

Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO ()*

Armstrong (1988) explicava que enquanto no século XIX os profissionais de saúde se preocupavam com o meio ambiente – água, ar, alimentos, excrementos – enquanto elemento principal no aparecimento das doenças – provocadas pelos “miasmas” – e que estavam na origem de grandes epidemias como a tuberculose, em meados do século XX essa preocupação passou para as pessoas (o seu comportamento) enquanto elementos activos e decisivos no processo de adoecer ou de ser saudável.

A importância do comportamento na saúde e na prevenção das doenças que começavam a constituir-se como principais causas de morte nos países desenvolvidos, começa a ter expressão após a Segunda Guerra Mundial. Em 1953 Morris, Heady, Raffle, Roberts, e Parks, publicam um estudo em que evidenciam a relação entre a falta de actividade física no trabalho e a doença coronária. É um dos estudos pioneiros nesta relação que culmina com o relatório de Lalonde em 1974 num texto clássico onde afirma que

«enquanto se faziam progressos nos cuidados de saúde, no nível de vida em geral, na protecção fornecida pela saúde pública e na ciência médica, contra-forças nefastas trabalhavam para destruir esse progresso. Estas forças do contra constituem o lado negro do progresso económico. Elas incluem poluição ambiental, vida citadina, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas, e padrões alimentares que põem os prazeres dos sentidos acima das necessidades do corpo humano (...), é necessário implementar melhorias no ambiente, nos riscos auto-impostos, e um maior conhecimento da biologia humana, se se pretende que os Canadianos vivam uma vida feliz, plena, longa e livre de doenças» (p. 5).

Ou seja, segundo Lalonde o comportamento humano, incluindo o modo como as pessoas interagem com o meio ambiente, é em grande parte responsável pelas doenças no mundo moderno, nos países desenvolvidos.

O estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983), um dos estudos epidemiológicos sobre a relação entre o comportamento humano a saúde e as doenças mais rigorosos do ponto de vista metodológico, mostrou que melhores comportamentos

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. jlpr@fpce.pt

de saúde avaliados de modo semelhante ao do questionário estudado no presente estudo estavam relacionados com melhor saúde (Belloc & Breslow, 1972), e piores comportamentos de saúde com a mortalidade (Belloc, 1973).

Este tipo de estudos facilitou o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de “Estilo de Vida”, de *Wellness* ou equivalentes enquanto componentes essenciais na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças.

Em 1982, Hettler define *Wellness* como um «processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona» (p. 207). O conceito de Estilo de Vida assumiu igualmente um lugar importante em contexto de promoção da saúde e de prevenção das doenças. A sua definição tem evoluído. Lalonde, em 1974, definiu-o como: «o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo» (p. 32). A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como um «conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais» (WHO, 1986, p. 43), ou como «um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores» (WHO, 1988, p. 114). Verifica-se um aumento de complexidade nas definições com o passar do tempo, desde a primeira com uma perspectiva mais individualizada centrada no comportamento individual, até à última em que os comportamentos individuais já dependem de aspectos contextuais, ou a penúltima que coloca o comportamento como a expressão do contexto social alargado.

Os conceitos de Estilo de Vida e de *Wellness*, podem ser considerados equivalentes.

O questionário original

Hettler desenvolveu na Universidade de Wisconsin-Stevens Point um programa para melhorar o estilo de vida dos estudantes. Segundo Hettler, cada indivíduo desenvolve um estilo de vida único que muda diariamente reflectindo as suas dimensões intelectuais, emocionais, físicas, so-

ciais, profissionais e espirituais. Assim, propõe ele no seu modelo de intervenção sobre a pessoa integral, devem ser abordadas seis dimensões básicas: Intelectual, Emocional, Física, Social, Ocupacional, e Espiritual.

No âmbito deste projecto Hettler desenvolveu um questionário, o *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ).

O *Lifestyle Assessment Questionnaire* inclui quatro secções: Inventário de *Wellness*, Crescimento Pessoal, Risco de Morte, e secção de Alerta. Cada secção inclui ainda várias categorias de perguntas. A secção Inventário de *Wellness* inclui 173 questões distribuídas por 11 categorias, a saber, Exercício Físico (12 itens), Físico Nutricional (13 itens), Auto Cuidado Físico (14 itens), Segurança Física relacionada com Veículos (9 itens), Aspectos Físicos relacionados com Drogas (13 itens), Meio Ambiente (17 itens), Aceitação e Despertar Emocional (30 itens), Gestão Emocional (22 itens), Intelectual (14 itens), Ocupacional (15 itens), Espiritual (14 itens); A secção de Crescimento Pessoal inclui 31 itens; a de Risco de Morte 43 itens; a de Alerta inclui 39 itens. No total o questionário inclui 289 itens.

As primeiras cinco categorias da secção de *Wellness* são designadas pelo autor como físicas, no sentido em que se reportam a comportamentos, acções ou intenções comportamentais. Os autores deste projecto desenharam este longo inventário como componente importante do programa global de promoção da saúde implementado naquela universidade. O objectivo do questionário, para além de avaliar o Estilo de Vida dos estudantes, era educá-los para comportamentos relacionados com a saúde que podem ser implementados e avaliados.

O objectivo do presente estudo é desenvolver um Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde para utilização fácil e prática em investigação no Campo da Saúde.

MÉTODO

A avaliação dos comportamentos e saúde pode ser feita de dois modos: o mais eficaz será observar as pessoas numa base de 24 sobre 24 horas ou em períodos alargados de tempo pré-determinados. Uma outra maneira consiste em perguntar às pessoas sobre o modo como se costumam

mam comportar. Como o primeiro modo é um procedimento dispendioso de recolher informação usa-se raramente, talvez em estudo de caso quando uma observação acurada se justifica. Este modo é impraticável num estudo deste tipo.

Ao perguntar às pessoas como se costumam comportar haverá diferenças entre o que realmente fazem e o que elas dizem que fazem. Uma forma prática de ultrapassar este problema é avaliar as atitudes para com esses comportamentos. De facto, em grande parte, é isso que se recolhe quando se pergunta às pessoas como foi o comportamento que tiveram. Se alguns comportamentos são fáceis de relatar (p. ex., «quantos cigarros fuma por dia?») outros são mais difíceis de responder com tal precisão (p. ex., «quanta gordura come por dia?»). Este problema metodológico atravessa, aliás, todos os questionários que investigam o comportamento humano: as respostas são mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que o que elas fazem.

Segundo Ajzen (1988), atitude «é a disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objecto, pessoa, instituição, ou acontecimento» (p. 4). Anastasi (1990) explica que as atitudes tendem a ser definidas como uma tendência para reagir favoravelmente ou desfavoravelmente para com um qualquer estímulo que seja designado. Ainda segundo esta autora a investigação tende a mostrar que há discrepância entre o comportamento manifesto e as atitudes expressas. Por exemplo, Kelman (1974) numa análise da relação entre atitude e acção sugere que as atitudes são um construto de personalidade útil se visto como parte integrante da acção e não como um indicador de acção. Atitudes e acções estão ligados num processo recíproco contínuo cada um gerando o outro numa cadeia infinita. As atitudes podem contribuir para alterar a acção e a acção pode alterar as atitudes.

Ajzen (1988) explica que as atitudes são construtos hipotéticos inacessíveis por observação directa, que têm de ser inferidas por respostas mensuráveis.

Dillman (1978) sugere que as perguntas que se propõem exprimir a direcção, ou o modo como as pessoas sentem acerca de determinado objecto utilizam normalmente palavras como apoio ou não apoio, prefiro ou não prefiro, deve *versus* não deve, bom *versus* mau, correcto *versus* errado, desejável *versus* indesejável.

Dillman (1978) distingue as atitudes de crenças enquanto Ajzen (1988) refere que crenças são categorias de resposta que expressam atitudes.

As questões acerca do comportamento são antes questões acerca de como se actua em determinada situação. Como afirma Dillman (1978) são questões acerca de crenças sobre o comportamento. Esta distinção é tanto mais importante se esse comportamento se refere ao passado ou ao futuro, ou a um comportamento que já realiza *versus* um comportamento que poderá ou não realizar. Alguns autores consideram esta forma de avaliar os riscos para a saúde ingénuo (Trunstall-Pedoe, 1992).

No entanto, este tipo de questionários têm sido desenvolvidos e utilizados com o mesmo propósito, abrangendo o mesmo tipo de questões e de formas de responder que o aqui utilizado, como por exemplo, o *Life Style Appraisal Questionnaire* (Craig, Hancock & Craig, 1996).

No presente questionário as perguntas referem-se ao modo como as pessoas se costumam comportar, mas muitas delas são susceptíveis de expressar outro que não o comportamento. É o modo tradicional de avaliar o comportamento das pessoas em estudos epidemiológicos.

Convém salientar a diferença entre um inventário e uma escala. Um inventário não supõe uma relação próxima entre itens, ou seja, não exige uma correlação elevada entre os itens de uma área. Pelo contrário, uma escala já supõe que um agrupamento de itens definam um construto, e como tal, a correlação entre eles deve ser elevada, e a correlação de cada item com a escala total (corrigida para sobreposição) deve ser superior a 0,40. Isto repercute-se na consistência interna que, para um número de itens que não seja baixo deverá ter valores acima de 0,80. Hettler (1982), designa o seu questionário por inventário o que só por si não indica o tipo de organização de questões como se percebe pelo Inventário de personalidade de Minnesota (MMPI – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), um dos questionários clássicos da Psicologia. Mas também não refere nenhum tratamento dos itens coloca-o na posição de dispensar correlações elevadas entre os itens. Esta perspectiva assume que a nota que decorre de cada dimensão exprime o conjunto de comportamentos diferentes que contribuem para aquela área, enquanto na

perspectiva em que os itens devem manter uma correlação elevada entre eles se assume que cada item é uma questão diferente sobre o mesmo objecto.

Participantes

Os participantes do estudo constituem uma amostra de conveniência com 609 estudantes saudáveis do ensino secundário e universitário, 47% do sexo masculino (idade $M=19,99$ $DP=3,87$; entre 16 e 41 anos) e 53% do sexo feminino (idade $M=19,79$ $DP=3,09$; entre 16 e 30 anos de idade).

Desenvolvimento dos itens

O presente estudo foi desenvolvido inspirado nos 61 itens das cinco primeiras categorias da secção de Wellness que Hettler (1982) designa por físicas. O critério para escolher os itens foi baseado na análise de conteúdo, tendo como fim último desenvolver um questionário de avaliação do estilo de vida breve para fazer uma avaliação rápida na população normal. Resultaram 28 itens provenientes das categorias referidas acima. Os itens foram adaptados na linguagem e alguns foram importados de outras categorias. Por exemplo, a categoria Meio Ambiente inclui itens sobre evitamento de ambientes poluídos que no presente estudo foram incluídos na categoria Auto Cuidado dado que esta categoria também inclui itens com essa função. Por exemplo, o item «evito ambientes saturados de fumo de tabaco» na versão original está na categoria Auto Cuidados, enquanto os itens «Evito os ambientes muito ruidosos» e «Evito os ambientes que tenham o ar poluído» estavam na categoria Meio Ambiente.

Os 28 itens definidos para este estudo em termos de acção foram avaliados por profissionais que se pronunciaram sobre a validade de conteúdo, sendo depois, submetidos a *cognitive debriefing*, procedimento que visa identificar se a população alvo do inventário interpreta e compreende as perguntas e o modo de responder de acordo com o pretendido pelo investigador. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de cinco posições em que o respondente, perante a afirmação que expressa uma acção escolhe entre cinco alternativas, a percentagem que usa, ou

não, essa acção, entre o “quase sempre” num extremo da escala e o “quase nunca” no outro extremo. O tempo de resposta à QACS é de cinco a 10 minutos para pessoas letradas. A nota de comportamentos protectores de saúde variará entre 28 e 140.

Ao questionário assim construído chamámos Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS). A lista de itens incluída no estudo encontra-se no Quadro 1.

Procedimento

O agrupamento dos itens foi estudado considerando que o questionário constitui uma lista de classificação (*rating scale*) tal como aparece no questionário de Hettler (1982), os itens são agrupados como uma lista.

Sendo assumidos como uma lista a exploração da relação entre os itens não é necessária tal como se fossem uma escala. Uma escala é uma colecção de itens cujas respostas são classificadas e combinadas para produzirem uma nota (Dawis, 1987). Enquanto escala é assumido que os itens desenvolvidos para avaliar o mesmo construto devem exibir uma correlação elevada entre eles, e esta correlação elevada mostra-se numa consistência interna elevada dado esta expressar a medida em que os itens medem o mesmo construto (Henson, 2001). Uma lista de classificação não assume esta familiaridade entre itens pelo que a consistência interna não é suposta, sequer, ser avaliada. No entanto, e para efeitos de identificação do potencial erro de medida explorámos a consistência interna dos itens assim agrupados.

QUADRO 1

Categorias físicas do questionário de Hettler, sua definição e itens que constituem o QACS

CATEGORIA-DEFINIÇÃO	ITENS
<i>Exercício físico</i> – Empenhamento em manter boa condição física	1- Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana 2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente 3- Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)
<i>Nutrição</i> – escolha de alimentos consistente com os objectivos cientificamente definidos	4- Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho 5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal 6- Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes 18- Evito ingerir alimentos com gordura 22- Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)
<i>Auto cuidado</i> – comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças	8- Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado 9- Mantenho as minhas vacinas em dia 10- Verifico anualmente a minha pressão arterial 11- Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes 12- Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> 23- Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco 24- Evito os ambientes muito ruidosos* 25- Evito os ambientes que tenham o ar poluído* 26- Evito mudar de parceiro sexual 27- Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal 28- Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções
<i>Segurança motorizada</i> – capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos	13- Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais 14- Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade 15- Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança
<i>Uso de drogas ou similares</i> – capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas	7- Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia 16- Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico 17- Evito fumar 19- Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola 20- Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames 21- Evito tomar tranquilizantes

* Itens provenientes da categoria “Meio Ambiente”.

RESULTADOS

Como já se explicou os itens foram agrupados inspirados na escala de Hettler (1982). Embora a consistência interna não constitua um elemento crítico ela foi inspeccionada com intuítos exploratórios. A avaliação da consistência dos itens de cada categoria foi inspeccionada recorrendo ao Alpha de Cronbach. Os resultados da inspeção realizada é apresentado no Quadro 2.

Os resultados do Quadro 2 mostram correlações modestas entre os itens e a categoria a que pertencem. Apenas a categoria “nutrição” exhibe valores de correlação elevados. Tal sugere que os itens de cada categoria não têm a familiaridade suficiente para constituírem uma escala e que, por

isso, são melhor considerados uma lista de classificação.

Embora a consistência interna de três das categorias seja aceitável, os valores em geral são modestos. Para o inventário total a consistência interna é satisfatória. No entanto a correlação item escala total (corrigida para sobreposição) apresenta valores baixos para muitos dos itens.

A correlação entre categorias e entre estas e a nota total do QACS é apresentada no Quadro 3.

O Quadro mostra que a correlação entre as categorias é moderada ou baixa. Somente a correlação entre categorias e nota total do QACS é moderada a substancial. Esta baixa correlação entre categorias confirma a independência entre elas.

Mechanic (1979), Mechanic e Cleary (1980),

QUADRO 2

Número de itens, correlação item categoria a que pertence (corrigida para sobreposição) e Alpha de Cronbach de cada categoria do QACS

Áreas	Número de itens	Correlação item categoria	Alpha de Cronbach
Exercício físico	3	0,24-0,66	0,67
Nutrição	5	0,47-0,63	0,78
Auto cuidado	11	0,16-0,48	0,67
Segurança motorizada	3	0,22-0,28	0,42
Uso de drogas ou similares	6	0,21-0,38	0,52
Soma de todos os itens	28	0,10-0,48	0,76

QUADRO 3

Correlação entre áreas e entre categorias e QACS total

	EF	N	AC	SM	D	TOTAL
EF		0,09	0,06	-0,05	0,08	0,34
N			0,30	0,24	0,23	0,65
AC				0,34	0,31	0,77
SM					0,23	0,52
D						0,62
TOTAL						

EF – Exercício físico; N – Nutrição; AC – Auto cuidado; SM – Segurança motorizada; D – Uso de drogas ou similares.
TOTAL – Nota total a soma de todos os itens do QACS

QUADRO 4
Correlação de Pearson entre questionários e QACS

	EF	N	AC	D	SM	TOTAL
MHI-5	0,18**	ns	0,09*	0,08*	ns	0,11**
AC	0,22**	ns	0,13**	ns	ns	0,15**
PGS	0,40**	ns	0,16**	0,10**	ns	0,27**
AE	0,10*	0,14**	0,15**	ns	ns	0,16**
SOCIAL	0,13**	ns	0,09*	ns	ns	0,10*

* Correlação <0.05 (2-tailed); ** Correlação < 0.01 (2-tailed).

EF – Exercício físico; N – Nutrição; AC – Auto cuidado; SM – Segurança motorizada; D – Uso de drogas ou similares.

TOTAL – Nota total do QACS.

MHI-5 – Questionário de saúde mental; AC – Auto Conceito; PGS – Percepção Geral de Saúde; AE – Auto Eficácia;

Social – suporte social.

num estudo que pretendia, também, avaliar as mudanças do comportamento de saúde entre a primeira fase do estudo, nas 350 crianças, e os mesmos indivíduos 16 anos depois, concluíram que a estabilidade dos comportamentos é modesta e que se alteraram bastante ao longo deste período. O mesmo foi encontrado por Matarazzo (1984) para um conjunto de comportamentos de saúde idêntico aos que são avaliados pela QACS. Pode-se considerar que os resultados da QACS estão de acordo com o que a investigação tem encontrado, o que pode ser considerado como uma forma de validação desta lista de classificação de ações relacionadas com a saúde e as doenças.

Validade

A validade do inventário aqui apresentado foi inspecionado por comparação com medidas provenientes de outros instrumentos, a saber, Questionário de Saúde Mental de 5 itens (*Mental Health Inventory*, ou MHI-5) (Ribeiro, 2001), Auto Conceito (Ribeiro, 1994), Percepção Geral de Saúde, Auto Eficácia (Ribeiro, 1995), Suporte Social (Ribeiro, 1999). Os resultados da correlação com as categorias do QACS são apresentados no Quadro 4.

O Quadro mostra que algumas das categorias do QACS não mantêm relação estatisticamente significativa com as variáveis psicológicas consideradas. É o caso da Segurança Motorizada, depois a Nutrição e por fim o Uso de Drogas e Si-

milares. A Percepção Geral de Saúde é a variável que mantém relações mais fortes com a QACS, o que está de acordo com o que Mechanic (1979) encontrou.

As categorias Exercício Físico e Auto Cuidados mantêm relações estatisticamente significativas com todas as escalas, embora os valores sejam modestos. A categoria Exercício Físico é a que mantém valores mais significativos principalmente com a Percepção Geral de Saúde o que já tinha sido verificado por Mechanic (1979).

DISCUSSÃO

O QACS mostra ser um inventário, ou mais especificamente uma lista de classificação de comportamentos de saúde, com características adequadas para avaliar o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar as doenças. Os resultados das relações entre comportamentos estão de acordo com o que a investigação tem mostrado.

Mechanic (1979), Mechanic e Cleary (1980), num estudo longitudinal que durou 16 anos que avaliava a relação entre comportamentos de saúde e percepção de saúde física, sobre 350 crianças entre os 9 e os 12 anos, e os mesmos indivíduos 16 anos depois concluíram que a estabilidade dos comportamentos é modesta e que se alteraram bastante ao longo deste período. Das 28 correlações entre comportamentos, 13 eram esta-

tisticamente significativas, embora modestas. Norman (1985), numa investigação em que se propunha estudar a relação entre comportamentos de saúde, encontra, igualmente, correlações modestas entre eles.

Matarazzo (1984), numa discussão sobre os dados apresentados por Mechanic, afirma concordar que as correlações entre os comportamentos são modestas, mas que considera impressionante o número de correlações positivas, e a fidelidade com que estas correlações vão na direção esperada, dada a relativa ignorância que os investigadores ainda têm em relação aos comportamentos que compõem o estilo de vida. Considera que dados deste tipo contribuem para aumentar o conhecimento dos factores associados a uma boa saúde (ou à falta dela).

Em conclusão, o inventário apresentado (QACS) faz um resumo adequado dos comportamentos relacionados com a saúde e as doenças que está de acordo com o que a investigação em geral tem mostrado nomeadamente o clássico Estudo Alameda (Brekman & Breslow, 1983). Ela é de passagem rápida, e é útil tanto para a avaliação como para a utilização em programas de intervenção na promoção da saúde ou na prevenção das doenças.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6.^a ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Armstrong, D. (1988). Historical origins of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 8-21). Oxford: Oxford University Press.
- Belloc, N. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Craig, A., Hancock, K., & Craig, M. (1996). The Life Style Appraisal Questionnaire: A comprehensive assessment of health and stress. *Psychology and Health*, 11, 331-343.
- Dawis, R. V. (1987). Scale construction. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (4), 481-489.
- Dillman, D. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley & Sons.
- Henson, R. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates: A conceptual primer on coefficient alpha. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 34, 177-189.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York: Collier Macmillan Publishers.
- Kelman, H. (1974). Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. *American Psychologist*, 29, 310-324.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69 (11), 1142-1145.
- Mechanic, D., & Cleary, P. D. (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Morris, J., Heady, J., Raffle, P., Roberts, C., & Parks, J. (Nov. 21, 1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. *The Lancet*, 1053-1118.
- Norman, R. (1985). Studies of the interrelationships among health behaviours. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 407-410.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Adaptação do Self-perception profile for college students à população portuguesa: sua utilização no contexto da psicologia da saúde. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 129-138). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 2 (2), 77-99.
- Trunstall-Pedoe, H. (1992). Value of the Dundee coronary risk-disk: A defense. *British Journal of Medicine*, 305, 231-232.
- WHO (1986). *Young people's health – a challenge for society*. World Health Organization Technical Report Series, 731. Geneva: World Health Organization.

WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Palavras-chave: Estilo de vida, comportamento de saúde, avaliação do comportamento de saúde.

RESUMO

O Estilo de Vida ou Wellness está associado à saúde e às doenças. O presente estudo desenvolve um questionário para avaliar o estilo de vida em áreas decisivas para uma boa saúde. O questionário inclui 28 itens distribuídos por categorias cinco categorias e é inspirado no questionário desenvolvido por Hettler em 1982. O questionário está organizado como uma lista de comportamentos (rating scale) em vez de como uma escala. Participaram no estudo 609 indivíduos saudáveis que constituíram uma amostra de conveniência, e que preencheram voluntariamente um questionário anônimo e confidencial. O estudo das qualidades do questionário enquanto medida mostram que possui propriedades adequadas enquanto medida de comportamentos relacionados com a saúde e com as doenças, é uma medida breve e útil para ser utilizada, quer em estudos de investigação quer de intervenção em programas de promoção da saúde ou de prevenção de doenças.

ABSTRACT

The life style or wellness is associated with health and disease. The present study aims to develop a questionnaire to assess health behaviour or lifestyle related with good health. The questionnaire includes 28 items distributed through five categories, inspired in the 1982 study of Hettler. The items constitute a list of behaviours (rating scale) and not a scale. Participants are a convenience sample of 609 healthy individuals, which fulfil the questionnaire voluntarily, in an anonymous and confidential way. The study of the questionnaire as a measure show that it constitutes a brief measure of health related behaviour useful to be used in research and programmes of health promotion and disease prevention.

Key words: Life style, health behaviour, assessment of health behaviour.

ANEXO

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

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

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico 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.