3,3
2,00	9	3,3	3,3	6,7
3,00	7	2,6	2,6	9,3
4,00	11	4,1	4,1	13,3
5,00	15	5,6	5,6	18,9
6,00	18	6,7	6,7	25,6
7,00	16	5,9	5,9	31,5
8,00	20	7,4	7,4	38,9
9,00	45	16,7	16,7	55,6
10,00	47	17,4	17,4	73,0
11,00	31	11,5	11,5	84,4
12,00	42	15,6	15,6	100,0
Total	270	100,0	100,0	

Correlations

		IDADE	saúde	qualidade de vida	CSEFISIC	CSALIMEN
IDADE	Pearson Correlation	1,000	-,070	-,102	,045	,022
	Sig. (2-tailed)	,	,254	,095	,461	,724
	N	270	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,070	1,000	,455**	,089	-,031
	Sig. (2-tailed)	,254	,	,000	,143	,610
	N	270	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	-,102	,455**	1,000	,105	,049
	Sig. (2-tailed)	,095	,000	,	,086	,418
	N	270	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,045	,089	,105	1,000	,245**
	Sig. (2-tailed)	,461	,143	,086	,	,000
	N	270	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,022	-,031	,049	,245**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,724	,610	,418	,000	,
	N	270	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	-,023	,009	,087	,179**	,280**
	Sig. (2-tailed)	,703	,885	,153	,003	,000
	N	270	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	,086	,047	-,020	,163**	,316**
	Sig. (2-tailed)	,160	,443	,748	,007	,000
	N	270	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,034	,049	,029	,020	,110
	Sig. (2-tailed)	,575	,421	,632	,740	,072
	N	270	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	-,034	,042	,033	,025	,027
	Sig. (2-tailed)	,578	,495	,592	,679	,656
	N	270	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	-,008	-,028	,027	,118	,389**
	Sig. (2-tailed)	,897	,642	,658	,052	,000
	N	270	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	,013	,085	,154*	,001	,201**
	Sig. (2-tailed)	,833	,164	,011	,986	,001
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	-,035	,004	,159**	,025	,018
	Sig. (2-tailed)	,571	,944	,009	,677	,771
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	-,014	,132*	,115	,031	-,062
	Sig. (2-tailed)	,814	,030	,058	,613	,309
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,067	-,047	,049	,088	,136*
	Sig. (2-tailed)	,270	,439	,421	,152	,026
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	-,018	,070	,110	,213**	,105
	Sig. (2-tailed)	,764	,250	,071	,000	,085
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	-,140*	,048	,048	,086	-,084
	Sig. (2-tailed)	,021	,435	,429	,160	,169
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	-,043	,101	,248**	,118	-,030
	Sig. (2-tailed)	,483	,098	,000	,053	,618
	N	270	270	270	270	270

Correlations

		IDADE	saúde	qualidade de vida	CSEFISIC	CSALIMEN
NEOOVER1	Pearson Correlation	,006	-,033	-,051	,015	-,131*
	Sig. (2-tailed)	,919	,591	,408	,808	,032
	N	270	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,145*	-,051	-,091	,046	,040
	Sig. (2-tailed)	,017	,401	,137	,448	,516
	N	270	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,012	-,008	,054	,088	-,047
	Sig. (2-tailed)	,849	,898	,377	,149	,444
	N	270	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	-,090	,118	,120*	,196**	,035
	Sig. (2-tailed)	,141	,052	,048	,001	,568
	N	270	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,121*	-,044	-,025	,092	,111
	Sig. (2-tailed)	,047	,473	,678	,132	,068
	N	270	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,096	,072	,089	,467**	,109
	Sig. (2-tailed)	,114	,240	,143	,000	,073
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	-,095	,173**	,234**	-,070	-,016
	Sig. (2-tailed)	,119	,004	,000	,250	,793
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	,015	,076	,106	-,040	,005
	Sig. (2-tailed)	,809	,211	,083	,514	,937
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	-,058	-,006	,089	-,020	-,024
	Sig. (2-tailed)	,343	,924	,147	,739	,696
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	,025	,111	,177**	-,061	,089
	Sig. (2-tailed)	,688	,068	,004	,319	,144
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	-,106	-,085	,061	-,072	-,092
	Sig. (2-tailed)	,083	,165	,319	,240	,132
	N	270	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,010	-,089	,031	,036	,007
	Sig. (2-tailed)	,865	,143	,606	,557	,903
	N	270	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	-,045	,081	,178**	,130*	,011
	Sig. (2-tailed)	,461	,183	,003	,033	,856
	N	270	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,082	,005	,011	,214**	,027
	Sig. (2-tailed)	,179	,940	,851	,000	,658
	N	270	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	-,058	,052	,180**	-,061	-,010
	Sig. (2-tailed)	,341	,393	,003	,319	,873
	N	270	270	270	270	270

Correlations

		CSPREVEN	CSPROTEC	CSCONSUM	CSSEXUAL
IDADE	Pearson Correlation	-,023	,086	,034	-,034
	Sig. (2-tailed)	,703	,160	,575	,578
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	,009	,047	,049	,042
	Sig. (2-tailed)	,885	,443	,421	,495
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	,087	-,020	,029	,033
	Sig. (2-tailed)	,153	,748	,632	,592
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,179**	,163**	,020	,025
	Sig. (2-tailed)	,003	,007	,740	,679
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,280**	,316**	,110	,027
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,072	,656
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	1,000	,199**	,040	,120*
	Sig. (2-tailed)	,	,001	,508	,049
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	,199**	1,000	,119*	,144*
	Sig. (2-tailed)	,001	,	,050	,018
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,040	,119*	1,000	,111
	Sig. (2-tailed)	,508	,050	,	,069
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,120*	,144*	,111	1,000
	Sig. (2-tailed)	,049	,018	,069	,
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	,068	,251**	,178**	,135*
	Sig. (2-tailed)	,268	,000	,003	,026
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	,197**	,259**	,082	,202**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,180	,001
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,127*	,030	,077	,110
	Sig. (2-tailed)	,036	,622	,209	,071
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	-,035	-,075	-,045	-,053
	Sig. (2-tailed)	,569	,220	,461	,387
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,013	-,030	,151*	,047
	Sig. (2-tailed)	,827	,628	,013	,440
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,148*	-,060	-,004	,018
	Sig. (2-tailed)	,015	,330	,942	,770
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	-,040	-,188**	-,083	-,061
	Sig. (2-tailed)	,509	,002	,173	,319
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	-,029	-,017	,052	,100
	Sig. (2-tailed)	,639	,777	,398	,101
	N	270	270	270	270

**Correlations**

		CSPREVEN	CSPROTEC	CSCONSUM	CSSEXUAL
NEOOVER1	Pearson Correlation	-,010	-,081	-,052	-,069
	Sig. (2-tailed)	,866	,186	,395	,260
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,002	,069	,076	-,094
	Sig. (2-tailed)	,980	,261	,212	,123
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	-,014	-,089	-,037	,020
	Sig. (2-tailed)	,814	,143	,540	,744
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,050	-,013	,011	,045
	Sig. (2-tailed)	,409	,835	,861	,466
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,142*	,079	,029	,067
	Sig. (2-tailed)	,020	,197	,635	,272
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,187**	,147*	,004	-,059
	Sig. (2-tailed)	,002	,016	,952	,336
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	,086	,045	,082	,077
	Sig. (2-tailed)	,157	,466	,178	,210
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	,090	,055	,083	,114
	Sig. (2-tailed)	,138	,369	,172	,062
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	,164**	,131*	,079	,138*
	Sig. (2-tailed)	,007	,032	,198	,024
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	,016	,090	-,010	,031
	Sig. (2-tailed)	,792	,140	,870	,607
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	,010	-,014	-,052	,029
	Sig. (2-tailed)	,867	,821	,396	,633
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,089	,055	,018	,032
	Sig. (2-tailed)	,147	,370	,769	,601
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	,038	-,082	,029	,035
	Sig. (2-tailed)	,533	,180	,634	,567
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,089	,028	,010	-,026
	Sig. (2-tailed)	,144	,650	,867	,676
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	,112	,089	,050	,105
	Sig. (2-tailed)	,066	,146	,413	,086
	N	270	270	270	270

Correlations

		CSPOLUIR	CSPROMOC	NEOEXTR1	NEOEXTR2
IDADE	Pearson Correlation	-,008	,013	-,035	-,014
	Sig. (2-tailed)	,897	,833	,571	,814
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,028	,085	,004	,132*
	Sig. (2-tailed)	,642	,164	,944	,030
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	,027	,154*	,159**	,115
	Sig. (2-tailed)	,658	,011	,009	,058
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,118	,001	,025	,031
	Sig. (2-tailed)	,052	,986	,677	,613
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,389**	,201**	,018	-,062
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,771	,309
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	,068	,197**	,127*	-,035
	Sig. (2-tailed)	,268	,001	,036	,569
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	,251**	,259**	,030	-,075
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,622	,220
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,178**	,082	,077	-,045
	Sig. (2-tailed)	,003	,180	,209	,461
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,135*	,202**	,110	-,053
	Sig. (2-tailed)	,026	,001	,071	,387
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	1,000	,205**	-,198**	-,324**
	Sig. (2-tailed)	,	,001	,001	,000
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	,205**	1,000	-,034	-,147*
	Sig. (2-tailed)	,001	,	,573	,016
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	-,198**	-,034	1,000	,589**
	Sig. (2-tailed)	,001	,573	,	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	-,324**	-,147*	,589**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,016	,000	,
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,012	-,020	,196**	,080
	Sig. (2-tailed)	,843	,739	,001	,190
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	-,058	-,046	,370**	,280**
	Sig. (2-tailed)	,344	,455	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	-,270**	-,239**	,437**	,478**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	-,194**	,002	,552**	,434**
	Sig. (2-tailed)	,001	,976	,000	,000
	N	270	270	270	270

Correlations

		CSPOLUIR	CSPROMOC	NEOEXTR1	NEOEXTR2
NEOOVER1	Pearson Correlation	-,196**	-,082	,316**	,168**
	Sig. (2-tailed)	,001	,182	,000	,006
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	-,098	,064	,176**	,016
	Sig. (2-tailed)	,109	,293	,004	,798
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	-,223**	,027	,388**	,198**
	Sig. (2-tailed)	,000	,659	,000	,001
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	-,082	-,072	,333**	,203**
	Sig. (2-tailed)	,180	,239	,000	,001
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	-,104	,079	,317**	,079
	Sig. (2-tailed)	,088	,195	,000	,194
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	-,037	-,028	,269**	,103
	Sig. (2-tailed)	,547	,644	,000	,090
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	-,110	,012	,532**	,521**
	Sig. (2-tailed)	,071	,839	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	-,020	,030	,218**	,084
	Sig. (2-tailed)	,738	,619	,000	,167
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	-,137*	,053	,625**	,316**
	Sig. (2-tailed)	,024	,385	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	,069	,132*	,173**	,084
	Sig. (2-tailed)	,258	,030	,004	,166
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	-,078	-,018	,104	,102
	Sig. (2-tailed)	,201	,766	,088	,095
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	-,019	,021	,394**	,182**
	Sig. (2-tailed)	,755	,726	,000	,003
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	-,260**	-,119	,762**	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000	,050	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	-,197**	,000	,467**	,195**
	Sig. (2-tailed)	,001	,996	,000	,001
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	-,078	,057	,513**	,334**
	Sig. (2-tailed)	,200	,354	,000	,000
	N	270	270	270	270



Correlations

		NEOEXTR3	NEOEXTR4	NEOEXTR5	NEOEXTR6
IDADE	Pearson Correlation	,067	-,018	-,140*	-,043
	Sig. (2-tailed)	,270	,764	,021	,483
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,047	,070	,048	,101
	Sig. (2-tailed)	,439	,250	,435	,098
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	,049	,110	,048	,248**
	Sig. (2-tailed)	,421	,071	,429	,000
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,088	,213**	,086	,118
	Sig. (2-tailed)	,152	,000	,160	,053
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,136*	,105	-,084	-,030
	Sig. (2-tailed)	,026	,085	,169	,618
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	,013	,148*	-,040	-,029
	Sig. (2-tailed)	,827	,015	,509	,639
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	-,030	-,060	-,188**	-,017
	Sig. (2-tailed)	,628	,330	,002	,777
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,151*	-,004	-,083	,052
	Sig. (2-tailed)	,013	,942	,173	,398
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,047	,018	-,061	,100
	Sig. (2-tailed)	,440	,770	,319	,101
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	,012	-,058	-,270**	-,194**
	Sig. (2-tailed)	,843	,344	,000	,001
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	-,020	-,046	-,239**	,002
	Sig. (2-tailed)	,739	,455	,000	,976
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,196**	,370**	,437**	,552**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	,080	,280**	,478**	,434**
	Sig. (2-tailed)	,190	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	1,000	,451**	,140*	,336**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,021	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,451**	1,000	,380**	,501**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	,140*	,380**	1,000	,432**
	Sig. (2-tailed)	,021	,000	,	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	,336**	,501**	,432**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOEXTR3	NEOEXTR4	NEOEXTR5	NEOEXTR6
NEOOVER1	Pearson Correlation	,088	,182**	,321**	,337**
	Sig. (2-tailed)	,148	,003	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,027	,073	,137*	,026
	Sig. (2-tailed)	,659	,229	,024	,670
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,195**	,359**	,429**	,423**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,181**	,295**	,274**	,300**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,243**	,255**	,228**	,206**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,025	,219**	,168**	,223**
	Sig. (2-tailed)	,688	,000	,006	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	-,036	,208**	,234**	,358**
	Sig. (2-tailed)	,555	,001	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	-,272**	-,068	-,088	,030
	Sig. (2-tailed)	,000	,264	,151	,625
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	-,058	,176**	,206**	,381**
	Sig. (2-tailed)	,344	,004	,001	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	-,333**	-,245**	-,208**	-,018
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,766
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	-,429**	-,220**	-,021	-,105
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,727	,084
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	-,127*	,085	,144*	,163**
	Sig. (2-tailed)	,037	,163	,018	,007
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	,496**	,697**	,692**	,786**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,200**	,352**	,404**	,387**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	-,308**	-,012	,072	,208**
	Sig. (2-tailed)	,000	,842	,238	,001
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOOVER1	NEOOVER2	NEOOVER3	NEOOVER4
IDADE	Pearson Correlation	,006	,145*	,012	-,090
	Sig. (2-tailed)	,919	,017	,849	,141
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,033	-,051	-,008	,118
	Sig. (2-tailed)	,591	,401	,898	,052
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	-,051	-,091	,054	,120*
	Sig. (2-tailed)	,408	,137	,377	,048
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,015	,046	,088	,196**
	Sig. (2-tailed)	,808	,448	,149	,001
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	-,131*	,040	-,047	,035
	Sig. (2-tailed)	,032	,516	,444	,568
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	-,010	,002	-,014	,050
	Sig. (2-tailed)	,866	,980	,814	,409
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	-,081	,069	-,089	-,013
	Sig. (2-tailed)	,186	,261	,143	,835
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	-,052	,076	-,037	,011
	Sig. (2-tailed)	,395	,212	,540	,861
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	-,069	-,094	,020	,045
	Sig. (2-tailed)	,260	,123	,744	,466
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	-,196**	-,098	-,223**	-,082
	Sig. (2-tailed)	,001	,109	,000	,180
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	-,082	,064	,027	-,072
	Sig. (2-tailed)	,182	,293	,659	,239
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,316**	,176**	,388**	,333**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	,168**	,016	,198**	,203**
	Sig. (2-tailed)	,006	,798	,001	,001
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,088	,027	,195**	,181**
	Sig. (2-tailed)	,148	,659	,001	,003
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,182**	,073	,359**	,295**
	Sig. (2-tailed)	,003	,229	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	,321**	,137*	,429**	,274**
	Sig. (2-tailed)	,000	,024	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	,337**	,026	,423**	,300**
	Sig. (2-tailed)	,000	,670	,000	,000
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOOVER1	NEOOVER2	NEOOVER3	NEOOVER4
NEOOVER1	Pearson Correlation	1,000	,307**	,386**	,194**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,001
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,307**	1,000	,362**	,029
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,639
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,386**	,362**	1,000	,250**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,194**	,029	,250**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,001	,639	,000	,
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,289**	,515**	,380**	,219**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,227**	,164**	,190**	,366**
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,002	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	,108	,039	,129*	,187**
	Sig. (2-tailed)	,078	,528	,034	,002
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	-,032	-,027	-,073	,151*
	Sig. (2-tailed)	,601	,660	,232	,013
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	,219**	,229**	,344**	,169**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,005
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	-,095	-,007	-,195**	-,115
	Sig. (2-tailed)	,120	,914	,001	,060
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	,019	,072	-,035	,041
	Sig. (2-tailed)	,752	,236	,569	,504
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,173**	,280**	,229**	,063
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,301
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	,339**	,105	,473**	,377**
	Sig. (2-tailed)	,000	,085	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,660**	,662**	,663**	,511**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	,097	,139*	,098	,126*
	Sig. (2-tailed)	,113	,023	,108	,038
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOOVER5	NEOOVER6	NEOAMAB1	NEOAMAB2
IDADE	Pearson Correlation	,121*	,096	-,095	,015
	Sig. (2-tailed)	,047	,114	,119	,809
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,044	,072	,173**	,076
	Sig. (2-tailed)	,473	,240	,004	,211
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	-,025	,089	,234**	,106
	Sig. (2-tailed)	,678	,143	,000	,083
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,092	,467**	-,070	-,040
	Sig. (2-tailed)	,132	,000	,250	,514
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,111	,109	-,016	,005
	Sig. (2-tailed)	,068	,073	,793	,937
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	,142*	,187**	,086	,090
	Sig. (2-tailed)	,020	,002	,157	,138
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	,079	,147*	,045	,055
	Sig. (2-tailed)	,197	,016	,466	,369
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,029	,004	,082	,083
	Sig. (2-tailed)	,635	,952	,178	,172
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,067	-,059	,077	,114
	Sig. (2-tailed)	,272	,336	,210	,062
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	-,104	-,037	-,110	-,020
	Sig. (2-tailed)	,088	,547	,071	,738
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	,079	-,028	,012	,030
	Sig. (2-tailed)	,195	,644	,839	,619
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,317**	,269**	,532**	,218**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	,079	,103	,521**	,084
	Sig. (2-tailed)	,194	,090	,000	,167
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,243**	,025	-,036	-,272**
	Sig. (2-tailed)	,000	,688	,555	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,255**	,219**	,208**	-,068
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,264
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	,228**	,168**	,234**	-,088
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,000	,151
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	,206**	,223**	,358**	,030
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,625
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOOVER5	NEOOVER6	NEOAMAB1	NEOAMAB2
NEOOVER1	Pearson Correlation	,289**	,227**	,108	-,032
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,078	,601
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,515**	,164**	,039	-,027
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,528	,660
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,380**	,190**	,129*	-,073
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,034	,232
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,219**	,366**	,187**	,151*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,013
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	1,000	,257**	,160**	,009
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,008	,878
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,257**	1,000	,128*	,172**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,036	,005
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	,160**	,128*	1,000	,320**
	Sig. (2-tailed)	,008	,036	,	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	,009	,172**	,320**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,878	,005	,000	,
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	,251**	,196**	,474**	,350**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	-,047	-,004	,238**	,370**
	Sig. (2-tailed)	,440	,950	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	,000	,130*	,240**	,420**
	Sig. (2-tailed)	,996	,033	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,245**	,239**	,386**	,349**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	,308**	,240**	,454**	-,011
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,853
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,730**	,541**	,194**	,043
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,485
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	,151*	,208**	,682**	,681**
	Sig. (2-tailed)	,013	,001	,000	,000
	N	270	270	270	270

Correlations

		NEOAMAB3	NEOAMAB4	NEOAMAB5	NEOAMAB6
IDADE	Pearson Correlation	-,058	,025	-,106	,010
	Sig. (2-tailed)	,343	,688	,083	,865
	N	270	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	-,006	,111	-,085	-,089
	Sig. (2-tailed)	,924	,068	,165	,143
	N	270	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	,089	,177**	,061	,031
	Sig. (2-tailed)	,147	,004	,319	,606
	N	270	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	-,020	-,061	-,072	,036
	Sig. (2-tailed)	,739	,319	,240	,557
	N	270	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	-,024	,089	-,092	,007
	Sig. (2-tailed)	,696	,144	,132	,903
	N	270	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	,164**	,016	,010	,089
	Sig. (2-tailed)	,007	,792	,867	,147
	N	270	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	,131*	,090	-,014	,055
	Sig. (2-tailed)	,032	,140	,821	,370
	N	270	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,079	-,010	-,052	,018
	Sig. (2-tailed)	,198	,870	,396	,769
	N	270	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,138*	,031	,029	,032
	Sig. (2-tailed)	,024	,607	,633	,601
	N	270	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	-,137*	,069	-,078	-,019
	Sig. (2-tailed)	,024	,258	,201	,755
	N	270	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	,053	,132*	-,018	,021
	Sig. (2-tailed)	,385	,030	,766	,726
	N	270	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,625**	,173**	,104	,394**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,088	,000
	N	270	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	,316**	,084	,102	,182**
	Sig. (2-tailed)	,000	,166	,095	,003
	N	270	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	-,058	-,333**	-,429**	-,127*
	Sig. (2-tailed)	,344	,000	,000	,037
	N	270	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,176**	-,245**	-,220**	,085
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,163
	N	270	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	,206**	-,208**	-,021	,144*
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,727	,018
	N	270	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	,381**	-,018	-,105	,163**
	Sig. (2-tailed)	,000	,766	,084	,007
	N	270	270	270	270

**Correlations**

		NEOAMAB3	NEOAMAB4	NEOAMAB5	NEOAMAB6
NEOOVER1	Pearson Correlation	,219**	-,095	,019	,173**
	Sig. (2-tailed)	,000	,120	,752	,004
	N	270	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,229**	-,007	,072	,280**
	Sig. (2-tailed)	,000	,914	,236	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,344**	-,195**	-,035	,229**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,569	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,169**	-,115	,041	,063
	Sig. (2-tailed)	,005	,060	,504	,301
	N	270	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,251**	-,047	,000	,245**
	Sig. (2-tailed)	,000	,440	,996	,000
	N	270	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,196**	-,004	,130*	,239**
	Sig. (2-tailed)	,001	,950	,033	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	,474**	,238**	,240**	,386**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	,350**	,370**	,420**	,349**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	1,000	,324**	,259**	,509**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	,324**	1,000	,324**	,296**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	,259**	,324**	1,000	,318**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,509**	,296**	,318**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	270	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	,404**	-,114	-,118	,209**
	Sig. (2-tailed)	,000	,062	,053	,001
	N	270	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,369**	-,117	,057	,325**
	Sig. (2-tailed)	,000	,055	,351	,000
	N	270	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	,724**	,630**	,638**	,684**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270



Correlations

		NEOEXTRO	NEOOVERT	NEOAMABI
IDADE	Pearson Correlation	-,045	,082	-,058
	Sig. (2-tailed)	,461	,179	,341
	N	270	270	270
saúde	Pearson Correlation	,081	,005	,052
	Sig. (2-tailed)	,183	,940	,393
	N	270	270	270
qualidade de vida	Pearson Correlation	,178**	,011	,180**
	Sig. (2-tailed)	,003	,851	,003
	N	270	270	270
CSEFISIC	Pearson Correlation	,130*	,214**	-,061
	Sig. (2-tailed)	,033	,000	,319
	N	270	270	270
CSALIMEN	Pearson Correlation	,011	,027	-,010
	Sig. (2-tailed)	,856	,658	,873
	N	270	270	270
CSPREVEN	Pearson Correlation	,038	,089	,112
	Sig. (2-tailed)	,533	,144	,066
	N	270	270	270
CSPROTEC	Pearson Correlation	-,082	,028	,089
	Sig. (2-tailed)	,180	,650	,146
	N	270	270	270
CSCONSUM	Pearson Correlation	,029	,010	,050
	Sig. (2-tailed)	,634	,867	,413
	N	270	270	270
CSSEXUAL	Pearson Correlation	,035	-,026	,105
	Sig. (2-tailed)	,567	,676	,086
	N	270	270	270
CSPOLUIR	Pearson Correlation	-,260**	-,197**	-,078
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,200
	N	270	270	270
CSPROMOC	Pearson Correlation	-,119	,000	,057
	Sig. (2-tailed)	,050	,996	,354
	N	270	270	270
NEOEXTR1	Pearson Correlation	,762**	,467**	,513**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	270	270	270
NEOEXTR2	Pearson Correlation	,722**	,195**	,334**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000
	N	270	270	270
NEOEXTR3	Pearson Correlation	,496**	,200**	-,308**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000
	N	270	270	270
NEOEXTR4	Pearson Correlation	,697**	,352**	-,012
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,842
	N	270	270	270
NEOEXTR5	Pearson Correlation	,692**	,404**	,072
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,238
	N	270	270	270
NEOEXTR6	Pearson Correlation	,786**	,387**	,208**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001
	N	270	270	270

**Correlations**

		NEOEXTRO	NEO0VERT	NEOAMABI
NEOOVER1	Pearson Correlation	,339**	,660**	,097
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,113
	N	270	270	270
NEOOVER2	Pearson Correlation	,105	,662**	,139*
	Sig. (2-tailed)	,085	,000	,023
	N	270	270	270
NEOOVER3	Pearson Correlation	,473**	,663**	,098
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,108
	N	270	270	270
NEOOVER4	Pearson Correlation	,377**	,511**	,126*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,038
	N	270	270	270
NEOOVER5	Pearson Correlation	,308**	,730**	,151*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,013
	N	270	270	270
NEOOVER6	Pearson Correlation	,240**	,541**	,208**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001
	N	270	270	270
NEOAMAB1	Pearson Correlation	,454**	,194**	,682**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000
	N	270	270	270
NEOAMAB2	Pearson Correlation	-,011	,043	,681**
	Sig. (2-tailed)	,853	,485	,000
	N	270	270	270
NEOAMAB3	Pearson Correlation	,404**	,369**	,724**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	270	270	270
NEOAMAB4	Pearson Correlation	-,114	-,117	,630**
	Sig. (2-tailed)	,062	,055	,000
	N	270	270	270
NEOAMAB5	Pearson Correlation	-,118	,057	,638**
	Sig. (2-tailed)	,053	,351	,000
	N	270	270	270
NEOAMAB6	Pearson Correlation	,209**	,325**	,684**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000
	N	270	270	270
NEOEXTRO	Pearson Correlation	1,000	,474**	,215**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000
	N	270	270	270
NEO0VERT	Pearson Correlation	,474**	1,000	,212**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000
	N	270	270	270
NEOAMABI	Pearson Correlation	,215**	,212**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,
	N	270	270	270

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

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

# T-Test

## Group Statistics

	IDADEG	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
saúde	1,00	144	5,34	1,141	,095
	2,00	126	5,21	1,175	,105
qualidade de vida	1,00	144	5,35	1,112	,093
	2,00	126	5,19	1,056	,094
CSEFISIC	1,00	144	4,7153	3,50756	,29230
	2,00	126	4,5714	3,53820	,31521
CSALIMEN	1,00	144	8,4306	5,07517	,42293
	2,00	126	8,3889	4,84970	,43205
CSPREVEN	1,00	144	10,2431	3,46863	,28905
	2,00	126	10,0159	3,58884	,31972
CSPROTEC	1,00	144	12,7361	2,98478	,24873
	2,00	126	13,2698	2,74929	,24493
CSCONSUM	1,00	144	6,9375	1,79049	,14921
	2,00	126	7,0079	1,76860	,15756
CSSEXUAL	1,00	144	11,2431	2,02863	,16905
	2,00	126	11,1825	2,12942	,18970
CSPOLUIR	1,00	144	10,7639	5,19411	,43284
	2,00	126	10,2222	5,06579	,45130
CSPROMOC	1,00	144	5,4167	2,28862	,19072
	2,00	126	5,4206	2,13674	,19036
NEOEXTR1	1,00	144	22,7222	4,04078	,33673
	2,00	126	22,6190	4,06912	,36251
NEOEXTR2	1,00	144	18,8194	5,15447	,42954
	2,00	126	18,8016	5,11472	,45566
NEOEXTR3	1,00	144	14,5625	3,66751	,30563
	2,00	126	14,9603	3,83542	,34169
NEOEXTR4	1,00	144	17,9306	4,07903	,33992
	2,00	126	17,6905	3,83763	,34188
NEOEXTR5	1,00	144	21,2569	3,95914	,32993
	2,00	126	20,4524	4,22489	,37638
NEOEXTR6	1,00	144	22,9583	4,46411	,37201
	2,00	126	22,7619	4,54564	,40496
NEOOVER1	1,00	144	20,2708	4,04903	,33742
	2,00	126	20,5952	4,72132	,42061
NEOOVER2	1,00	144	21,2431	4,06287	,33857
	2,00	126	22,0952	4,44419	,39592
NEOOVER3	1,00	144	22,4514	2,91806	,24317
	2,00	126	22,5714	3,67571	,32746
NEOOVER4	1,00	144	17,5278	3,52006	,29334
	2,00	126	17,2143	3,56114	,31725
NEOOVER5	1,00	144	19,3611	4,29443	,35787
	2,00	126	20,4762	4,30946	,38392
NEOOVER6	1,00	144	18,5000	3,01743	,25145
	2,00	126	18,6508	3,29683	,29370
NEOAMAB1	1,00	144	17,9167	4,53502	,37792
	2,00	126	17,4603	4,62627	,41214
NEOAMAB2	1,00	144	18,9792	3,60355	,30030
	2,00	126	18,9762	3,62318	,32278

**Group Statistics**

	IDADEG	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
NEOAMAB3	1,00	144	22,4583	4,03460	,33622
	2,00	126	22,3730	4,14292	,36908
NEOAMAB4	1,00	144	16,8333	4,01048	,33421
	2,00	126	16,8968	3,98764	,35525
NEOAMAB5	1,00	144	19,8542	3,89543	,32462
	2,00	126	18,8651	4,45485	,39687
NEOAMAB6	1,00	144	21,5000	3,44994	,28750
	2,00	126	21,8968	3,16943	,28236
NEOEXTRO	1,00	144	118,2500	17,73878	1,47823
	2,00	126	117,2857	17,86342	1,59140
NEO0VERT	1,00	144	119,3542	13,55252	1,12938
	2,00	126	121,6032	15,57849	1,38784
NEOAMABI	1,00	144	117,5417	16,54402	1,37867
	2,00	126	116,4683	15,37878	1,37005

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
saúde	Equal variances assumed	,194	,660
	Equal variances not assumed		
qualidade de vida	Equal variances assumed	,107	,744
	Equal variances not assumed		
CSEFISIC	Equal variances assumed	,132	,717
	Equal variances not assumed		
CSALIMEN	Equal variances assumed	,645	,423
	Equal variances not assumed		
CSPREVEN	Equal variances assumed	,052	,819
	Equal variances not assumed		
CSPROTEC	Equal variances assumed	2,146	,144
	Equal variances not assumed		
CSCONSUM	Equal variances assumed	,000	,989
	Equal variances not assumed		
CSSEXUAL	Equal variances assumed	,079	,779
	Equal variances not assumed		
CSPOLUIR	Equal variances assumed	,390	,533
	Equal variances not assumed		
CSPROMOC	Equal variances assumed	,597	,440
	Equal variances not assumed		
NEOEXTR1	Equal variances assumed	,938	,334
	Equal variances not assumed		
NEOEXTR2	Equal variances assumed	,011	,918
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
NEOEXTR3	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,472	,493
NEOEXTR4	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,000	,998
NEOEXTR5	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,553	,458
NEOEXTR6	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,019	,891
NEOOVER1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,156	,143
NEOOVER2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,378	,539
NEOOVER3	Equal variances assumed Equal variances not assumed	5,695	,018
NEOOVER4	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,096	,757
NEOOVER5	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,012	,911
NEOOVER6	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,680	,410
NEOAMAB1	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,421	,517
NEOAMAB2	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,199	,656

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
NEOAMAB3	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,014	,906
NEOAMAB4	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,080	,777
NEOAMAB5	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,709	,055
NEOAMAB6	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,457	,500
NEOEXTRO	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,068	,794
NEO0VERT	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,027	,312
NEOAMABI	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,002	,966

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
saúde	Equal variances assumed	,949	268	,344	,13
	Equal variances not assumed	,947	261,055	,345	,13
qualidade de vida	Equal variances assumed	1,235	268	,218	,16
	Equal variances not assumed	1,239	266,199	,216	,16
CSEFISIC	Equal variances assumed	,335	268	,738	,1438
	Equal variances not assumed	,335	262,644	,738	,1438
CSALIMEN	Equal variances assumed	,069	268	,945	,0417
	Equal variances not assumed	,069	265,909	,945	,0417
CSPREVEN	Equal variances assumed	,528	268	,598	,2272
	Equal variances not assumed	,527	260,641	,599	,2272
CSPROTEC	Equal variances assumed	-1,521	268	,130	-,5337
	Equal variances not assumed	-1,529	267,281	,127	-,5337
CSCONSUM	Equal variances assumed	-,324	268	,746	-,0704
	Equal variances not assumed	-,325	264,079	,746	-,0704
CSSEXUAL	Equal variances assumed	,239	268	,811	,0605
	Equal variances not assumed	,238	259,378	,812	,0605
CSPOLUIR	Equal variances assumed	,865	268	,388	,5417
	Equal variances not assumed	,866	264,846	,387	,5417
CSPROMOC	Equal variances assumed	-,015	268	,988	-,0040
	Equal variances not assumed	-,015	266,858	,988	-,0040
NEOEXTR1	Equal variances assumed	,209	268	,835	,1032
	Equal variances not assumed	,209	262,768	,835	,1032
NEOEXTR2	Equal variances assumed	,029	268	,977	,0179
	Equal variances not assumed	,029	263,785	,977	,0179



### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
NEOEXTR3	Equal variances assumed	-,870	268	,385	-,3978
	Equal variances not assumed	-,868	259,712	,386	-,3978
NEOEXTR4	Equal variances assumed	,496	268	,620	,2401
	Equal variances not assumed	,498	266,576	,619	,2401
NEOEXTR5	Equal variances assumed	1,614	268	,108	,8046
	Equal variances not assumed	1,607	257,832	,109	,8046
NEOEXTR6	Equal variances assumed	,358	268	,721	,1964
	Equal variances not assumed	,357	261,935	,721	,1964
NEOOVER1	Equal variances assumed	-,608	268	,544	-,3244
	Equal variances not assumed	-,602	247,908	,548	-,3244
NEOOVER2	Equal variances assumed	-1,646	268	,101	-,8522
	Equal variances not assumed	-1,636	255,317	,103	-,8522
NEOOVER3	Equal variances assumed	-,299	268	,765	-,1200
	Equal variances not assumed	-,294	237,693	,769	-,1200
NEOOVER4	Equal variances assumed	,726	268	,468	,3135
	Equal variances not assumed	,726	262,429	,469	,3135
NEOOVER5	Equal variances assumed	-2,125	268	,034	-1,1151
	Equal variances not assumed	-2,125	263,019	,035	-1,1151
NEOOVER6	Equal variances assumed	-,392	268	,695	-,1508
	Equal variances not assumed	-,390	255,439	,697	-,1508
NEOAMAB1	Equal variances assumed	,817	268	,415	,4563
	Equal variances not assumed	,816	261,793	,415	,4563
NEOAMAB2	Equal variances assumed	,007	268	,995	,0030
	Equal variances not assumed	,007	262,880	,995	,0030

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
NEOAMAB3	Equal variances assumed	,171	268	,864	,0853
	Equal variances not assumed	,171	261,268	,864	,0853
NEOAMAB4	Equal variances assumed	-,130	268	,897	-,0635
	Equal variances not assumed	-,130	263,651	,897	-,0635
NEOAMAB5	Equal variances assumed	1,946	268	,053	,9891
	Equal variances not assumed	1,929	250,283	,055	,9891
NEOAMAB6	Equal variances assumed	-,979	268	,328	-,3968
	Equal variances not assumed	-,985	267,352	,326	-,3968
NEOEXTRO	Equal variances assumed	,444	268	,657	,9643
	Equal variances not assumed	,444	262,767	,657	,9643
NEO0VERT	Equal variances assumed	-1,269	268	,206	-2,2490
	Equal variances not assumed	-1,257	249,666	,210	-2,2490
NEOAMABI	Equal variances assumed	,550	268	,583	1,0734
	Equal variances not assumed	,552	267,005	,581	1,0734

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
saúde	Equal variances assumed	,141	-,144	,412
	Equal variances not assumed	,141	-,145	,412
qualidade de vida	Equal variances assumed	,133	-,097	,425
	Equal variances not assumed	,132	-,096	,424
CSEFISIC	Equal variances assumed	,42963	-,70202	,98972
	Equal variances not assumed	,42988	-,70259	,99029
CSALIMEN	Equal variances assumed	,60643	-1,15231	1,23565
	Equal variances not assumed	,60459	-1,14873	1,23207
CSPREVEN	Equal variances assumed	,43003	-,61949	1,07385
	Equal variances not assumed	,43101	-,62153	1,07589
CSPROTEC	Equal variances assumed	,35100	-1,22480	,15734
	Equal variances not assumed	,34908	-1,22102	,15356
CSCONSUM	Equal variances assumed	,21718	-,49802	,35715
	Equal variances not assumed	,21700	-,49770	,35683
CSSEXUAL	Equal variances assumed	,25328	-,43815	,55918
	Equal variances not assumed	,25410	-,43984	,56087
CSPOLUIR	Equal variances assumed	,62636	-,69155	1,77489
	Equal variances not assumed	,62532	-,68956	1,77289
CSPROMOC	Equal variances assumed	,27070	-,53694	,52900
	Equal variances not assumed	,26946	-,53451	,52657
NEOEXTR1	Equal variances assumed	,49454	-,87050	1,07685
	Equal variances not assumed	,49477	-,87105	1,07740
NEOEXTR2	Equal variances assumed	,62652	-1,21568	1,25139
	Equal variances not assumed	,62620	-1,21513	1,25084

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
NEOAMAB3	Equal variances assumed	,49838	-,89591	1,06655
	Equal variances not assumed	,49926	-,89777	1,06841
NEOAMAB4	Equal variances assumed	,48793	-1,02416	,89717
	Equal variances not assumed	,48774	-1,02386	,89688
NEOAMAB5	Equal variances assumed	,50816	-,01142	1,98959
	Equal variances not assumed	,51272	-,02071	1,99888
NEOAMAB6	Equal variances assumed	,40525	-1,19470	,40105
	Equal variances not assumed	,40296	-1,19021	,39656
NEOEXTRO	Equal variances assumed	2,17101	-3,31013	5,23870
	Equal variances not assumed	2,17203	-3,31252	5,24109
NEO0VERT	Equal variances assumed	1,77280	-5,73940	1,24138
	Equal variances not assumed	1,78930	-5,77306	1,27504
NEOAMABI	Equal variances assumed	1,95315	-2,77206	4,91889
	Equal variances not assumed	1,94365	-2,75341	4,90024