

Universidades Lusíada

Silva, Tânia Sofia Marques da

**Preditores psicossociais do estilo de vida de
estudantes universitários : o papel do bem-estar
subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia**

<http://hdl.handle.net/11067/2803>

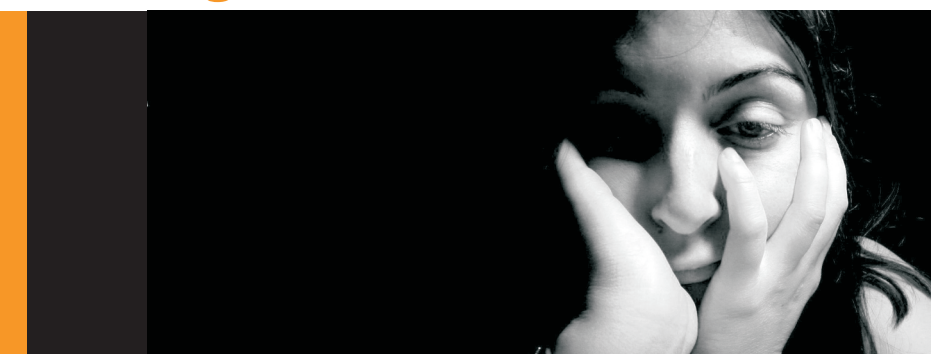
Metadados

Data de Publicação	2011
Resumo	<p>A investigação científica acerca dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior tem conhecido um aumento significativo num período mais recente. O crescente contributo da investigação científica na área dos factores relacionados com determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida dos jovens-adultos é imprescindível na delimitação de estratégias adequadas de promoção e protecção da saúde, nos mais diversos domínios de intervenção. Neste sentido, a presente investigação tem por ...</p> <p>The research about life style of university students has been growing significantly in these early years. The contribution of the researchers related to the health behavior determinants and life style of young adults is the main point of the health promotion and protection in is various ways. The aim of this study was to examine the influence of subjective well-being and self-efficacy in the life style of university students. Therefore, we used a convenience sample of 148 university students. Th...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Psicologia social, Teste psicológico : Escala de satisfação com a vida - SWLS, Teste psicológico : Escala de afecto positivo e afecto negativo - PANAS, Comportamento social
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-01T14:15:02Z com informação proveniente do Repositório

PREDITORES PSICOSSOCIAIS DO ESTILO DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS
O Papel do Bem-estar Subjectivo, Auto-Conceito e Auto-eficácia

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



PREDITORES PSICOSSOCIAIS DO ESTILO DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS
O Papel do Bem-estar Subjectivo, Auto-Conceito e Auto-eficácia

Tânia Sofia Marques da Silva

PORTO 2010



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto



Tânia Sofia Marques da Silva



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



**PREDITORES PSICOSSOCIAIS DO ESTILO
DE VIDA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**
O Papel do Bem-estar Subjectivo, Auto-Conceito e Auto-eficácia

Tânia Sofia Marques da Silva

PORTO 2010

ORIENTAÇÃO:
Prof.^a Doutora Susana Fernandes



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto



PANTONE 151 C

C: 0

M: 48

Y: 95

K: 0

RESUMO

A investigação científica acerca dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior tem conhecido um aumento significativo num período mais recente.

O crescente contributo da investigação científica na área dos factores relacionados com determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida dos jovens-adultos é imprescindível na delimitação de estratégias adequadas de promoção e protecção da saúde, nos mais diversos domínios de intervenção. Neste sentido, a presente investigação tem por objectivo principal avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários. Para o efeito recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por 148 estudantes universitários a prosseguir estudos na Universidade Lusíada do Porto.

Com vista à concretização do nosso objectivo, delinearão-se três hipóteses de investigação. Na primeira hipótese, prevê-se que estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciem um melhor estilo de vida; a hipótese 2, prevê que o auto-conceito seja um preditor do bem-estar subjectivo, e por fim, na terceira hipótese prevê-se que a auto-eficácia seja um preditor significativo de um melhor estilo de vida.

O estudo empírico de acordo com Ribeiro, (1999) pretende ser analítico (os dados são analisados através de correlações estatísticas entre as variáveis) e transversal (a recolha de dados ocorre num só momento).

Os principais resultados revelaram que os estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciam um melhor estilo de vida; o auto-conceito revelou ser um preditor significativo do bem-estar subjectivo; e a auto-eficácia surge como preditora de um melhor estilo de vida.

Este estudo pretende ser um contributo no conhecimento dos factores relacionados com os determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida, numa tentativa de conhecer e explicar quais os componentes essenciais na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças junto dos jovens-adultos.

Abstract

The research about life style of university students has been growing significantly in these early years. The contribution of the researchers related to the health behavior determinants and life style of young adults is the main point of the health promotion and protection in is various ways. The aim of this study was to examine the influence of subjective well-being and self-efficacy in the life style of university students. Therefore, we used a convenience sample of 148 university students. This study accordingly with Ribeiro, (1999) pretends to be analytical e transversal (the data will be analyzed with statistical correlations). In order to measure the variables we used a Social Demographic Questionnaire: The Satisfaction with Life Scale; The Positive and Negative Affects Scale; Self-Concept from Vaz Serra and the Life Style Questionnaire. The results of the study shown that university students with higher subjective well-being had a better life style, also the self seems to be a predictor of the subjective well-being and, at least, the self-efficacy is a predictor of a better life style. This study pretends to be a contribute to the research of the factor related to health behavior and life style and attempts to explain which factors are related with health protection and promotion between young adults.

Agradecimentos

À orientação da Professora Doutora Susana Fernandes, pelos conhecimentos transmitidos, e não menos importante, pelo optimismo e confiança sempre demonstrada no decurso desta investigação.

À Universidade Lusíada do Porto, pelo consentimento de recolha de dados junto dos alunos desta instituição.

Aos alunos participantes nesta investigação, pela disponibilidade, interesse e empenho em colaborarem na recolha dos dados, sem as quais o mesmo não seria possível.

A todos os professores que generosamente colaboraram no contacto estabelecido com os alunos.

À minha família, pelo que são na minha vida e pelo suporte e motivação para continuar.

Ao Eduardo pela forma com que sempre transforma o meu e o seu projecto, no mesmo projecto de vida.

Aos colegas deste percurso académico que também partilharam da construção da sua tese, pelas sugestões e solidariedade de um mesmo percurso.

Índice

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Índice

Lista de Tabelas

INTRODUÇÃO	11
Parte I- Enquadramento Teórico	14
Capítulo I- O Desenvolvimento Psicossocial do Jovem-Adulto	17
1- O Desenvolvimento Psicossocial do Jovem-Adulto	19
1.1- Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson	23
1.2- Teoria do Desenvolvimento Psicossocial do jovem-adulto de Chickering	26
1.3- Modelo Teórico-empírico de Levinson	29
1.4- O Desenvolvimento Cognitivo segundo Piaget	33
Capítulo II- Factores Psicossociais e Estilo de Vida nos Estudantes Universitários	39
2.1- Psicologia positiva	40
2.2- Bem-estar Subjectivo.....	41

2.2.1-Teorias acerca do bem-estar subjectivo	47
2.3- Auto-Conceito	49
2.3.1- Perspectivas teóricas acerca do Auto-Conceito	52
2.3.1.1- Modelo Multidimensional do Auto-Conceito	55
2.4- Auto-eficácia	57
2.4.1- Auto-eficácia, auto-conceito e auto-estima	61
Capítulo III- Estilo de Vida dos Estudantes Universitários	65
3.1- Estilo de Vida e Saúde	66
3.1.1- Estilo de vida dos alunos do ensino superior	69
3.1.2- Estilo de vida como Ideologia, Cultura – Socialização	72
Capítulo IV- Modelos de mudança do comportamento	75
4.1- A Mudança do Comportamento	76
4.1.1- Teoria da Motivação Protectora.....	77
4.1.2- Teoria da Cognição Social	80
4.1.3- Teoria do Comportamento Planeado	82
4.1.4- Modelo de Crenças de Saúde	85
Parte II- Enquadramento Empírico	90
Capítulo V- Metodologia	91
5.1- Questões de investigação	93

5.2- Hipóteses de investigação.....	93
5.3- Variáveis estudadas	94
5.4- Procedimentos formais e éticos de recolha de dados	94
5.5- Participantes	95
5.5.1- Caracterização sócio-demográfica.....	95
5.6- Instrumentos	95
5.6.1- Questionário sócio-demográfico.....	97
5.6.2- Instrumentos utilizados para avaliar o Bem-estar	
Subjectivo	98
5.6.2.1- Escala de Satisfação com a Vida - SWLS	98
5.6.2.2- Escala de Afecto Positivo e Escala de Afecto	
Negativo – PANAS	99
5.6.3- Instrumento utilizado para avaliar a Auto-Eficácia e o Auto-	
Conceito.....	101
5.6.3.1- Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra - ICAC	
1985/1986	101
5.6.4 - Instrumento utilizado para avaliar o Estilo de Vida	
5.6.4.1- Adaptação do “Questionário de Estilos de Vida” de	
Pacheco, (2005) por Pacheco, (2008)	102
5.7- Procedimentos estatísticos	102
Capítulo VI – Apresentação e Análise de dados.....	104

6.1- Caracterização Psicossocial da Amostra	105
6.2- Resultados dos Testes de Hipóteses	108
Capítulo VII – Discussão dos Resultados	112
7.1- Discussão dos Resultados	113
7.1- Limitações metodológicas	123
Considerações Finais	125
Referências Bibliográficas	
ANEXOS	
Lista de Quadros	
Quadro 1 - Vectores de Desenvolvimento do Jovem Adulto.....	27
Quadro 2 - As fases do desenvolvimento adulto segundo Levinson	31
Quadro 3 - Representação do Modelo Multidimensional do Auto-Conceito.....	56
Quadro 4 - Teoria da Motivação Protectora.....	78
Quadro 5 - Pirâmide do comportamento, de acordo com a Teoria Social – Cognitiva	80
Quadro 6 - A Teoria do Comportamento Planeado	83
Quadro 7 - Modelo de Crenças de Saúde.....	86
Quadro 8 - Modelo de Crenças de Saúde com a introdução de duas novas variáveis	88

Listagem de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sócio-demográfica dos participantes (N=148)	96
Tabela 2- Média e Desvio Padrão para a Escala de Satisfação com a Vida, e subescalas <i>PA</i> e <i>NA</i> da PANAS	105
Tabela 3- Média e Desvio Padrão para Bem-estar Subjectivo estandardizado (ZBES)..	106
Tabela 4- Média e Desvio Padrão para ICAC	107
Tabela 5- Média e Desvio Padrão para a Auto-eficácia	107
Tabela 6- Média e Desvio Padrão para o Estilo de vida	108
Tabela 7- Correlações entre variáveis, utilizando o teste de Pearson	109
Tabela 8- Correlação entre Bem-estar subjectivo e Estilo de vida,	109
Tabela 9- Correlação entre Auto-conceito e Bem-estar subjectivo	110
Tabela 10- Regressão Linear relativa às variáveis Auto-conceito e Bem-estar subjectivo	110
Tabela 11- Correlação entre Auto-eficácia e Estilo de vida, utilizando o teste de <i>Pearson</i>	111
Tabela 12- Regressão Linear relativa às variáveis Auto-eficácia e Estilo de Vida (N=148)	111

Listagem de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado da Administração

Anexo 2 – Instrumentos de Avaliação

INTRODUÇÃO

Em detrimento da crescente preocupação com a adopção de comportamentos orientados para a saúde, tem-se assistido ao desenvolvimento de uma vasta gama de conhecimentos sobre promoção da saúde e estratégias preventivas (DiClemente, et al, 1996).

O estudo da saúde tem por objectivo último a promoção e protecção da saúde dos indivíduos e das populações. É neste contexto que a Psicologia pode ser chamada a dar o seu contributo, dedicando-se à compreensão dos factores psicossociais associados à saúde e à doença (Matarazzo, 1980).

A investigação de factores susceptíveis de influenciar a adesão a comportamentos protectores da saúde e estilos de vida saudáveis assume-se como um desafio para as sociedades ocidentais. Neste sentido, os estilos de vida têm assumido um papel central no que diz respeito à construção da saúde, na medida em que, se reconhece que um estilo de vida saudável promove uma vida com mais qualidade.

Nesta linha de investigação, autores como Bech, Gudex, & Johansen, (1986), concluíram que à menor disrupção do estilo de vida, melhor estado de saúde e maior satisfação com a qualidade de vida e com a vida em geral, está associado um elevado nível de Bem-Estar. No mesmo sentido, as investigações de Simões e colaboradores (2001) e a literatura de um modo geral (Diener *et al.*, 1999; Simões *et al.*, 2000) consideram a saúde como um dos factores preditivos mais eficazes do bem-estar subjectivo. Assim, associado ao conceito de Saúde (Terris, 1975; O'Donnel, 1986), o Bem-estar subjectivo emerge como um conceito central da Psicologia Positiva, compreendendo as avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem acerca da sua vida. De realçar o facto de em Portugal a sua investigação ser restrita, contudo, considera-se um campo de estudo em expansão.

O auto-conceito e a auto-eficácia, são variáveis clássicas em psicologia mas, à semelhança do que acontece com toda a investigação da relação entre variáveis psicológicas e saúde/doença, só recentemente se iniciou o estudo da sua relação com a doença e, mais raramente, com a saúde. A inclusão do auto-conceito e da auto-eficácia em investigações orientadas para o conhecimento dos factores que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis, prende-se com o reconhecimento do poder explicativo do auto-conceito no que diz respeito ao comportamento, à consistência desse mesmo comportamento, e ainda, à possibilidade de efectuar um certo grau da sua previsão (Burns, 1986). Neste sentido, atende-se ao pressuposto de que, as crenças de auto-eficácia influenciam a adopção de comportamentos orientados para saúde, a cessação de comportamentos indesejados e a manutenção das mudanças comportamentais, correspondendo a um alto grau de auto-eficácia efeitos positivos em todos os aspectos da vida (Serra, 1988).

Em Portugal, até ao momento, a investigação realizada no sentido de se apurarem os interesses e práticas saudáveis em estudantes do ensino superior tem sido escassa e pontual, nesta medida, é de particular interesse a realização de investigações em contexto do ensino superior que concretizem este objectivo.

As instituições de Ensino Superior têm-se assumido como um contexto privilegiado para o estudo da forma como a transição para a vida adulta se processa, com efeito, os estudantes do Ensino Superior têm sido protagonistas da fase do desenvolvimento humano do jovem-adulto (Rebelo, 2002).

Neste sentido, a investigação que realizamos, teve como propósito avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários, pretendendo ser um contributo na área de investigação do estilo de vida, de forma a melhor conhecer os componentes essenciais na promoção e protecção

da saúde e na prevenção das doenças junto dos jovens-adultos, mais especificamente junto dos estudantes de ensino superior.

Deste modo, na primeira parte deste trabalho iremos situar em termos teóricos o nosso estudo, fazendo paralelamente uma revisão de literatura sobre o tema que nos propomos investigar. Na segunda parte, descreveremos a componente metodológica que serve de base a esta investigação, referindo-nos particularmente aos aspectos relacionados com os participantes da amostra, instrumentos utilizados, procedimento, apresentação de resultados e respectiva discussão. Por fim, seguir-se-ão as limitações metodológicas e a conclusão integrativa.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A primeira parte deste trabalho procura fazer uma breve revisão da literatura acerca dos factores psicossociais (bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia) e estilo de vida dos estudantes do ensino superior, que sustentam a investigação que será apresentada por se acreditar estarem envolvidos nos processos de desenvolvimento, promoção e de manutenção da saúde.

Neste contexto, pretende-se numa primeira parte deste trabalho (Capítulo I) conceptualizar a transição para a vida adulta como uma etapa distinta do desenvolvimento humano, assim abordar-se-á numa perspectiva integradora e multidisciplinar, alguns dos grandes modelos teóricos que ajudam a sustentar e compreender o que é ser um jovem adulto, a especificidade do estudante do ensino superior e por conseguinte, as respectivas asserções gerais na caracterização desta faixa etária considerada pertinente na compreensão do contexto onde se desenrola a investigação apresentada.

O Capítulo II procura abordar alguns factores psicossociais: bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia em estudantes do ensino superior, por se acreditar estarem envolvidos nos processos de desenvolvimento, promoção e de manutenção da saúde.

Num primeiro ponto será abordado o auto-conceito, enquanto constructo amplamente estudado, no que concerne à sua relação e influência numa multiplicidade de conceitos.

Num ponto seguinte será considerado o conceito de auto-eficácia, a sua pertinência nesta investigação vai de encontro às inúmeras pesquisas que consideram a auto-eficácia como principal preditor do envolvimento do sujeito nas aprendizagens e da modificação cognitiva do comportamento.

O conceito de estilo de vida será considerado no Capítulo III, enquanto componente essencial na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças abrange uma série

de comportamentos: higiene do sono, socialização, consumo de substâncias, padrões de exercício físico e ainda hábitos alimentares.

Por fim, no Capítulo IV consideramos alguns modelos de mudança do comportamento, considerados pertinentes para esta investigação, na medida em que auxiliam na identificação de variáveis que se acreditam estar fortemente relacionadas com a prática de comportamentos saudáveis, bem como, a compreender os determinantes internos e externos dos comportamentos de saúde.

Seguidamente será apresentada uma breve revisão da literatura acerca do período do desenvolvimento do jovem-adulto e adulto.

CAPÍTULO I

O Desenvolvimento Psicossocial do Jovem-Adulto

O estudo do desenvolvimento do jovem-adulto tem sido alvo de grande interesse por parte comunidade científica. Vários têm sido os autores que se debruçam sobre a forma como se processa a transição para a vida adulta. Com efeito, o contexto das instituições de Ensino Superior tem-se assumido como um contexto privilegiado para o estudo não só dos processos de adaptação, aprendizagem, e desenvolvimento humanos, mas também para o estudo do processo de transição para a vida adulta. O Ensino Superior é assim entendido, como um período situado entre a adolescência e a vida adulta que permite aos jovens adultos prepararem-se para o assumir dos poderes e responsabilidades da vida adulta. Neste sentido, os estudantes do Ensino Superior têm-se assumido como protagonistas desta fase do desenvolvimento humano, sendo mesmo para alguns autores, o que justificou o surgimento desta fase do jovem-adulto (Arnett, 2004).

Consideramos que o uso da expressão jovem-adulto nesta investigação, seria adequado e representativo de um período transitório com características próprias entre a adolescência e a vida adulta, embora a designação dos indivíduos situados nesta fase de vida ainda não esteja claramente definida na literatura do desenvolvimento humano: Sheehy (1976) fala da “Década da experimentação”, Levinson (1986) utiliza o termo “Entrada na vida adulta”, Gould (1978) refere-se á “Adultez noviça”, Keniston (1968) ao referir-se a esta fase de vida intermédia entre a resolução das questões da adolescência e o assumir dos papéis da vida adulta, propõe o termo “Juventude” para designar este período.

Neste sentido, destinamos este capítulo à apresentação de uma breve revisão da literatura da psicologia do desenvolvimento, pretendendo abordar alguns dos modelos de desenvolvimento que sustentam as mudanças do ser humano operadas ao longo da vida, em especial no que se refere a esta fase do jovem-adulto.

1- O Desenvolvimento Psicossocial do Jovem-Adulto

À luz da teoria, abandonar a adolescência e assumir papéis e tarefas adultas, é um desafio para todos os jovens. Numa primeira abordagem, o período da idade adulta parece caracterizar-se pela estabilidade, ajustamento de capacidades, atitudes e habilidades anteriormente apreendidas, sendo a vida diária do adulto resultante da aplicação de todas as competências adquiridas ao longo da vida.

Se a adolescência é caracterizada por profundas transformações físicas, cognitivas e sócio-emocionais, na juventude, o jovem-adulto é chamado à consolidação das tarefas desenvolvimentais da adolescência e ao assumir de novas tarefas e mudanças quer no domínio cognitivo, pessoal como relacional. Definir um projecto de vida, desenvolver planos e estratégias para atingir a independência financeira, coordenar trabalho, actividade e vida social, adquirir maior capacidade para analisar a sua trajectória, são tarefas e papeis que assumem agora uma maior complexidade.

Vários autores postulam nos seus estudos que, na entrada na idade adulta as mudanças ao nível do pensamento, comportamento e personalidade devem-se mais aos acontecimentos pessoais, sociais e culturais do que à idade cronológica ou a mudanças biológicas específicas (Craig, 1992; Neugarten, 1982).

As exigências culturais colocadas aos jovens (definição pessoal, responsabilidade, desempenho de papéis e estatuto reconhecidos pela sociedade) demarcam-se claramente da adolescência, implicando que sejam desenvolvidos novos padrões comportamentais (Craig, 1992). É uma etapa de decisões importantes e de resolução de problemas (Eccles, Templeton, Barber & Stone, 2003; Tavares et al., 2006).

Tradicionalmente era assumido pela literatura que concluir os estudos, inserir-se no mercado de trabalho, sair da casa dos pais, casar e ter filhos eram acontecimentos

representativos desta transição (Graber & Dubas, 1996). Actualmente, o mesmo já não é tão evidente, a questão de saber como se processa a transição para a vida adulta e quando se inicia é uma questão complexa, que permanece ainda em aberto. O desenvolvimento das sociedades modernas em detrimento das fortes mudanças ocorridas quer ao nível social, político, económico, familiar, científico e tecnológico, têm vindo a alterar-se, retardando cada vez mais a entrada na vida adulta (Arnett, 2004).

No intuito de contribuir na identificação dos aspectos que caracterizem a transição para a idade adulta, alguns investigadores, procuraram avaliar a forma como os jovens conceptualizam a transição para a vida adulta. Arnett (1997), num estudo com estudantes do Ensino Superior, verificou que os critérios mais invocados pelos jovens na transição para esta fase de vida eram relativos aos aspectos do individualismo e da independência. Estudos recentes têm demonstrado resultados distintos. Actualmente a investigação sugere que os jovens parecem conceber a transição para a vida adulta mais em termos psicológicos do que em termos sociais, e de uma forma mais gradual e individualista do que os seus predecessores (Arnett, 2004).

Arnett (2004), defende que nas últimas décadas surgiu uma nova fase de vida, que na generalidade varia dos dezoito anos até aos trinta anos de idade. É uma fase distinta que precede a adolescência, seguindo-se a do jovem adulto. Para o mesmo autor, este é um período distinto da adolescência e não pode ser entendido como um prolongamento da mesma, nem encarado como idade adulta, pois muitos destes jovens não se sentem como tal.

De facto não poderá recorrer-se exclusivamente à idade para demarcar o término da adolescência e a entrada na vida adulta, a partir da revisão da literatura diferentes autores tendem, convencionalmente, a conceber a adolescência como um período que vai dos doze

aos dezassete/dezoito anos de idade, enquanto que a entrada na vida adulta cobriria os anos posteriores (Coleman & Husen, 1990).

Numa tentativa de ultrapassar este obstáculo vários autores recorrem ao conceito de maturidade (Hoffman, Paris & Hall, 1994). Contudo, este gera alguma ambiguidade no que concerne á definição da entrada na vida adulta, pelo que, diversos autores têm proposto diferentes definições do constructo, procurando clarificar as diferentes dimensões da maturidade. De um modo geral, a maturidade tem sido entendida como um processo contínuo ao longo do desenvolvimento, um processo cumulativo e dinâmico ao longo do desenvolvimento, um processo de adaptação contínua às expectativas e responsabilidades de um meio em constante mudança (Hoffman, et al., 1994; Whitbourn & Weinstock, 1979).

Sendo um conceito complexo, definir a entrada na vida adulta é conseqüentemente difícil, não só porque diferentes indivíduos podem apresentar níveis de maturidade distintos, como o mesmo indivíduo pode apresentar níveis diferentes em áreas distintas do desenvolvimento.

Para Okun (1984, cit. por Turner & Helms, 1990), os indivíduos podem apresentar diferentes níveis de desenvolvimento em áreas de vida distintas, considerando assim cinco dimensões da maturidade: um *self* com sentido e propósito de vida; capacidade de estabelecer relações íntimas; capacidade de assumir as responsabilidades e conseqüências dos seus actos, ser capaz de renunciar a objectivos irrealistas; lidar com a frustração e os desapontamentos da vida adulta; gerir diferentes papéis de vida quer no âmbito familiar como no profissional.

Em suma, a vida adulta tem sido entendida como uma fase de estabilidade, sendo essa estabilidade entendida como uma característica de maturidade. Contudo, para outros autores, nesta fase ocorrem várias transições e transformações e por isso não pode ser de

forma alguma uma etapa de estabilidade. Independentemente das especificidades conceptuais e das tarefas desenvolvimentais propostas pelos diferentes autores, é consensual que a fase do jovem-adulto é pautada por tarefas desenvolvimentais cada vez mais complexas, intimamente relacionadas com as experiências, relações e contextos que integram a trajectória desenvolvimental dos indivíduos.

Seguidamente, será efectuada uma abordagem de alguns dos modelos teóricos que sustentam o desenvolvimento humano, com especial enfoque no período do jovem-adulto, procurando-se contribuir para um melhor conhecimento nesta temática que caracteriza o contexto desta investigação.

A compreensão da idade adulta processa-se pela abordagem de alguns modelos teóricos, de um modo geral todos os autores fazem referência às etapas de desenvolvimento ao longo da vida. Contudo, alguns teóricos postulam que a idade cronológica é um marco importante na definição da sequência desenvolvimental (Erikson, 1968,1982; Piaget, 1976, 1977). Outros teóricos, defendem que os adultos se desenvolvem ao longo de uma sequência de estádios independentes da idade cronológica, concebendo o desenvolvimento como um contínuo, hierarquicamente organizado, progredindo em níveis de complexidade.

Apesar da discordância em torno da idade e da forma como se processa esta transição, é comumente aceite a existência de mudanças qualitativas para uma nova etapa de vida.

1.1- Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson

De entre os teóricos desta matéria Erikson revolucionou a psicologia do desenvolvimento, a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial tem-se destacado de entre as várias teorias sobre o desenvolvimento do jovem adulto.

Embora influenciado por Freud, Erikson conceptualiza o desenvolvimento como um processo que decorre ao longo de todo o ciclo de vida e que consiste na resolução progressiva de conflitos inevitáveis entre as necessidades do indivíduo e as exigências da sociedade. Para o autor, o percurso existencial de cada indivíduo desenvolve-se em torno da construção de um sentimento de identidade, sendo apologista da teoria dos estádios e a existência em cada um destes de uma crise psicossocial ou conflito, ao interrogar-se sobre a sua identidade em cada um dos estádios, o indivíduo alcança uma resposta diferente. Em cada estádio os indivíduos devem cumprir uma tarefa diferente para transitarem para o estádio seguinte.

Para Erikson (1968, 1982) o desenvolvimento da intimidade sucede o da identidade. A resolução bem sucedida deste conflito, implica que os jovens tenham adquirido um sentido coerente e integrado do *self*, o que, por sua vez, traduz o envolvimento em processos activos de exploração de si e do mundo, de revisão do seu passado, análise do presente e projecção no futuro. E, com base nesta exploração, tenham realizado, opções firmes no domínio vocacional, ideológico e interpessoal das suas vidas, que garantam não só a existência de objectivos de vida, mas também, a emergência da fidelidade. É a diferenciação do *self* que potencia os alicerces fundamentais de uma relação íntima, a partilha e a interdependência, quer se tratem de relações amorosas ou de amizade. Ainda a propósito da intimidade como tarefa nuclear da juventude, Pager (1995) considera que a adolescência e a adultez trazem aumentos dramáticos nas capacidades e

oportunidades para o desenvolvimento de relações íntimas, estas capacidades e oportunidades aumentadas estão intimamente relacionadas com mudanças desenvolvimentais ao nível de preocupações ou interesses, necessidades e exigências do jovem adulto.

De acordo com o modelo de Erikson, a entrada na vida adulta caracteriza-se pela resolução das questões da identidade (dos 13 aos 18 anos) e pelo confronto com as questões da intimidade (dos 18 aos 34 anos).

Segundo o autor, é na adolescência, entre os 13 e os 18 anos de idade, que ocorre o conflito *identidade vs confusão*. Durante este período, o adolescente tende a tornar-se cada vez mais independente, reflecte sobre o seu futuro ao nível profissional e pessoal, e procura explorar várias possibilidades de forma a construir a sua identidade baseando-se nos resultados das suas próprias vivências. Se esta fase não for bem sucedida, um sentimento de confusão sobre si próprio e sobre o mundo que o rodeia pode comprometer o seu desenvolvimento.

A 6^a, 7^a idade a que o autor faz referência, jovem-adulto e adulto, respectivamente são as fases que caracterizam a “entrada na vida adulta”. Para o autor, a 6^a idade corresponde ao jovem-adulto, sendo o conflito típico a *Intimidade vs. Isolamento*. Nesta fase, o jovem adulto prepara-se para estabelecer laços sociais caracterizados pelo bem-estar, amizade, partilha e confiança. A intimidade requer que o sentimento de identidade pessoal facilite o relacionamento com outrem numa base de compromissos, alteração de hábitos, e mesmo, de aceitação de sacrifícios. A dificuldade em estabelecer relacionamentos íntimos contribui para que as pessoas se fechem em si, e permaneçam no isolamento. Assim, a *intimidade* deve incluir um sentido de conexão e mutualidade com o outro com o qual o indivíduo está capaz e deseja partilhar muito do que de mais pessoal e

íntimo possui e é. O desenvolvimento da intimidade é a tarefa nuclear da adultez na proposta teórica de Erikson (1968).

As virtudes desenvolvidas nesta idade são o *amor* e a *afiliação*, o indivíduo está capaz de se comprometer com uma relação mesmo que tal signifique abdicar de interesses pessoais e fazer sacrifícios para a construção e consolidação da mesma. No entanto, como em todas as crises desenvolvimentais da teoria de Erikson, também esta pode ser resolvida pelo lado negativo. O que significa, que o indivíduo em vez de assumir a intimidade, coloca-se numa condição de *isolamento* dos outros, muito frequentemente quando se sente ameaçado por eles e pelo que significa o tornar-se íntimo.

Na 7ª idade, correspondente á do adulto, o conflito típico é *Generatividade vs. Estagnação*. O termo generatividade foi criado por Erikson e designa o compromisso do adulto em relação ao futuro e à nova geração. A afirmação pessoal do adulto é desenvolvida através das preocupações com os jovens, o seu bem-estar e o desejo de contribuir para um mundo melhor. As virtudes adquiridas neste estágio são a produção e a ajuda aos outros.

Segundo o autor, a descentração progressiva do *eu*, típica da fase de construção da identidade, permite um avanço em relação aos outros e o confronto com as questões da intimidade.

Em suma, a tarefa do jovem adulto parece ser a integração crescente numa sociedade ampla e variada, a consolidação da individualização ou diferenciação do *self* iniciada na adolescência com a construção da identidade; autonomia, expansão da rede de relacionamentos evidenciando progressiva capacidade para a intimidade em termos de amizade e amor.

1.2- Teoria do Desenvolvimento Psicossocial do jovem-adulto de Chickering

Chickering (1969,1993), parte da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson e adoptando os seus conceitos nucleares desenvolve um modelo que se tem destacado pelo seu poder descritivo e explicativo, de um conjunto de outras teorias recentes sobre o desenvolvimento do jovem adulto, tendo uma acentuada validade empírica em estudantes universitários (White & Hood, 1989).

Para o autor, o desenvolvimento psicossocial do jovem adulto processa-se ao longo de uma estrutura de sete *vectores* (vector sugere dinamismo), por ordem sequencial de tarefas psicossociais, conforme se pode observar no Quadro 1: 1. *Desenvolver o sentido da competência*; 2. *Gerir as emoções*; 3. *Desenvolver a autonomia em direcção à interdependência*; 4. *Desenvolver as relações interpessoais*; 5. *Desenvolver a identidade*; 6. *Desenvolver o sentido da vida*; 7. *Desenvolver a integridade*.

O primeiro vector diz respeito ao *desenvolvimento da competência* intelectual, ou seja, à aquisição de conhecimento, desenvolvimento de competências de pensamento crítico, capacidade para análise e à capacidade de síntese e de criação de ideias. Pressupõe o desenvolvimento da competência física e manual, a realização atlética ou artística, a auto-disciplina, e a capacidade criativa. Por fim, implica o desenvolvimento do sentido da competência interpessoal/social, compreender as preocupações e motivações dos outros, trabalhar eficazmente em grupo, ser cooperante e saber comunicar com os outros.

O vector 2, referente á capacidade de *dominar as emoções* pressupõe a consciencialização e expressão das emoções e a sua integração (auto-controlo ou libertação das emoções, diferenciação e complexificação dos estados emocionais).

Quadro 1 – Vectores de Desenvolvimento do Jovem Adulto. (Adaptado de Tavares et al., 2007).

Vector	Principais características no jovem-adulto
Desenvolver o sentido de competência	Articulação de três grupos de competências: intelectuais, físicas/motoras e interpessoais.
Gerir as emoções	Consciencialização, integração e flexibilização do controlo emocional.
Desenvolver a autonomia em direcção à interdependência	Desenvolvimento de estratégias promotoras da autonomia, quando confrontado com situações estranhas – aquisição de maturidade.
Desenvolver a identidade	Processo complexo e multifactorial resultante da integração de novas experiências, sensações, sentimentos, emoções e valores.
Desenvolver as relações interpessoais	Capacidade de desenvolver relações interpessoais mais estáveis e próximas, através da tolerância, do respeito e da aceitação das diferenças individuais.
Desenvolver o sentido da vida	Formulação de planos de acção, tomadas de decisão e estabelecimento de prioridades pessoais e profissionais, num sentido cada vez mais preciso e autónomo.
Desenvolver a integridade	Aumento da capacidade para lidar com a relatividade inerente aos valores – interiorização de um conjunto de valores reguladores do comportamento do jovem estudante.

Por sua vez, o vector 3 diz respeito ao *desenvolvimento da autonomia* nos mais diversos domínios: autonomia emocional (ausência da necessidade constante de segurança, afecto ou aprovação, emancipação em relação aos pais, redução da dependência em relação aos pares), autonomia instrumental (ser capaz de executar actividades por iniciativa própria e ser auto-suficiente na resolução de problemas), e por fim o reconhecimento da interdependência (reconhecimento e aceitação da dependência relativa, acréscimo de responsabilidade relativamente a si, aos outros e às coisas).

O quarto vector, pressupõe o *desenvolvimento das relações interpessoais*, empatia e sinceridade, tolerância, aceitação e respeito pelas diferenças individuais e culturais, o desenvolvimento de relações de intimidade significativas e comprometidas.

O vector 5, diz respeito á capacidade para *desenvolver a identidade*, integrar as diversas facetas da experiência individual, negociar uma auto-imagem estável e realista, e ainda experiências diversas e experimentação de papéis em domínios relevantes ao nível da tomada de decisão e o reconhecimento das preferências e das realizações mais significativas.

No vector 6, o indivíduo deve ter capacidade de *desenvolver ideais e metas*, desenvolver estilo pessoal de vida, interesses, formalizar planos de acção, e ainda de hierarquizar objectivos de vida quer no plano familiar como no plano profissional.

Por fim o vector 7, referente ao *desenvolvimento da integridade* pressupõe capacidade para encarar a relatividade dos valores, bem como a personalização dos valores enquanto guias flexíveis do comportamento pessoal e a congruência entre os valores, as crenças e o comportamento pessoal.

Estes vectores distribuem-se em 2 áreas nucleares: área intrapessoal (competência intelectual, emoções, identidade, integridade) e área interpessoal (competências sociais, autonomia e interdependência).

Segundo esta teoria, a tarefa de desenvolvimento principal dessa etapa do ciclo vital (o ponto de viragem para a adultícia) é o desenvolvimento da *identidade*, sendo que para o alcançar é necessário a superação dos vectores anteriores (Chickering & Reisser, 1993).

Apesar de Chickering e Reisser (1993) considerarem que os diferentes vectores se tendem a organizar de forma mais ao menos sequenciada, consideram igualmente a possibilidade de se registarem reformulações na resolução de cada vector, prevendo que em qualquer etapa do desenvolvimento, os indivíduos podem envolver-se em processos de reavaliação das questões previamente resolvidas, assumindo novos compromissos.

O desenvolvimento psicossocial processa-se por ciclos de diferenciação e integração, que actuam a partir do processo de interacção que o jovem estabelece com os

diferentes contextos sociais em que se insere. Para o autor, estes vectores atingem a sua plenitude durante a frequência do ensino superior, dependendo de factores psicológicos, biológicos e sociais. Chickering e Reisser (1993), consideram que o desenvolvimento psicossocial será mais eficaz se o ambiente académico for estimulante, diversificado e desafiante. Neste sentido, o ensino superior deve facilitar o desenvolvimento global do jovem-adulto (valores, competências sociais, equilíbrio afectivo-emocional) e não apenas promover a transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento cognitivo. O contexto do ensino superior influencia o desenvolvimento psicossocial do estudante, desde a organização curricular, às práticas pedagógicas e ao processo de avaliação.

Apesar dos contributos da teoria de Chickering (1969; Chickering & Reisser, 1993) para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante do Ensino Superior serem inegáveis, algumas críticas são apontadas ao modelo, no que concerne à falta de precisão e especificação dos comportamentos e atitudes que definem cada um dos sete vectores de desenvolvimento preconizados (Schuh, 1994; Ferreira & Hood, 1990).

1.3- Modelo Teórico-empírico de Levinson

O modelo de Levinson (Levinson *et al.*, 1978; Levinson, 1986) centra-se nas fases de desenvolvimento dos indivíduos ao longo da vida e no conjunto de temas que caracteriza cada uma dessas fases. Esta abordagem perspectiva o desenvolvimento humano como um todo, composto pelo desenvolvimento individual, familiar e profissional.

Para Levinson (1978, 1980), o desenvolvimento adulto é caracterizado quer por períodos de mudança, quer por períodos de estabilidade, que articuladamente permitem a construção da *estrutura de vida*. A estrutura de vida individual é um conceito utilizado por Levinson *et al.* (1978), com o qual os autores pretendem designar o estilo de vida num

determinado momento. Neste sentido, a estrutura de vida é composta por diversos elementos: a ocupação profissional, as relações de amizade, a família, o desenvolvimento pessoal e os diversos papéis desempenhados nos vários contextos sociais, sendo que evolui através de uma sequência ordenada de fases ou períodos estáveis que, por sua vez, alternam com períodos de transição (que modificam a estrutura de vida). Envolve uma sequência de períodos diferentes, orientados pelas decisões que cada indivíduo toma ao longo da fase adulta. Aos períodos de transição sucedem-se momentos de integração, a que correspondem mudanças na estrutura do indivíduo, na forma como se vê a si próprio, ao mundo e aos outros. Nestes períodos de transição, os papéis que o indivíduo desempenha assumem uma importância crucial, não só pela forma como o indivíduo encara esses mesmos papéis, mas também pelas expectativas sociais acerca dessas mesmas tarefas.

Levinson (1986), partindo desta descoberta contradiz a ideia de que os indivíduos se desenvolvem a ritmos muito diferentes. Para o autor, apenas quando se perspectiva o desenvolvimento adulto em termos da evolução da respectiva estrutura de vida é que é possível verificar que os períodos seguem uma sequência determinada que está relacionada com idades específicas. Apesar dos períodos de desenvolvimento estarem relacionados com a idade, Levinson faz notar que a ocorrência de cada período, e o tipo de tarefas a ele associadas, pode variar com as condições biológicas, psicológicas e sociais da vida de um indivíduo.

Levinson e os seus colaboradores (1978), baseando-se no modelo de Erikson desenvolveram o Modelo Teórico-empírico, postulando que todo o desenvolvimento normal é sequenciado pelos mesmos níveis e praticamente com a mesma cadência entre indivíduos. Neste sentido, os autores enfatizam a primeira etapa do desenvolvimento adulto, a era do jovem-adulto, que subdividiram em três períodos distintos: “transição para a idade adulta” (17-22 anos), “entrada no mundo adulto” (22-28 anos) e “transição para os

30 anos” (28-33 anos). No Quadro 2 poderá observar-se as fases do desenvolvimento adulto defendidas por Levinson.

Quadro 2 – As fases do desenvolvimento adulto segundo Levinson (Adaptado de Arnold, 1997)

Fases do desenvolvimento adulto	Tarefas centrais
Fase de transição para o início da vida adulta (idade 17-22)	Separação financeira e emocional dos pais, experimentação dos papéis de adulto
Entrada no mundo adulto ou noviciado (idade 22-28)	Um período relativamente estável em que o indivíduo necessita de obter o equilíbrio adequado entre as possibilidades de exploração de alternativas de vida e a criação de uma estrutura de vida estável
Fase de transição (idade 28-33)	Reavaliação das circunstâncias de vida estimulada pelo reconhecimento de que se quaisquer mudanças de longo prazo forem feitas, terão que o ser rapidamente
Fase de estabelecimento (idade 33-40)	O indivíduo clarifica o “sonho” de como deseja viver a sua vida e torna-se num adulto completo, que procura tornar o sonho em realidade
Fase de transição para a meia-idade (idade 40-45)	Reavaliação frequentemente estimulada por alterações físicas do indivíduo, pela existência de pais dependentes ou dos filhos que crescem, e pelo facto de ser possível verificar se o sonho foi ou não alcançado. Esta fase pode ser experimentada como um período de crise, e pode levar os indivíduos a fazerem mudanças drásticas na sua vida
Entrada na meia-idade (idade 45-50)	Implementação de nova estrutura de vida e do estilo de vida que se consideram apropriados dadas as decisões tomadas na transição para a meia-idade

Levinson (1978) defende que é entre os 18 e 22 anos, que os jovens procuram a sua autonomia e objectivos de vida. Os objectivos que determinam para si, orientam não só os esforços e as suas escolhas na esfera pessoal, como também no domínio vocacional. Nesta fase os jovens-adultos tendem a reavaliar o mundo e o seu papel nele, tornando-se cada vez mais independentes da protecção e autoridade parental.

Posteriormente, entre os 22 e 28 anos, procuram a organização do seu percurso profissional e a estabilidade das relações pessoais, considerando-se ser este o momento de “entrada no mundo adulto”. Nesta fase, os objectivos tendem a ser cada vez mais

específicos para que possam ser realizados. Estes objectivos devem orientar as suas escolhas, para que a tomada de decisões importantes tenha como finalidade o início da construção de uma estrutura de vida.

Com cerca de 30 anos, os indivíduos reflectem sobre as escolhas que realizaram, sobre os seus objectivos de vida. Esta fase é caracterizada pelo auto-questionamento, pela reflexão acerca das escolhas realizadas e objectivos de vida, e de confrontação com limitações da primeira fase da estruturação da vida.

Para os autores, a era do jovem-adulto é caracterizada por um período durante o qual os jovens resolvem os conflitos da adolescência, procuram conquistar um lugar produtivo na sociedade, e comprometem-se com um estilo de vida.

Na transição para a terceira década de vida, os indivíduos entram numa nova fase onde a partir da avaliação do seu padrão de vida, procuram realizar novas escolhas que ultrapassem os défices identificados. Nesta fase, a consolidação da carreira assume-se como principal objectivo e os indivíduos concentram-se no desenvolvimento de competências e no aprofundamento de novas experiências.

Outro aspecto importante a reter na análise desta problemática, é o facto de cada indivíduo protagonizar uma história e um processo único de desenvolvimento ao longo da vida adulta. Cada indivíduo parece protagonizar um processo individual de desenvolvimento, reagindo de forma distinta não só a diferentes tipos de mudanças, como ao mesmo tipo de mudança, ocorrendo em diferentes momentos de vida.

1.4- O desenvolvimento Cognitivo segundo Piaget

Piaget é referência obrigatória quando falamos no desenvolvimento humano, apesar de a sua teoria incidir mais no período que vai desde o nascimento até ao começo da vida adulta.

Para o autor, o desenvolvimento intelectual, processa-se por etapas sucessivas em que as estruturas intelectuais se desenvolvem progressivamente. Cada novo estágio representa uma forma de equilíbrio cada vez maior, que permite uma adaptação mais adequada às circunstâncias e uma interacção entre o sujeito e o mundo, feita através da assimilação e da acomodação. Estes dois mecanismos possibilitam a construção das novas estruturas ou esquemas, sendo inicialmente esquemas de acção que quando interiorizados transformam-se em esquemas operatórios.

Para Piaget, o desenvolvimento pode ser explicado em torno de diferentes factores, como a hereditariedade, a maturação interna. O desenvolvimento da inteligência ocorre pelo intercâmbio constante entre a criança e o meio.

Piaget distingue quatro estádios de desenvolvimento: o estágio da inteligência sensório-motora, o estágio das representações pré-operatórias, o estágio das operações concretas e por fim, o estágio das operações formais. No estágio da inteligência sensório-motora, desde o nascimento até aos 2 anos, a criança não é capaz de se distinguir dos objectos que a rodeiam, não compreende as relações entre os objectos independentemente dela. Em vez de palavras e conceitos, a criança serve-se de percepções e movimentos organizados em esquemas de acção. Durante estes dois anos, ao nível da acção, a criança constrói noções fundamentais, como a noção de objecto permanente e a de causalidade. No final deste período, a criança já é capaz de compreender a permanência do objecto, mesmo quando é escondido em sítios diferentes. Aos 18 meses, o bebé já é capaz de estabelecer

uma causalidade egocêntrica, ligada à acção própria, caracterizada pela ausência de relações objectivas entre o meio e o fim a atingir.

O estágio das representações pré-operatórias, dos 2 aos 7 anos, é marcado pelo aparecimento da função simbólica, que assinala o início do pensamento. A função simbólica é a capacidade de criar símbolos para substituir ou representar os objectos e de lidar mentalmente com eles. A linguagem, a imagem mental e o jogo simbólico são manifestações da função simbólica. A linguagem permite à criança comunicar com os outros, contudo, neste período a criança é muito egocêntrica, pelo que o diálogo é inexistente, mesmo quando brinca com outras crianças, pois fala para si sem se interessar pelas respostas dos outros. A este propósito, devemos falar de monólogo colectivo, em vez de diálogo. O jogo simbólico também é marcado pelo egocentrismo, pois a criança torna o real no real dos seus desejos, transformando os objectos naquilo que quer. A esta capacidade da criança chamamos realismo.

A emissão de palavras significa que a criança já possui imagens mentais. Piaget fala a este respeito de pré-conceitos, na medida em que a criança, não dispendo ainda de esquemas de generalização, é incapaz de distinguir com nitidez “todos” de “alguns”. Neste período, os esquemas de acção são substituídos por esquemas de representação, assinalando o início da inteligência representativa ou pensamento. Nesta altura, a criança manifesta curiosidade por aquilo que a rodeia, mas interpreta as coisas sempre em função de si, o que torna o pensamento incipiente e altamente egocêntrico.

O pensamento que começa neste período apresenta as seguintes características: o antropomorfismo, que se refere à visão animista ou antropomórfica da criança, característica deste período, a criança concebe as coisas como vivas e dotadas de intenção e sentimentos, à semelhança do que se possa com os seres humanos. Apesar de já possuir inteligência representativa, a causalidade que atribui aos objectos é de natureza finalista.

Nesta fase da vida, os pré-conceitos permitem à criança produzir inferências, que contudo não são do tipo indutivo nem do tipo dedutivo. O raciocínio da criança procede por vaga analogia associativa. Isto significa que criança vai recorrer a uma generalização ainda imprecisa e sem controlo, a este tipo de raciocínio, Piaget designa raciocínio transductivo.

O raciocínio dedutivo é também próprio desta fase da vida da criança, a criança avalia a quantidade pela percepção do espaço ocupado, ou seja, pela configuração global, sem se deter na análise das relações entre os objectos.

No estágio das operações concretas, dos 7 aos 11 anos, as estruturas intuitivas transformam-se num sistema de relações de tipo operatório, o que significa que as acções interiorizadas ou acções mentais que já se manifestam no período precedente tornam-se agora reversíveis e designam-se por operações. Ainda neste período, adquirirá a conservação de peso e de volume e a noção de inclusão em classes. A confusão entre “todos” e “alguns”, característica dos períodos anteriores, tende, portanto, a desaparecer. Contudo, as estruturações lógicas apresentam ainda algumas limitações. As operações são concretas, recaindo directamente sobre os objectos e situações actuais, não sendo ainda capaz de raciocinar sobre situações hipotéticas.

No estágio das operações formais, dos 11 aos 15 anos, desenvolve-se a inteligência formal, que significa a entrada num domínio novo que é o do pensamento puro. Assim, nesta fase, o adolescente é capaz de raciocinar sobre hipóteses abstractas, ou seja, proposições enunciadas verbalmente, ou através de outros símbolos, a partir dos quais se efectuam os encadeamentos típicos da lógica formal. Desta forma, o adolescente já é capaz de raciocinar dedutivamente a partir de hipóteses, mas também é capaz de formular hipóteses para resolver um problema, as quais compara de forma sistemática na experiência, até encontrar a solução explicativa mais adequada. Ao mesmo tempo, surge

também a possibilidade de compreender princípios abstractos, demonstrando uma grande abertura a conceitos científicos e filosóficos a que não demonstrava qualquer interesse em fases anteriores. Esta nova capacidade para pensar abstractamente, leva o adolescente a fazer da sua própria reflexão um objecto sobre o qual pode reflectir. Esta atitude reflexiva é imbuída de um novo egocentrismo intelectual que se manifesta na convicção de que o seu pensamento está apto a resolver todos os problemas e de que se as suas ideias são indubitavelmente as melhores. O jovem actua como se os outros e o mundo tivessem que se organizar em função dos seus pontos de vista, que apresenta e defende por via lógico-argumentativa. Nesta fase, o adolescente é capaz de se colocar na perspectiva do outro, atingindo um novo equilíbrio eu-mundo.

Para Piaget, ao atingir esta fase, o indivíduo adquire a sua forma final de equilíbrio, ele consegue alcançar o padrão intelectual que persistirá durante a idade adulta. O que não se traduz numa estagnação das funções cognitivas, como enfatiza Rappaport (1981), "... esta será a forma predominante de raciocínio utilizada pelo adulto. O seu desenvolvimento posterior consistirá numa ampliação de conhecimentos tanto em extensão como em profundidade, mas não na aquisição de novos modos de funcionamento mental".

Ao nível cognitivo, alguns autores (Perry, 1970, 1981; Brookfield, 1995, 1998) consideram que o pensamento formal não é o último estágio de desenvolvimento cognitivo.

Piaget deu bastante ênfase à lógica matemática na resolução de problemas, considerando essa capacidade lógica como necessária e inerente ao pensamento formal. No entanto, verifica-se que a cognição na vida adulta está muito mais ligada a questões pragmáticas da vida real, e que os adultos geralmente procuram aprender de forma a resolver problemas da sua vida quotidiana (Smith, 1988; Knapper e Cropley, 1985). Neste sentido, é necessário considerar que a cognição na vida adulta 'conhece' outro tipo de

operações para além das operações formais, ainda que o contributo de Piaget nesta matéria seja notório. A propósito da descrição sobre o desenvolvimento cognitivo no jovem adulto, Papalia e colaboradoras (2006) destacam o pensamento pós-formal. Para os autores, ainda que o pensamento pós-formal não seja limitado a qualquer período específico da idade adulta, parece adequado para as tarefas complexas, para os múltiplos papéis e para as escolhas e os desafios desorientadores da meia-idade, uma vez que permite usar a experiência pessoal, a lógica, a emoção e a intuição para responder a problemas complexos. Neste sentido, o pensamento pós-formal parece ser mais flexível, aberto, adaptativo e individualista, possibilitando aos adultos transcenderem um sistema lógico único para conciliar ou seleccionar ideias ou exigências em conflito, cada uma válida dentro da sua própria perspectiva.

Em suma, as operações pós-formais na vida adulta acentuam o pragmatismo na resolução de problemas da vida real, a possibilidade de múltiplas soluções, a coexistência entre a relatividade do pensamento e a universalidade do mesmo.

Conclusão

Compreender o desenvolvimento ao longo da vida tem constituído um desafio para a Psicologia. A vida adulta, mais especificamente a fase do jovem-adulto, assume-se como um período desenvolvimental de profunda especificidade e complexidade, caracterizado por transformações de ordem familiar, vocacional, profissional, cognitiva, sexual, ideológica e étnica (Rebelo, 2002). Neste sentido, a frequência universitária tem sido entendida como um momento de transição de vida, em que os jovens-adultos são chamados

a construir uma estrutura mais complexa e adaptada aos desafios do mundo do trabalho (Rebelo, 2002).

Ao abordar o desenvolvimento do jovem-adulto, os resultados podem seguir duas perspectivas: uma organização cronológica ou uma organização temática. Neste sentido, uma das dificuldades da psicologia do desenvolvimento do adulto, prende-se com o facto de se revelar metodologicamente difícil conseguir estabelecer fases ou etapas na vida adulta.

Ao longo deste capítulo procuramos abordar algumas das teorias que focam o desenvolvimento do jovem-adulto, tendo por objectivo último o conhecimento das especificidades desta fase de desenvolvimento que caracteriza a população alvo desta investigação. Seguidamente, serão abordados alguns dos factores psicossociais (bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia) que se acreditam estarem envolvidos nos processos de desenvolvimento, promoção e de manutenção quer dos estilos de vida como da saúde.

CAPÍTULO II

Factores Psicossociais e Estilo de Vida dos Estudantes Universitários

O presente capítulo procura abordar os factores psicossociais: bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia em estudantes do ensino superior, por se acreditar estarem envolvidos nos processos de desenvolvimento, promoção e de manutenção da saúde.

Iniciamos o capítulo com a conceptualização teórica e considerações importantes na compreensão do constructo de bem-estar subjectivo, bem como, da pertinência da sua inclusão nesta investigação.

Seguidamente são abordadas alguns aspectos relativos ao auto-conceito, no que concerne à sua relação e influência numa multiplicidade de conceitos, procurando-se compreender de que forma é que se tem revelado um dos determinantes mais poderosos do comportamento.

O capítulo finaliza com alguns aspectos relativos ao conceito de auto-eficácia, procurando esclarecer a sua influência nos vários aspectos da vida, como principal preditor do envolvimento do sujeito nas aprendizagens e na modificação cognitiva do comportamento.

2.1- Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva tem vindo a assumir-se como um importante campo de estudos no domínio da Psicologia Contemporânea. Os interesses até então centrados em emoções negativas, debilidades e doença agrupam-se num novo foco de investigação, pressupondo o cultivo do que há de melhor na vida humana, as forças e as potencialidades humanas. Na Psicologia Clínica focada essencialmente em conduzir os indivíduos de um estado negativo, para um estado neutro, normal, surge um campo de investigação emergente designado Psicologia Positiva, cujo foco da investigação está orientado para a dimensão positiva da Saúde Mental.

Neste sentido, Martin Seligman, em 1998, entende que a Saúde Mental deveria ser mais do que a ausência de perturbação mental, definindo como objectivo para a American Psychological Association (APA), no ano da sua presidência, a procura activa do que faz as pessoas se sentirem preenchidas, envolvidas e significativamente felizes. Na sequência do seu trabalho e da criação de prémios monetários para a investigação científica realizada nesta área surgem inúmeras investigações sobre a Felicidade, o Optimismo, as Emoções Positivas e os Traços de Personalidade mais saudáveis (Wallis, 2005).

Neste contexto de investigação o Bem-estar subjectivo emerge como um conceito central da Psicologia Positiva, associado ao conceito de Saúde e que se generalizou à Saúde Mental (Terris, 1975; O'Donnel, 1986), suscitando um novo grupo de pesquisas com foco em emoções positivas, até então realizadas de maneira muito escassa. Este progresso científico têm a intenção de complementar e equilibrar o conhecimento acerca das experiências humanas, e não de substituir ou reduzir o importante contributo e conhecimento das perturbações humanas, como defendem Seligman e outros psicólogos positivos pioneiros, «psicologia positiva não é um substituto de tudo o que foi desenvolvido antes, mas um complemento e uma extensão dos estudos anteriores» (Seligman, 2002).

2.2- Bem-estar Subjectivo

O Bem-estar subjectivo é uma dimensão positiva da saúde, referente às avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem acerca da sua vida, compreendendo a felicidade, infelicidade, bem como a satisfação com a saúde e outras áreas específicas (Diener & Fujita, 1997).

Neste sentido, a satisfação com a vida, em conjunto com a afectividade positiva e negativa constituem indicadores distintos, embora complementares, de um constructo mais amplo definido como o bem-estar subjectivo. A satisfação com a vida pode ser entendida como a avaliação que o indivíduo faz das suas condições de vida em geral, da sua qualidade de vida como um todo, mais do que em relação a dimensões específicas. Tratando-se, essencialmente, de uma avaliação cognitiva do desenvolvimento pessoal face a objectivos e expectativas globais, a satisfação com a vida remete para uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e as ideais, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo (Diener *et. al.*, 1985; Diener *et. al.*, 1999). Para grande parte dos autores, a satisfação com a vida constitui um dos indicadores de um funcionamento psicológico positivo.

Neste sentido, o bem-estar subjectivo tem sido entendido como uma vasta categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo.

Para Diener (1984), o conceito de Bem-estar é subjectivo por ser um constructo tripartido que varia de acordo com a experiência individual, incluindo a avaliação global de todos os aspectos da vivência pessoal, pressupondo medidas positivas e não apenas a ausência de factores negativos.

Diener (2000) refere que “as pessoas têm um abundante Bem-Estar Subjectivo, quando sentem muitas emoções positivas e poucas emoções negativas, quando estão envolvidas em actividades interessantes, quando vivenciam muitos prazeres e poucos sofrimentos e quando estão satisfeitas com as suas próprias vidas.

O Bem-Estar Subjectivo é definido por Sirgy (2002), define o como um estado afectivo duradouro, que é composto por três componentes: a experiência acumulada de Afecto Positivo em domínios da vida salientes; experiência acumulada de Afecto Negativo em domínios da vida salientes; e avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes.

Para Diener, Suh, & Oishi (1997), o Bem-Estar Subjectivo está, estruturado em torno de três componentes primários que formam um factor global: satisfação, afecto positivo e baixos níveis de afecto negativo. Cada um dos três componentes pode ser subdividido. A satisfação com a vida global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes podem ser divididos em várias facetas. O afecto positivo pode ser dividido em emoções tais como alegria, afeição e orgulho e o afecto negativo pode ser dividido em emoções negativas como vergonha, culpa e tristeza.

Para a comunidade científica é consensual de que se trata de um amplo conceito que inclui a experienciação de emoções agradáveis, baixos níveis de humor negativo e grande satisfação de vida. As experiências positivas que se incorporam no bem-estar subjectivo são o principal conceito de psicologia positiva.

Diener & Fujita (1997) consideram que as pessoas que evidenciam elevado bem-estar subjectivo apresentam uma tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva. Assim, o modo como a pessoa se vê a si própria em termos de aceitação social, eficácia, maturidade psicológica e actividade ou iniciativa poderá exercer influência sobre o bem-estar.

Autores como Diener, Suh, Lucas, e Smith (1999) definem o Bem-Estar como uma área de estudo em vez de um constructo específico. Segundo estes, o Bem-Estar é uma variável ampla que exige cuidado na comparação com outras variáveis, mais do que uma

variável restrita. Os autores referem a necessidade de verificar se o constructo é verdadeiramente diferente dos constructos que inclui ou com os quais se relaciona.

Diener, Suh, e Oishi (1997), designam três características cardinais do Bem-Estar Subjectivo, enquanto campo de estudo. Em primeiro lugar, o campo de estudo cobre todo o espectro do Bem-Estar, não foca apenas os estados indesejáveis, mas as diferenças individuais nos níveis de Bem-Estar Positivo. O campo de estudo está interessado nos factores que diferenciam as pessoas ligeiramente felizes, das moderadamente felizes e das extremamente felizes. A segunda característica preconiza que o Bem-Estar Subjectivo é definido em termos das experiências internas do indivíduo, não se impondo critérios ou avaliações externas. Embora muitos critérios de Saúde Mental sejam ditados do exterior, por investigadores ou clínicos, o Bem-Estar Subjectivo é medido a partir da perspectiva do próprio indivíduo. Deste modo, o campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo diferencia-se da Psicologia Clínica tradicional. A terceira característica define que o campo de estudo foca estados de Bem-Estar Subjectivo de longo termo, não apenas o humor momentâneo. Frequentemente, o que pode fornecer Felicidade num momento pode não ser o mesmo que produz o Bem-Estar Subjectivo de longo termo. Embora o humor dos indivíduos possa flutuar em função dos eventos de vida, o investigador do Bem-Estar Subjectivo está interessado no humor ao longo do tempo e não apenas em emoções passageiras (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

Em detrimento da utilização do conceito de Bem-Estar em diversas áreas da Psicologia e conseqüentemente da quantidade de investigação produzida, emerge a necessidade de separação de duas perspectivas distintas mas complementares: o Bem-Estar Psicológico e o Bem-Estar Subjectivo (Novo, 2003).

Vários autores, notaram que o conceito de Bem-Estar Subjectivo tem sido usado com pouco rigor relativamente às suas distinções conceptuais e operacionais (Campbell,

Converse, & Rogers, 1976). Os estudos mais actuais continuam a pretender demonstrar, e a contribuir para a consistência do conceito, consequência possível do apelo de alguns investigadores à necessidade de rigor e integração do conceito (Diener, 1984).

Embora com uma história recente o conceito de Bem-Estar Subjectivo e as suas dimensões têm atraído a atenção da comunidade científica. Diener (1984) refere que mais de 700 estudos sobre o Bem-Estar Subjectivo apareceram entre 1968 e 1983. Lucas, Diener, e Suh (1996) identificam que desde 1980 a investigação sobre os factores antecedentes e correlacionados com o Bem-Estar Subjectivo tem estado particularmente activa.

Wilson (1967) propôs-se estudar duas hipóteses do Bem-Estar, onde relacionou os conceitos de Satisfação e de Felicidade numa perspectiva *Bottom Up* e *Top Down*. Para o autor, na primeira hipótese a Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, e a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade. Na perspectiva *Top Down*, o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros factores.

Em Portugal, a investigação sobre o Bem-Estar Subjectivo é ainda restrita, contudo, o Bem-Estar Subjectivo parece ter sedimentado o seu terreno, de modo que se considera um campo de estudo em expansão. Neste âmbito destacam-se os trabalhos de revisão sobre o Bem-Estar Subjectivo de Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos, e Oliveira (2000), sobre a Qualidade de Vida, de Pais Ribeiro (1994, 2002, 2004), e sobre a Felicidade, de Oliveira (2000). De realçar, as investigações realizadas com adultos de diversas idades e nações (Diener & Diener, 1995; Diener & Suh, 2000; Pavot & Diener, 1993). E ainda, os estudos de Arteché & Bandeira, (2003); Diener et al. (2004); Smith *et al.* (1999); Baltes e Mayer, (1999); Myers, (2000); e Simões *et al.* (2001) que encontraram

nos seus resultados uma tendência para a generalidade dos indivíduos apresentarem níveis satisfatórios de afectividade positiva e afectividade negativa.

Nesta linha de investigação, autores como Suh, Diener, Oishi, & Triandis, (1998) demonstraram que os afectos positivos e negativos prediziam a satisfação com a vida, encontrando fortes correlações entre a afectividade e a satisfação com a vida. Outros autores, (Bech, Gudex, & Johansen, 1986) encontraram uma correlação significativa entre bem-estar e estilo de vida, defendendo que um nível elevado de bem-estar está associado à menor disrupção do estilo de vida, melhor estado de saúde e maior satisfação com a qualidade de vida e com a vida em geral. Autores como Gomes & Ribeiro (2001), encontraram nos seus estudos uma relação estreita entre o Auto-Conceito e o Bem-Estar.

Para avaliar o bem-estar subjectivo têm sido utilizados questionários de auto descrição, entendendo-se que ao ser um constructo subjectivo referente à avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (aspecto cognitivo), quer em termos das suas relações emocionais positivas e negativas (aspecto afectivo), o indivíduo é um informador privilegiado das suas experiencias de bem-estar subjectivo.

Os instrumentos mais utilizados têm sido a *Escala de Satisfação com a Vida* (*SWLS - Satisfaction with the Life Scale*, Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985), na avaliação da componente cognitiva, e a *Escala de Afecto Positivo e Afecto Negativo* (*PANAS - Positive and Negative Affect Schedule*, Watson, Clarck & Tellegen, 1988), na avaliação da componente afectiva.

Os instrumentos de medida do bem-estar subjectivo têm sido apreciados com qualidades psicométricas adequadas (Diener *et al.*, 1999). Contudo, pesar das qualidades psicométricas nomeadas, outros investigadores referem que a avaliação do bem-estar subjectivo pode estar sujeita a enviesamentos (Diener *et al.*, 1999), devido quer aos estados

de espírito dos respondentes no momento em que respondem ao questionário, bem como à ordem pela qual são colocados os itens (Schwartz & Strack, 1999). Ainda assim, têm sido utilizados outros instrumentos na avaliação do bem-estar subjectivo.

Tomando o bem-estar subjectivo como uma categoria vasta de fenómenos procedemos, de seguida, à abordagem das várias teorias explicativas do constructo.

2.2.1- Teorias acerca do bem-estar subjectivo

O desenvolvimento científico no domínio do bem-estar subjectivo tem originado o aparecimento de inúmeras teorias. Neste ponto, centramo-nos no período mais recente, em que a Psicologia Clínica vem abraçar o conceito de Bem-Estar Subjectivo, no contexto da chamada Psicologia Positiva.

As teorias que sustentam o constructo de bem-estar subjectivo subdividem-se nas teorias base-topo (*bottom-up*) e nas teorias topo-base (*top-down*). A tendência actual da investigação é para privilegiar a abordagem *topo-base* (DeNeve & Cooper, 1998). Na teoria *base-topo*, o bem-estar subjectivo é considerado como efeito cumulativo de experiências positivas em vários domínios específicos da existência. O indivíduo avalia a sua satisfação global com a vida realizando um cálculo mental de soma dos elementos. Estes elementos seriam constituídos por parcelas, como sendo as satisfações particulares experienciadas em cada um dos vários domínios. Uma vida agradável seria constituída pelo mero acumular de momentos agradáveis ou experiências positivas em vários domínios específicos da existência (Simões et al., 2000). Neste sentido, esta perspectiva assume que as circunstâncias objectivas da vida seriam os principais preditores do bem-estar subjectivo (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995). Numa fase inicial as investigações neste domínio centraram-se na averiguação das influências dos factores bio-sociais e sócio-

demográficos, tais como a idade, sexo, o nível socioeconómico (Larson, 1978; Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Por sua vez, as teorias *topo-base*, defendem a existência de uma tendência global para experienciar os acontecimentos de modo positivo, sendo que essa inclinação influencia o modo e o momento como os indivíduos interagem entre si e com o mundo. Neste sentido, qualquer experiência poderá ser objectivamente agradável ou desagradável, satisfatória ou insatisfatória, dependendo da interpretação que o sujeito lhe atribuir.

Em suma, na abordagem *base-topo*, o bem-estar subjectivo é encarado como o efeito, enquanto que, na abordagem *topo-base* é considerado como uma causa (Simões *et al.*, 2000).

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000) falam do modelo tripartido do Bem-Estar constituído em três componentes inter-relacionados mas separados: *a satisfação com a vida global, o afecto positivo e o afecto negativo*. A satisfação com a vida global diz respeito à avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo. O afecto positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse), enquanto que, o afecto negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade).

Considera-se assim, que o bem-estar subjectivo, representa a avaliação que as pessoas fazem da sua vida, quer em termos de satisfação com a mesma (aspecto cognitivo), quer em termos das suas relações emocionais positivas e negativas (aspecto afectivo). Deste modo, as pessoas que demonstram Bem -Estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

Em suma, o bem-estar subjectivo permite compreender o modo como as pessoas avaliam as suas vidas, quer em relação aos juízos relativos à satisfação com a vida quer em

relação à análise das reacções afectivas, sejam elas positivas e/ou negativas. A experiência não é objectivamente agradável ou desagradável, satisfatória ou insatisfatória, mas sim dependente da interpretação que o sujeito faz dela (Diener, 1984).

No ponto que se segue, dedicamos atenção ao constructo do auto-conceito.

2.3- Auto-Conceito

O auto-conceito é um constructo amplamente estudado pelo que tem suscitado um grande interesse na comunidade científica. Acredita-se que pessoas que evidenciam um elevado auto-conceito, fazem auto-avaliações mais positivas, evidenciam uma percepção integrada e sem distorções do mundo e de si próprias, assim um auto-conceito positivo, realista e consistente poderá reflectir-se em manifestações de segurança e não de ameaça pelos acontecimentos de vida.

O aumento dos estudos sobre o auto-conceito, tem permitido alargar o conhecimento sobre este constructo psicológico, bem como, relacioná-lo com outras variáveis, e ainda fomentar a construção de instrumentos para a sua avaliação. Para Serra (1988), o auto-conceito revela-se útil como elemento preditor, dando-nos a noção da continuidade e da identidade do ser humano no tempo, ajudando-nos a conhecer e a prever os seus comportamentos, independentemente de eventuais influências do meio ambiente.

A importância do estudo do auto-conceito prende-se com o seu carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos domínios da existência, é uma configuração organizada da percepção do *Self*. É multidimensional, inclui domínios como, o *Self* académico, o *Self* social, o *Self* espiritual e o *Self* físico.

A génese do auto-conceito encontra-se ligada a quatro ordens de factores (Serra, 1988): a apreciação dos outros sobre o comportamento do sujeito; a forma como ele age em situações específicas e a recordação que tem desse desempenho; a comparação do seu próprio comportamento com o do grupo social de pertença e o confronto do comportamento individual com os valores instituídos por um grupo normativo, em suma, a forma como o indivíduo considera a sua conduta face a uma moral.

O termo Auto-conceito relaciona-se com as crenças que um indivíduo mantém sobre ele próprio quanto a características pessoais, sociais, relações, crenças conscientes, história pessoal, e quanto ao corpo (Leary, 1995, cit. por Junkin 2007). Pode ser examinado como a parte da personalidade que é consciente, que inicia e dirige a acção e o comportamento (Sahajpal & Ralte, 2000, cit. por Junkin, 2007). Também, pode ser representativo da dimensão cognitiva do desenvolvimento da personalidade que implica um processo contínuo sob o efeito da integração de informação ambiental em estruturas de conhecimento pré-existentes.

Assim, em todas as fases da vida, o Auto-conceito de um indivíduo é continuamente modificado à medida que surgem novas experiências, sendo avaliadas para se proceder à aceitação ou rejeição (Lachman & Bertrand, 2001, cit. por Junkin, 2007).

Enquanto o Auto-conceito de um indivíduo implica crenças ou pensamentos sobre ele próprio, a Auto-estima relaciona-se com a avaliação dessas mesmas crenças e pensamentos (Leary, 1995, cit. por Junkin 2007).

De um modo geral, o auto-conceito é definido como a percepção ou representação que o indivíduo tem de si próprio, esta definição do constructo é congruente com as perspectivas teóricas sobre o auto-conceito (Shavelson et al, 1976). Um dos determinantes mais poderosos do comportamento é o conceito que o indivíduo tem de si mesmo. Se o

indivíduo se percebe como competente e capaz, será um factor que certamente se irá reflectir no seu comportamento.

Para Burns (1986), o auto-conceito é composto por representações acerca do que o indivíduo pensa que é, do que pensa que consegue realizar, do que pensa que os outros pensam dele e também de como gostaria de ser. De um modo geral, o auto-conceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Nesta medida, Serra (1988), salienta como constituintes do auto-conceito: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal.

Carl Rogers, humanista, acredita na capacidade natural de auto-realização do indivíduo. O autor defende que a pessoa tenta racionalmente organizar a sua vida para atingir os objectos pretendidos. A pessoa é autónoma e capaz de se desenvolver, se afirmar, se auto dirigir e desfruta de um potencial de crescimento pessoal e de uma orientação positiva (Rogers, 1983).

Dentro do campo fenomenológico está o *self*. O *self* não é uma entidade estável, imutável. No entanto, se for observado num dado momento, prece ser estável. O *self real* corresponde á visão que a pessoa tem de si mesmo, já o *self ideal* é o conjunto das características que o indivíduo mais gostaria de poder reclamar como descritivas de si mesmo. Existe maturidade e ajustamento quando há congruência entre o organismo e o *self*. O *Self* é uma estrutura do campo fenomenal conhecido como auto-imagem que significa o conjunto de crenças que cada indivíduo possui sobre a sua natureza, as suas qualidades singulares e o seu comportamento característico, é a imagem mental de si mesmo, é um conjunto de auto-percepções.

Para Rogers a Auto-Imagem é o conceito que temos de nós próprios mas que nem sempre se assemelha à realidade e muitas vezes os indivíduos têm a tendência para

distorcer a realidade criando uma auto imagem mais positiva e favorável mas que não se adequa á realidade. O nome da terapia de Rogers expressa a sua visão da personalidade humana. Ao colocar a responsabilidade para a melhora na pessoa/cliente e não no terapeuta, Rogers assumia que as pessoas seriam capazes, consciente e racionalmente de mudar os próprios pensamentos e comportamentos do indesejável para o desejável. Carl Rogers é mais conhecido pela sua popular abordagem da psicoterapia denominada de terapia centrada na pessoa.

Para Serra (1986), o auto-conceito esclarece-nos sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações, bem como nos leva a perceber aspectos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento. Permite-nos, ainda, compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo. Para o autor é um constructo influenciado por vários factores: aceitação/rejeição social, auto eficácia, maturidade psicológica e impulsividade - actividade.

Para autores como Burns, (1979) e Harter, (1989), o desenvolvimento do auto-conceito não se regista a partir de um momento específico, para estes autores, cada indivíduo tem imensas percepções sobre si e é ao longo do processo de desenvolvimento da criança, que esta se vai apercebendo das suas diferentes características, em graus de clareza diferentes.

2.3.1- Perspectivas teóricas acerca do Auto-Conceito

De forma a compreender a importância do estudo do auto-conceito, serão tidas em conta diferentes perspectivas teóricas para a sua análise. Pretende-se qualificar este

constructo através de quatro paradigmas: diferencial, comportamental, cognitivo-social e o desenvolvimental que por sua vez integra a perspectiva psicodinâmica e a perspectiva cognitivo- desenvolvimental (Teixeira, 1993). O paradigma diferencial valoriza as desigualdades dos diferentes tipos de auto-conceito e da sua variação em função de outras variáveis tais como o grupo de pertença. Neste seguimento, Veiga (1990, cit. por Teixeira, 1993) refere que não podemos falar apenas de um único auto-conceito mas sim de vários auto-conceitos, que de acordo com os diversos factores, assumem em cada indivíduo, um grau de importância diferente.

Relativamente ao paradigma comportamental, este considera que o que deve ser valorizado é o que pode ser observável e, como tal, o estudo do auto-conceito é algo que não é considerado científico, por não poder ser concretizado e por não se poder traduzir em observações comportamentais (Teixeira, 1993). Por sua vez, o paradigma cognitivo-social, defende que o comportamento resulta não só da influência social mas também de aspectos cognitivos, mais concretamente da percepção que o indivíduo tem acerca dos estímulos externos. Contudo, a formação do auto-conceito não é resultado directo das experiências, mas sim da interpretação que o sujeito faz de tudo aquilo que o rodeia, bem como das avaliações que os seus significativos produzem (Shavelson & Bolus, 1982).

Por último, o paradigma desenvolvimental não estuda o auto-conceito em si, mas sim que tipo de mudanças ocorrem nas estruturas e que permitem a diferenciação do indivíduo. Ou seja, este paradigma estuda as várias etapas do auto-conceito ao longo da vida. No que respeita ao modelo psicodinâmico, inserido dentro deste paradigma, valoriza aquilo que é inconsciente e tudo aquilo a que o indivíduo não consegue aceder directamente, dando assim menos importância aos aspectos experienciais e às auto-percepções conscientes (Teixeira, 1993).

Relativamente ao modelo cognitivo-desenvolvimental, este defende que a

capacidade de o sujeito se conhecer a si próprio e ao mundo passa por várias etapas traduzindo-se em mudanças quer a nível dos processos quer a nível dos conteúdos (Teixeira, 1993).

Os modelos apresentados, bem como as primeiras abordagens sobre o auto-conceito não eram consensuais. Na tentativa de diferenciar as auto-percepções nos vários domínios Shavelson *et al.* (1976) desenvolveram um modelo do auto-conceito cuja estrutura se revelou multidimensional e hierarquicamente ordenada, identificando sete características consideradas críticas na definição do auto-conceito. Nesta perspectiva o auto-conceito pode ser descrito como: organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, avaliativo e descritivo e diferenciado de outros constructos. A multidimensionalidade implicava, na concepção dos autores, que as dimensões do auto-conceito, embora inter-relacionadas poderiam ser avaliadas como constructos separados. Posteriormente, Byrne & Shavelson (1986), apresentaram um modelo multidimensional do auto-conceito.

Neste domínio, são múltiplos os estudos realizados, destacam-se as investigações de Albuquerque (1999), que verificou que existem indícios de forte associação entre as variáveis de saúde (estilo de vida; estado de saúde; percepção geral de saúde) e as variáveis psicológicas (auto-conceito; locus de controlo; sentido interno de coerência), numa investigação com estudantes do ensino superior que pretendia determinar se algumas características psicológicas se associavam à saúde.

Num outro estudo, Duffy (1988) analisou o impacto da auto-estima, do locus de controlo de saúde e do estado de saúde na adopção de um estilo de vida saudável. O autor verificou que locus de controlo interno, a auto-estima positiva, o estado de saúde positivo, e a preocupação com a saúde e educação universitária, explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável. Lightsey (1996) no decurso das suas investigações refere que, o auto-conceito exerce influência sobre o estado emocional da

pessoa, pessoas não deprimidas percebem-se de um modo positivo e sobrevalorizam a probabilidade de evolução positiva do Estado de Saúde. Também Gomes & Ribeiro (2001), encontraram uma relação estreita entre o Auto-Conceito e o Bem-Estar e, também, com a Percepção Geral de Saúde.

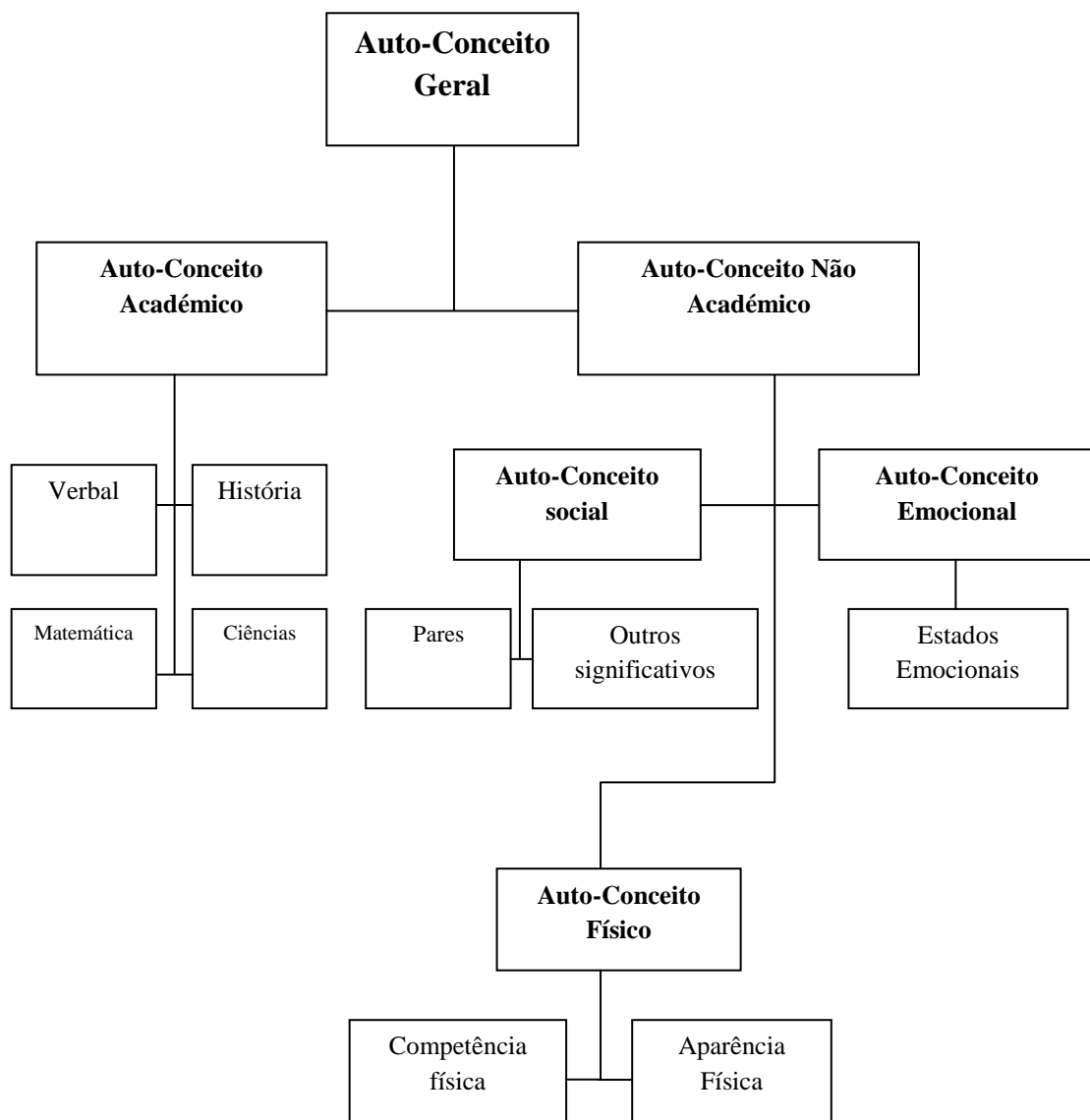
2.3.1.1- Modelo Multidimensional do Auto-conceito

Os vários componentes do auto-conceito segundo o Modelo Multidimensional de Byrne & Shavelson (1986), são representados no Quadro 3. Segundo este modelo, o auto-conceito geral é formado por dois componentes principais: o acadêmico (pode dividir-se em vários domínios da aprendizagem) e o não acadêmico (é constituído pelos domínios sociais, emocionais, e físicos, que se poderão dividir em outros auto-conceitos mais específicos). Apresenta ainda uma componente cognitiva, a auto-imagem, que corresponde ao conteúdo perceptivo do auto-conceito, composta pelas crenças e opiniões que o indivíduo tem de si mesmo. Uma outra componente, a auto-estima, é também tida em conta e corresponde ao grau em que uma pessoa se sente portadora de valores e qualidades significativas para si e para a sociedade. Por fim, contempla ainda uma componente comportamental, resultante da influência das duas componentes anteriores.

Para o confronto com as exigências psicológicas relacionadas com a vida académica, o sujeito deverá possuir determinadas competências pessoais, que lhe permitam atingir níveis de adaptação eficazes e manter o bem-estar psicológico. A avaliação da percepção individual destas competências em estudantes do ensino superior, tem sido realizada através da utilização deste modelo (Harter, 1999; Neeman & Harter, 1986). Relativamente aos estudantes do Ensino Superior, a relação entre a percepção de competências pessoais, a adaptação académica e o bem-estar psicológico, tem sido

abordada em alguns estudos, nomeadamente considerando esta percepção como variável preditora da adaptação académica (Boulter, 2002; Pittman & Richmond, 2008) ou preditora do bem-estar psicológico (May, Byrd, Brown, Beckman & Sizemore, 2007; Uhrlass & Gibb, 2007).

Quadro 3 - Representação do Modelo Multidimensional do Auto-Conceito (Adaptado de Byrne & Shavelson, 1986).



Em suma, o auto-conceito define-se como um constructo hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, enquanto parte integrante da personalidade

influencia o comportamento de diversas formas. A sua maior utilidade reside no poder da descrição, da explicação e da predição do comportamento humano, bem como do seu auto-conhecimento, a forma como a pessoa se percebe e se considera a si própria. Permite igualmente, determinar o nível de ajustamento do indivíduo ao meio (Zaff & Hair, 2003).

2.4- Auto-eficácia

A definição de auto-eficácia é atribuída inequivocamente a Bandura, o autor desenvolveu inúmeras pesquisas acerca da auto-eficácia sendo considerado o pai deste constructo. Em sentido restrito é entendida como a percepção que o indivíduo tem da sua auto-estima bem como a sua confiança na competência para gerir os problemas da vida, num sentido mais alargado diz respeito ao valor próprio, ao sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar problemas (Bandura, 1982). Para Bandura, as expectativas de eficácia pessoal baseia-se em quatro importantes fontes de informação: *realizações de desempenho* (método mais eficaz para induzir no indivíduo o domínio da situação, porque se baseia em experiências reais); *experiência indirecta* (aumenta a auto-eficácia, embora não tão eficazmente como o desempenho directo); *persuasão verbal* (encoraja a pessoa a acreditar que ela é capaz de realizar um comportamento); e por fim a *excitação emocional* (esta aparece em situações stressantes e serve para desencadear uma percepção de baixa eficácia).

Deste modo, um alto sentimento de auto-eficácia, juntamente com um ambiente propício em que o desempenho é recompensado leva a um comportamento seguro. Por outro lado, uma baixa responsividade do ambiente estimula o protesto e o ressentimento em indivíduos com elevada auto-eficácia.

O seu trabalho tem demonstrado que as pessoas com elevada auto-eficácia, acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da vida, são capazes de vencer obstáculos, procuram desafios, persistem e mantêm um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida. Por sua vez, as pessoas com baixo grau de auto-eficácia sentem-se inúteis, sem esperança, acreditam que não conseguem lidar com as situações que enfrentam e que têm poucas oportunidades de mudá-las, tendem a desistir na primeira tentativa fracassada, não acreditam que a sua atitude faça alguma diferença nem que controlem e podem mudar o seu próprio destino.

Bandura defende que a crença ao nível da auto-eficácia influencia os vários aspectos da vida e que um alto grau de auto-eficácia produz efeitos positivos em todos os aspectos da vida. Identifica-se com a expectativa, com o sentimento do sujeito, em relação à sua capacidade e competência para lidar com a vida e alcançar o que deseja e aspira, através do seu esforço pessoal. Em suma, a auto-eficácia reflecte: controlo cognitivo sobre ambiente resposta ao desafio através do comportamento adaptativo e visão optimista da capacidade de lidar com o stress. Indivíduos com auto-eficácia elevada: tendem a escolher tarefas mais desafiantes, definem objectivos mais exigentes e antecipam cenários mais positivos. Depois de a acção estar em marcha tendem a investir mais esforço, mais recursos e persistem mais tempo. Quando surgem as contrariedades a recuperação é mais rápida, a conservação dos objectivos é mais provável e a reestruturação cognitiva da acção é mais fácil.

Para os teóricos da Aprendizagem Social as aprendizagens humanas constituem-se em oportunidades de generalização das percepções de auto-eficácia, determinam se o comportamento vai ser iniciado ou não, determinam a quantidade de energia e motivação mobilizada, bem como predizem a persistência do sujeito face aos obstáculos a contornar.

Bandura partilhou a opinião de Skinner em relação ao postulado que defende que o comportamento é fruto de um processo de aprendizagem, ou seja, não é algo inato, mas algo que se aprende.

A análise que Bandura desenvolve em relação ao comportamento assenta numa Teoria de Aprendizagem Social, que privilegia o estudo do comportamento, como algo adquirido e modificado no tecido social. Segundo o autor, a maioria dos comportamentos do ser humano resultam de um processo de aprendizagem, no qual o reforço não tem presença obrigatória. Trata-se pois de uma aprendizagem alicerçada no reforço vicariante, ou seja, fortalecida pela observação do comportamento de outras pessoas. Bandura considera que os processos cognitivos internos, o pensamento influenciam a aprendizagem de observação, na medida em que não se limita automaticamente, mas sim porque se decide efectivamente imitar.

Esta teoria insere-se na tradução dos comportamentos mas faz a transição para o modelo cognitivo, Bandura tinha a ideia predominante de que aprendemos com as consequências de acções e com o emparelhamento de estímulos. Surge então o modelo designado de Aprendizagem Vicariante.

De facto, as pessoas por norma passam quase toda a vida a estabelecer metas, padrões, objectivos, e por isso também a recompensar-se ou punir-se pela vitória ou fracasso do seu desempenho. O auto-reforço pode passar por uma viagem que se decide fazer para comemorar algo ou simplesmente pelo sentimento de orgulho. O auto-reforço de Bandura, parece ser aquilo a que outros teóricos designam por consciência ou superego, embora Bandura rejeite essa semelhança. Por sua vez a auto-eficácia identifica-se com a expectativa, com o sentimento do sujeito, em relação à sua capacidade e competência para lidar com a vida e alcançar o que deseja e aspira, através do seu esforço pessoal. O

objectivo fundamental do indivíduo è estabelecer padrões de desempenho satisfatórios, de modo a garantir um nível adequado de auto-eficácia.

Quando regulamos o nosso comportamento, envolvemo-nos em auto-observações. Nós avaliamos a nossa performance de acordo com os padrões e objectivos, Bandura chama a estes julgamentos gerais avaliações de auto-eficácia. Bandura acredita que as avaliações de auto-eficácia exercem efeitos poderosos nos nossos níveis de motivação.

A Teoria da auto-eficácia refere-se aos juízos que os sujeitos emitem sobre a eficácia pessoal na realização de determinadas tarefas, como um dos principais preditores do envolvimento do sujeito nas aprendizagens. O conceito de auto-eficácia refere-se a sentimentos de adequação, eficácia e competência para lidarmos com a vida.

A satisfação e a manutenção dos nossos padrões de desempenho realçam a auto-eficácia, e o fracasso em satisfazê-los e mantê-los reduzem-na. Segundo o autor, o que cria um problema para o sujeito que tem medo ou que evita um determinado comportamento, é a crença de que não é capaz de lidar com a situação. A terapia, seja qual for a forma, resulta do desenvolvimento de auto-eficácia e da expectativa que através do esforço pessoal podemos dominar uma situação e obter o resultado desejado, ou seja, o objectivo da terapia é criar e reforçar expectativas de eficácia pessoal. Bandura elege dois parâmetros de auto-eficácia: uma *expectativa de eficácia*, que se refere á convicção de que a própria pessoa é capaz de realizar o comportamento necessário para gerar um resultado desejável; uma *expectativa de resultado*, que se refere à crença da pessoa de que um dado comportamento levará a um resultado específico.

A distinção entre estes dois parâmetros é importante, porque o sujeito pode acreditar que um comportamento levará a um resultado desejável, mas duvidar da sua capacidade para o realizar. Daí, o autor, supor que a auto-eficácia afecta o início e a persistência da realização do comportamento.

2.4.1- Auto-eficácia, auto-conceito e auto-estima

O auto-conceito e a auto-eficácia são considerados constructos afins (Skaalvik & Bong, 2003), sendo por vezes frequentemente confundidos ao nível empírico, no entanto as suas diferenças começam a um nível conceptual. Enquanto que, o auto-conceito remete para uma avaliação mais pura das competências pessoais, a auto-eficácia foca-se mais numa avaliação daquilo que os sujeitos acreditam serem capazes de fazer com as capacidades que possuem, em suma, o auto-conceito é o julgamento sobre a competência pessoal e a auto-eficácia o julgamento sobre a confiança nessa competência.

O Auto-conceito é um constructo amplo e inclui aspectos cognitivos, comportamentais e afectivos, já a Auto-estima é uma componente mais estreita e avaliável do Self. A diferença entre Auto-conceito e a Auto-estima é vital, pois, referem-se a processos diferentes do Self que podem ter efeitos diferentes no bem-estar e no comportamento geral do indivíduo (Lindwall, 2004). Neste sentido o Auto-conceito é a componente descritiva e cognitiva, que responde à pergunta: “Quem sou eu?”, enquanto a Auto-estima é a componente avaliável e afectiva, que responde à pergunta: “Como eu me sinto sobre quem sou eu?” (Brinthaupt & Ervin, 1992; Campbell et al., 1996, citados por Lindwall, 2004).

Tem sido aceite que a auto-estima constitui a componente de avaliação do auto-conceito (Blascovich & Tamaka, 1991; Chiu, 1998; Harter, 1983 & Rosenberg, 1965, cit. por Santos & Maia, 2003).

Para Rosenberg (1986), a auto-estima corresponde à avaliação que o indivíduo faz de si próprio e que normalmente mantém, expressando atitudes de aprovação ou desaprovação em relação a si mesmo.

A auto-estima ao edificar uma componente avaliativa permite ao indivíduo fazer uma avaliação de si próprio favorável ou desfavorável, estando desta forma ligada a aspectos avaliativos e emocionais (Teixeira, 1993). Neste sentido, quando a auto-estima é elevada, é associada a: estabilidade emocional e enquadramento com as exigências da vida (Sonstroem, 1997, cit. por Lindwall, 2004); enquanto uma baixa Auto-estima é associada a doenças mentais e psicopatologias como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares (Polivy & Herman, 2002, cit. por Lindwall, 2004). De acordo com Skaalvik & Bong (2003) o auto-conceito é um constructo globalmente mais estável do que a auto-eficácia.

O sistema do Auto-conceito é análogo a uma pirâmide, estando o Auto-conceito global no ápice e os seus domínios na base. A Auto-estima neste sistema é resultado da avaliação pessoal que cada um efectua mediante os domínios existentes, e, assim, a auto-estima pode ser quantificada como a soma de avaliações de diferentes atributos do Self. Enquanto alguns pesquisadores distinguem Auto-conceito de Auto-estima, outros consideram que as facetas do Auto-conceito são componentes da Auto-estima global. Compreendendo a divergência conceptual, bem como a proximidade e inter-relação dos constructos, é possível a sua integração numa abordagem mais rica e integrativa.

Alguns estudos referem a existência de correlações positivas entre auto-conceito e auto-eficácia, afirmando que as correlações são tanto mais fortes quanto mais próximo são os domínios em que os constructos estão a ser avaliados (Choi, 2005), no entanto, quando se consideram diferentes níveis de especificidade na avaliação do auto-conceito e da auto-eficácia, estes constructos não surgem necessariamente correlacionados.

Alguns autores propõem que a auto-eficácia precede o auto-conceito (Bong & Shaalvik, 2003), no entanto outros autores (Pajares & Shunk, 2005) o auto-conceito precede a auto-eficácia, neste domínio controverso a investigação encontra evidências que suportam ambas as perspectivas (Pajares & Miller, 1994).

Alguns estudos estabelecem a existência de uma relação significativa entre auto-estima e facilidade de estabelecimento de relações interpessoais, entre eficácia e auto-conceito (Thompson & Handley, 1990; Esteves, 1996; Brouwers & Tomic, 2000; Evers, Brouwers & Tomic, 2002). Outros estudos (Brouwers e Tomic, 2000; Villa e Calvete, 2001; Evers, Brouwers e Tomic, 2002) reforçam a existência de uma relação entre a capacidade de manter relações humanas e o auto-conceito elevado.

No que concerne à auto-eficácia, tem sido amplamente demonstrado que os alunos com expectativas de eficácia mais positivas tendem a estar mais motivados e a envolverem-se em tarefas mais desafiantes (Bandura, 2006; Linnenbrink e Pintrich, 2003), a estabelecer objectivos mais ambiciosos e a persistir mais perante dificuldades e obstáculos (Bandura, 2006; Linnenbrink e Pintrich, 2003; Pajares e Miller, 1994), a utilizar estratégias de aprendizagem e realização mais eficazes (Zimmerman e Cleary, 2006) e a ter melhores resultados (Bandura, 1997; Choi, 2005; Multon, Brown e Lent, 1991; Pietsch, Walker e Chapman, 2003; Zimmerman e Cleary, 2006) quando comparados com os alunos que revelam menores níveis de auto-eficácia académica, e ainda que o pico de auto-eficácia ocorre na meia-idade e diminui depois dos 60 anos (Bandura, 2001).

Num outro estudo, Muhlenkamp e Sayles (1986), estudaram a relação da auto-estima com os recursos pessoais, e ainda, o modo como esta relação influenciava o estilo de vida. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que o suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima. Num estudo, Pender *et al.* (1990), ao avaliar o estilo de vida de trabalhadores de uma empresa, verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo de saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida.

Conclusão

Numa conclusão relativa a este capítulo, importa referir que o bem-estar subjectivo permite compreender o modo como as pessoas avaliam as suas vidas, quer em termos de satisfação com a vida quer em termos de análise das reacções afectivas (positivas e/ou negativas).

No que se refere ao auto-conceito, este desencadeia um vasto conjunto de questões em redor da sua relação e influência numa multiplicidade de conceitos, nomeadamente, no bem-estar subjectivo, em suma, o modo como a pessoa se vê a si própria em termos de aceitação social, eficácia, maturidade psicológica e iniciativa o auto-conceito enquanto parte integrante da personalidade influencia o comportamento de diversas formas.

A auto-eficácia foca-se na avaliação daquilo que os sujeitos acreditam serem capazes de fazer com as capacidades que possuem, assim acredita-se que a auto-eficácia influencia os vários aspectos da vida correspondendo a um alto grau de auto-eficácia efeitos positivos em todos os aspectos da vida.

O auto-conceito e a auto-eficácia são considerados constructos afins, o auto-conceito diz respeito ao julgamento sobre a competência pessoal e a auto-eficácia o julgamento sobre a confiança nessa competência.

Tomando o estilo de vida dos estudantes universitários como conceito central neste estudo, no capítulo seguinte, será abordado o conceito de estilo de vida numa tentativa de conhecer e explicar quais os componentes essenciais na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças.

CAPÍTULO III

Estilo de Vida e Saúde dos Estudantes Universitários

A Psicologia tem tido um papel crucial no estudo e compreensão de alguns factores envolvidos nos processos de desenvolvimento, promoção e manutenção da saúde (Matarazzo, 1980).

O estudo da saúde, partilhado por diversas disciplinas, tem por objectivo último a promoção e protecção da saúde dos indivíduos e das populações. A saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida (Ribeiro, 1998). Neste sentido, o estilo de vida tem vindo a assumir um papel central no que diz respeito à construção da saúde, pelo que se tem salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis, de forma a prevenir doenças e promover a saúde.

A concepção do que são estilos de vida saudáveis tem vindo a evoluir ao longo das últimas décadas. Os estilos de vida entendidos como vector fundamental na construção da saúde e qualidade de vida constituem o cerne deste capítulo.

3.1- Estilo de Vida e Saúde

A saúde tem sido entendida como um estado, sendo um conceito dinâmico e difícil de definir e de medir, pode dizer-se que é influenciada por diversos factores: quer físicos, como mentais, sociais e ambientais. O seu estudo, partilhado por diversas disciplinas, anseia a promoção e protecção da saúde dos indivíduos e das populações (Bennett & Murphy, 1999; Bowling, 1997).

A Organização Mundial de Saúde define saúde como *“a situação de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”*. O que confere ao conceito uma grande amplitude e positividade. O'Donnell (1986) entende que a saúde abrange cinco dimensões, sendo que cada uma delas inclui várias áreas que devem

coexistir equilibradamente: *saúde emocional, saúde social, saúde intelectual, saúde espiritual e a saúde física*. Para Terris (1975), a saúde inclui dimensões de carácter subjectivo (sentir-se bem) e de carácter objectivo (capacidade funcional).

Hoje em dia, a saúde assume uma dimensão positiva que implica a potenciação das capacidades do indivíduo para se desenvolver e influenciar positivamente o meio em que se insere (Costa & Lopez, 1986).

Há décadas que se estuda a importância dos estilos de vida na saúde. De um modo geral, a comunidade científica tem sido consensual entendendo os estilos de vida como relevantes para a saúde, salientando-se a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis de forma a prevenir doenças e promover a saúde (Pais & Cabral, 2003; Ribeiro, 2005).

O estilo de vida, enquanto conceito, tem sido definido por vários autores: a Organização Mundial de Saúde define estilo de vida como um conjunto de estruturas mediadoras, atitudes e valores sociais (WHO, 1986), e padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de outros factores (WHO, 1988).

Para Rapley (2003), o estilo de vida é um conceito amplo que engloba a pessoa em todos os aspectos da sua actividade. Estes aspectos combinam-se para influenciar as dimensões que compõem o conceito de saúde, o que se traduz em níveis de “*satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida*”. O autor entende que toda esta variedade de conceitos está compreendida no conceito de estilo de vida, na forma como o indivíduo gere a sua vida, na relação que estabelece consigo próprio, com os outros e com o ambiente (Rapley, 2003). O conceito de estilos de vida abrange uma série de comportamentos, como é o caso da higiene do sono, da socialização, do consumo de substâncias, dos padrões de exercício físico ou dos hábitos alimentares

(Charney, 1996). Para Hettler, (1982) o Estilo de vida é um processo integrado de acção através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas, tendo por objectivo maximizar as suas potencialidades no meio ambiente em que funciona.

Para outros autores (McIntyre, Soares e Silva, 1997), os factores de estilo de vida são um todo integrado e afectam a probabilidade de se sofrer de uma doença e também de se sobreviver uma vez doente. Para Lalonde (1974), o estilo de vida é um núcleo de decisões individuais que afecta a vida e sobre as quais o indivíduo exerce algum controlo. Para Mendoza e col. (1994), os estilos de vida estão relacionados com uma complexa constelação e interacção de factores biológicos, psicológicos, ambientais, micro e macrossociais. Neste sentido, podemos entender os estilos de vida como a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opiniões pessoais expressas.

O entendimento do que são estilos de vida saudáveis tem vindo a evoluir ao longo do tempo, ainda que persistam algumas confusões terminológicas e conceptuais relativamente ao que é um estilo de vida saudável (Pastor & Garcia, 1998). De acordo com os conhecimentos científicos actuais, existem comportamentos protectores da saúde, como ter uma alimentação equilibrada, praticar exercício físico, saber gerir as situações de stress. Por sua vez, adoptar um estilo de vida sedentário, ter uma alimentação pouco diversificada, fumar, podem aumentar o risco de doença. A investigação sugere a existência de seis comportamentos pessoais associados a estilos de vida mais saudáveis: não fumar, praticar exercício físico regularmente, não consumir bebidas alcoólicas, manter o peso corporal desejável, ter um regime alimentar equilibrado e dormir 7 a 8 horas diárias. Em suma, podemos considerar que um estilo de vida saudável é resultante da adopção de vários comportamentos saudáveis.

Para Matos e colaboradores (1998), indivíduos e países social e economicamente mais desenvolvidos, terão ao seu dispor uma conjuntura mais favorecedora de procura de estilos de vida mais saudáveis. De acordo, com a Organização Mundial de Saúde, os estilos de vida estão aglutinados aos valores, às motivações, às oportunidades e também a questões específicas que dizem respeito a aspectos culturais, sociais e económicos (Matos et al., 1998). Para autores como Sands e Wilson (2003), um estilo de vida saudável é aquele em que a pessoa se empenha num modelo de actividades positivas, com regularidade diária. Neste sentido, podemos afirmar que um estilo de vida saudável é o resultado de centenas de opções que o indivíduo faz ao longo da sua vida.

O estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983), cujo foco de investigação se centra na relação entre o comportamento humano a saúde e as doenças, demonstrou que melhores comportamentos de saúde estavam relacionados com melhor saúde (Belloc & Breslow, 1972), e piores comportamentos de saúde com a mortalidade (Belloc, 1973).

3.1.1- Estilo de vida dos alunos do ensino superior

Conhecer os determinantes dos comportamentos e estilos de vida dos jovens-adultos em contexto do ensino superior, parece-nos fulcral, na medida em que este conhecimento poderá contribuir para intervir adequadamente com estratégias preventivas de promoção e protecção da saúde.

As Universidades podem desenvolver actividades para promover e proteger a saúde dos alunos e docentes. O desafio é desenvolver projectos promotores de saúde nas Universidades que favoreçam todos estes aspectos. A Organização Mundial de Saúde entende que a escola é um espaço onde se deve investir em saúde, na medida em que a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, para

tal, a promoção do reforço dos factores de protecção relacionados com os estilos de vida junto da comunidade educativa, nas áreas de saúde prioritárias são cruciais.

Até ao momento, em Portugal, a investigação realizada no sentido de se apurarem os interesses e práticas saudáveis em estudantes do ensino superior tem sido escassa e pontual.

Numa investigação com estudantes da Universidade do Algarve, Pacheco, (2007); Pacheco, Martins & Jesus (2008), constataram que os estudantes consideravam os seus estilos de vida adequados, aproximados com o que se considera normal, que os satisfaz e que não pretendem alterar. Numa outra investigação com estudantes universitários Faria, Chamorro, Carvalho e Rocha, (2004) constataram que a maioria dos estudantes não fuma, não consome álcool nem substância ilícitas. Na mesma linha de investigação, Martins, *et al* (2008), procuraram conhecer os estilos de vida dos estudantes do ensino superior e perceber de que forma influenciam os métodos de estudo e a motivação para o curso, concluindo que uma grande percentagem de estudante parece apresentar comportamentos saudáveis ao nível dos estilos de vida.

Contudo, numa outra investigação Pereira e colaboradores (2002), procuraram identificar as práticas e os interesses dos comportamentos saudáveis dos estudantes do ensino superior, tendo concluído que o consumo de álcool, a ausência de actividade física, os hábitos tabágicos e o consumo de drogas eram factores de risco na população universitária. No mesmo sentido, autores como, Abolfotouh, Mounir, Fayyad & Healthrelated, (2007); Keller, Maddock, Hannover, Thyrian, & Basler, (2008); Smith & Leggat, (2007); Steptoe & Wardle, (2001); Walker & Townsend, (1999) encontram resultados semelhantes. Para estes autores, os estilos de vida adoptados no ensino superior podem comprometer a saúde presente e futura do indivíduo, tendo os resultados dos seus estudos apontado para comportamentos de risco ou pouco saudáveis. No mesmo sentido,

também em Espanha, investigações recentes apontam no sentido da existência de um elevado sedentarismo por parte da comunidade universitária (Ruiz, García, & Gómez, 2005; Sanz, 2005).

No que se refere mais especificamente à população universitária, existem também evidências de uma elevada taxa de inatividade física em jovens universitários, por exemplo espanhóis (Ruiz, Garcia, & Gómez, 2005; Sanz, 2005) e norte-americanos (Calfas et al., 1994).

Para autores como Pereira (1998), Ferraz & Pereira (2002) os estudantes universitários devem optar por estilos de vida promotores de comportamentos saudáveis, uma vez que o sucesso académico depende, em grande medida, da saúde e do bem-estar do aluno. Quando tal não se verifica, surgem problemas de várias naturezas, desde os de desenvolvimento pessoal até aos de natureza psicopatológica. Perante esta emergência, as parcerias entre os sectores da Educação e da Saúde ao nível do ensino pré-universitário foram alargadas e integram orientações estratégicas de promoção do reforço dos factores de protecção relacionados com os estilos de vida, junto à comunidade educativa, nas áreas de saúde prioritárias: saúde mental, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, consumo de substâncias, que adquirem maior ênfase no Plano Nacional de Saúde de 2004/2010.

No que diz respeito aos hábitos pessoais e estilos de vida dos alunos do ensino superior, sabe-se que os estilos de vida, de um modo geral, influenciam o sucesso escolar (Bruinsma & Jansen, 2006). Nessa medida, o estudante universitário deve procurar optar por estilos de vida promotores de comportamentos saudáveis, pois o sucesso académico depende, em grande medida, da saúde e do bem-estar do aluno. Quando tal não acontece surgem problemas de várias naturezas, desde os de desenvolvimento pessoal aos de natureza psicopatológica (Ferraz & Pereira, 2002; Pereira, 1998).

3.1.2- Estilos de Vida como Ideologia, Cultura - Socialização

Durkheim (1963) entende que os estilos de vida são um conjunto ligado de maneiras de pensar, de sentir e de agir, mais ou menos formalizadas, apreendidas e partilhadas por uma pluralidade de pessoas, que de maneira simultaneamente objectiva e simbólica permitem organizar as pessoas numa colectividade particular e distinta. O autor postula assim, que o conceito de estilo de vida está ligado ao conceito de cultura. Neste sentido, importa considerar a socialização na adopção e manutenção dos estilos de vida (Balaguer, 1999).

Os estilos de vida e os comportamentos de saúde adoptados têm o seu fundamento no seio familiar, enquanto herança, convicção, cultural, sócio-económica da família. Sendo favorecido pelos hábitos, costumes, modas e valores existentes e dominantes em cada comunidade. Estes factores enumerados têm como característica comum, o facto de serem aprendidos e por tanto modificáveis ao longo de toda a vida. De facto, é no processo de socialização que se aprendem determinados comportamentos, valores e atitudes das pessoas mais significativas incluindo pais, familiares, amigos e outras pessoas próximas. O indivíduo no decurso da sua vida vai interiorizando os elementos sócio-culturais do meio, integrando-os nas estruturas da sua personalidade sob a influência de experiências e de agentes sociais significativos, que o conduzem à definição dos ambientes sociais, aos quais tem de se adaptar e nos quais tem de viver (Pearsons & Shils, 1995).

A ideologia e a socialização dizem respeito ao processo de aquisição de modelos, valores, símbolos, e construção dos estilos de vida próprios dos grupos, comunidades, sociedades e civilização em que o indivíduo vive. Este processo inicia-se com o nascimento e perdura até á morte. Contudo, para alguns autores a infância é o período mais intenso e importante no desenvolvimento dos estilos de vida, porque os indivíduos são

confrontados com uma diversidade de conceitos, aprendizagens, modelos e comportamentos sobre os quais são chamados a fazer opções, e porque é o período em que há maior disponibilidade e aptidão para a aprendizagem, aceitação do novo e do desconhecido (Sorokim, 1947; Darlington, 1974). À luz da teoria, autores como Armstrong (1998), Telama (1998) e Davís (2000), defendem a importância de fomentar estilos de vida saudáveis na criança e adolescentes, para que perdurem na idade adulta. Para os autores, a infância e em particular a juventude, são períodos decisivos para garantir um estilo de vida activo na fase adulta o que contribui de forma positiva para a manutenção do estado de saúde.

A título de síntese, e de acordo com Dias (1986) os estilos de vida são socialização, porque resultam da acção humana e inscrevem-se numa estrutura social alicerçada em normas, regras comuns ou colectivas, e ainda, ideologia na medida em que se inspiram no constructo social possibilitando a satisfação das necessidades, sonhos e desejos dos indivíduos.

Conclusão

É consensual que a promoção de estilos de vida saudáveis e de saúde assume um desafio para as sociedades ocidentais. Para desenvolver esforços cientificamente validados neste sentido, é imprescindível a investigação de factores relacionados com os determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida, de forma a desenvolver planos de intervenção ajustados para reforçar a *resiliência* individual.

De salientar é o facto de, progressivamente se assistir ao desenvolvimento de uma vasta gama de conhecimentos sobre promoção da saúde e estratégias preventivas

(DiClemente, et al. 1996). O estilo de vida está favorecido pelos hábitos, costumes, modas e valores existentes e dominantes em cada comunidade. Estes factores enumerados têm como característica comum, o facto de serem aprendidos e por tanto modificáveis ao longo de toda a vida.

Sendo consensual nos tempos que correm, que os estilos de vida saudáveis promovem uma vida com mais qualidade, é objectivo deste projecto de investigação avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários.

CAPÍTULO IV

Modelos de Mudança do Comportamento

A Psicologia, em especial a Psicologia da saúde tem vindo a centrar esforços na compreensão dos factores que influenciam a decisão individual em relação à saúde. A multiplicidade de factores susceptíveis de influenciar a adesão a comportamentos protectores da saúde, desde a infância até à terceira idade, tem suscitado o desenvolvimento de diversas teorias e modelos explicativos da mudança do comportamento. Esta diversidade de teorias e modelos têm por objectivo auxiliar os investigadores na identificação das variáveis que se acreditam estar fortemente relacionadas com a prática de comportamentos saudáveis, sustentando assim intervenções com a finalidade de promover a adopção de comportamentos preventivos de saúde.

Apesar das semelhanças e diferenças conceptuais dos diversos modelos, realçamos a sua utilidade e complementaridade em termos explicativos da forma como os processos cognitivos de mudança do comportamento ocorrem.

Neste sentido, este capítulo tem por objectivo, apresentar uma breve revisão acerca das teorias e modelos de saúde.

4.1- A Mudança do Comportamento

Há décadas que a ânsia de compreender os factores que influenciam a decisão individual em relação á saúde, pauta as investigações realizadas no âmbito da Psicologia da Saúde.

Tal como o comportamento em geral, os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa (Ribeiro, 2002).

Para Ribeiro (1994), é necessário centrar esforços para actuar no processo de mudança do comportamento humano, apesar da complexidade associada a este processo,

porque a simples informação dos malefícios de determinados tipos de comportamento não é suficiente para que se verifique uma verdadeira mudança.

Para melhor compreender os determinantes internos e externos do comportamento de saúde, abordaremos algumas teorias e modelos explicativos acerca da mudança do comportamento.

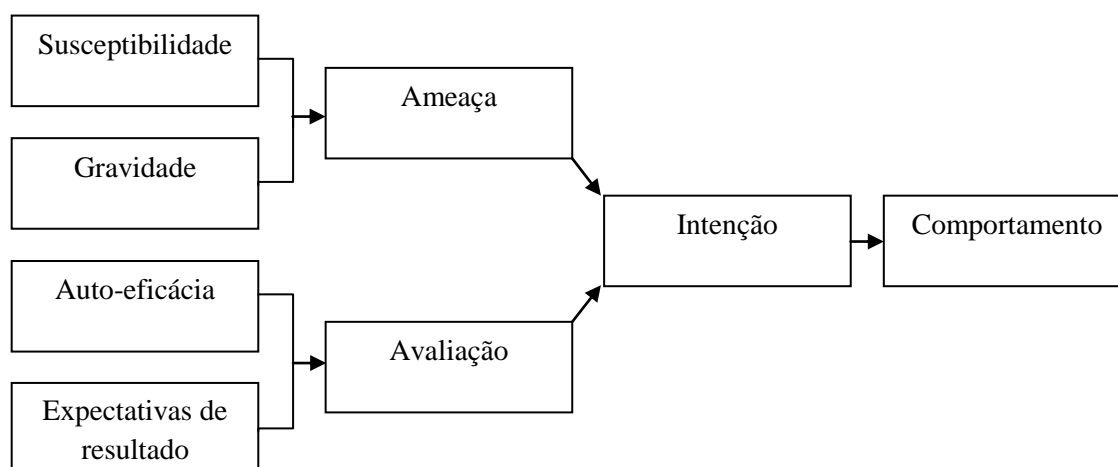
4.1.1- Teoria da Motivação Protectora

A Teoria da Motivação Protectora foi inicialmente criada por Rogers e baseada no trabalho de Lazarus, que centrou os seus estudos na forma como as pessoas se comportam e lidam com as situações de stress (*coping*). Posteriormente Rogers (1983) ampliou a sua teoria tornando-a mais geral.

Actualmente, a Teoria da Motivação Protectora é principalmente usada para discutir questões de saúde e como as pessoas reagem quando são diagnosticadas com uma doença, procurando explicar o porquê das pessoas se envolverem em práticas não saudáveis e oferece sugestões para alterar esses comportamentos.

A Teoria da Motivação Protectora sugere que o indivíduo se protege com base em quatro factores: *a percepção da severidade de um acontecimento ameaçador, a probabilidade percebida da ocorrência ou vulnerabilidade, a eficácia do comportamento preventivo recomendado, a percepção de auto-eficácia*. Posteriormente, Rogers (1985) complementa a teoria incluindo um quinto factor, o *medo* em resposta à informação. No Quadro 4 representa-se um esquema ilustrativo da Teoria da Motivação Protectora.

Quadro 4 – Teoria da Motivação Protectora (Adaptado de Rogers, 1983).



A *avaliação da ameaça*, julga a severidade e examina a seriedade da situação. A *avaliação do coping* diz respeito à forma como respondemos à situação, consistindo quer na eficácia quer na auto-eficácia. Por sua vez, a *eficácia* é a expectativa individual de que levando a cabo as recomendações é possível eliminar a ameaça, sendo a *auto-eficácia* a crença na capacidade para executar as acções recomendadas com sucesso.

De acordo com esta teoria, existem duas fontes de informação: a ambiental (persuasão verbal, aprendizagem por observação) e a intrapessoal (experiências vivenciadas). Esta informação, influencia os cinco factores (percepção da severidade, vulnerabilidade, eficácia, auto-eficácia e medo), em que cada um deles origina uma resposta adaptativa de *coping* (intenção comportamental) ou uma resposta de *coping* inadequada (evitamento ou negação).

O processo de *avaliação da ameaça* consiste na severidade e vulnerabilidade da situação. A severidade refere-se ao grau do dano causado por um comportamento não saudável e a vulnerabilidade à probabilidade de experienciar o dano. Um outro aspecto da avaliação da ameaça é a recompensa, esta refere-se aos aspectos positivos de iniciar ou continuar com o comportamento não saudável, ou seja, à avaliação do grau de implicações

significativas que um acontecimento tem no seu bem-estar. Teoricamente, a avaliação da ameaça está relacionada com o conceito de avaliação primária de Lazarus, na medida em que o acontecimento ameaça os objectivos e valores da pessoa. A avaliação da ameaça é diferente da avaliação do impacto de um acontecimento, no que concerne à avaliação do que é ameaçador e não apenas ao grau de stress ou efeito negativo de um acontecimento.

De um modo geral, as avaliações mais negativas de ameaça conduzem a uma activação e *coping* negativo e aumentam a sintomatologia psicológica. A avaliação da ameaça tem sido uma estratégia bastante utilizada em muitas campanhas publicitárias, tais como anti-tabaco e prevenção da sida.

A *avaliação do Coping* consiste na eficácia da resposta, auto-eficácia e custo da resposta. A eficácia da resposta corresponde à utilidade do comportamento em eliminar ou prevenir a possível ameaça, já a auto-eficácia é a crença de que o próprio pode realizar com sucesso o comportamento recomendado. Os custos de resposta dizem respeito aos custos associados ao comportamento recomendado. A avaliação do *coping*, é o processo que se foca na resposta adaptativa e na capacidade do próprio indivíduo para lidar com uma ameaça, ou seja, é a soma da avaliação das respostas de eficácia e auto-eficácia, menos os “custos” físicos ou psicológicos de adoptar o comportamento preventivo. A avaliação do *coping* envolve a avaliação individual da eficácia do comportamento recomendado, bem como, a percepção de auto-eficácia em levar a cabo tais acções.

Três formas através das quais o *coping* pode afectar a saúde incluem: a frequência, intensidade, duração e reacções neuroquímicas ao stress; utilização de substâncias injuriosas ou levar a cabo actividades que colocam a pessoa em risco; impedindo comportamentos adaptativos relacionados com saúde/doença.

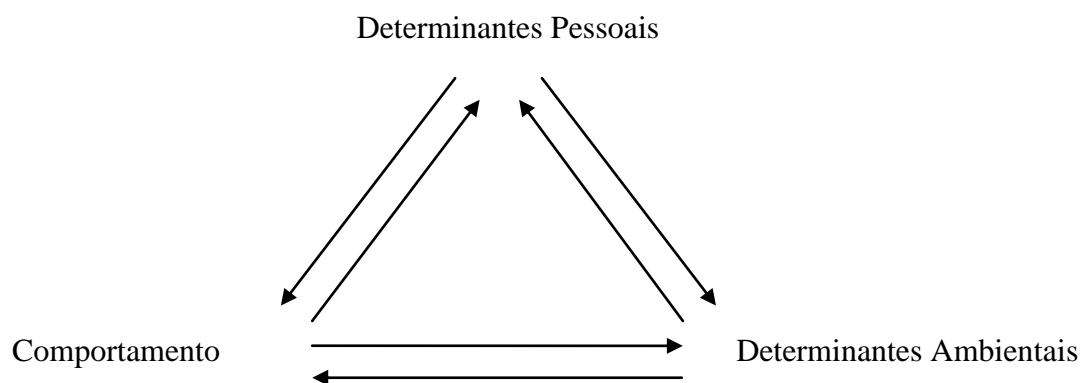
A título de síntese, a Teoria da Motivação Protectora combina elementos do Modelo de Crenças da Saúde, bem como, da Teoria da Cognição Social, ainda que existam

grandes diferenças entre si. De acordo com esta teoria, é mais provável que um indivíduo mude o seu comportamento em resposta a uma mensagem de saúde desencadeadora de medo, se acreditar que é susceptível de contrair a doença, que essa doença trará consequências graves, se estabelecer uma relação entre os comportamentos protectores e a redução do risco de doença, e por fim, se considerar ser capaz de se envolver nesses comportamentos.

4.1.2- Teoria da Cognição Social

Bandura (1989) propõe um modelo que assenta na influência recíproca de factores pessoais, factores ambientais e comportamento (Quadro 5). Para o autor, as expectativas, crenças, auto-percepções, objectivos e intenções dão forma e dirigem o comportamento.

Quadro 5 – Pirâmide onde se encontra o comportamento, de acordo com a teoria Social – Cognitiva (Adaptado de Bandura, 1992)



Neste sentido, o impacto das acções, influenciam parcialmente, aquilo que o sujeito pensa e sente. Os factores pessoais também contribuem para as características do organismo (Bandura, 1989). As expectativas pessoais, as crenças, as emoções e as

capacidades cognitivas são desenvolvidas, modificadas e moldadas pelas interações sociais, que fornecem novas informações ao indivíduo e activam reacções emocionais através da modelagem, instrução e persuasão social. Neste sentido, as pessoas ilicitam reacções diferentes do seu ambiente social pelas suas características físicas, bem como, os papéis sociais e o estatuto social de uma pessoa podem influenciar o ambiente. O comportamento e os factores ambientais, representam a influência recíproca entre o comportamento e o ambiente. O comportamento altera o ambiente e este, por sua vez, é alterado pelas mesmas condições que é criado. Nesta linha de pensamento, Bandura (1989), postula que as pessoas são simultaneamente produtos e produtores do ambiente.

Para o autor, as *expectativas de resultado* estão relacionadas com uma situação e com a acção, sendo que a *avaliação da auto-eficácia* é um dos pensamentos mais importantes que afecta o comportamento. Consiste no julgamento que o sujeito faz, das suas capacidades para exercer controlo sobre os acontecimentos que afectam as suas vidas. Este julgamento pessoal é a chave para a acção humana (Bandura, 1989).

A auto-eficácia pode ser vista como um auto-julgamento, e constitui-se como um determinante do comportamento, das formas de pensamento e reacções emocionais e produz comportamentos através da sua capacidade para influenciar quatro processos principais: *cognitivos* (a maioria das acções são inicialmente organizados no pensamento), *motivacionais* (a maioria das motivações são geradas a nível cognitivo), *afectivos* (as crenças de auto-eficácia afectam a experiência de potenciais stressores) e por fim, a *selecção comportamental*.

Uma crença é uma representação individual da realidade suficientemente válida e credível para guiar o comportamento e o pensamento. As crenças afectam a percepção, interpretação, e o comportamento humano, por esse motivo são a fonte da motivação. As nossas crenças de auto-eficácia podem ser correctas ou não, e baseiam-se em quatro fontes

principais de informação: *experiências de mestria* (experiências com sucesso), *experiências vicariantes* (comparar as capacidades com as dos outros), *persuasão verbal e influências sociais* (outras pessoas dizem o que acham que somos capazes de fazer) e *estados fisiológicos* (a partir dos quais as pessoas julgam as suas capacidades, potencialidades e vulnerabilidades).

Neste sentido, a *selecção de uma tarefa*, o *esforço* e *persistência* empregues para a realização da mesma, conduzem ao seu *sucesso*.

4.1.3- Teoria do Comportamento Planeado

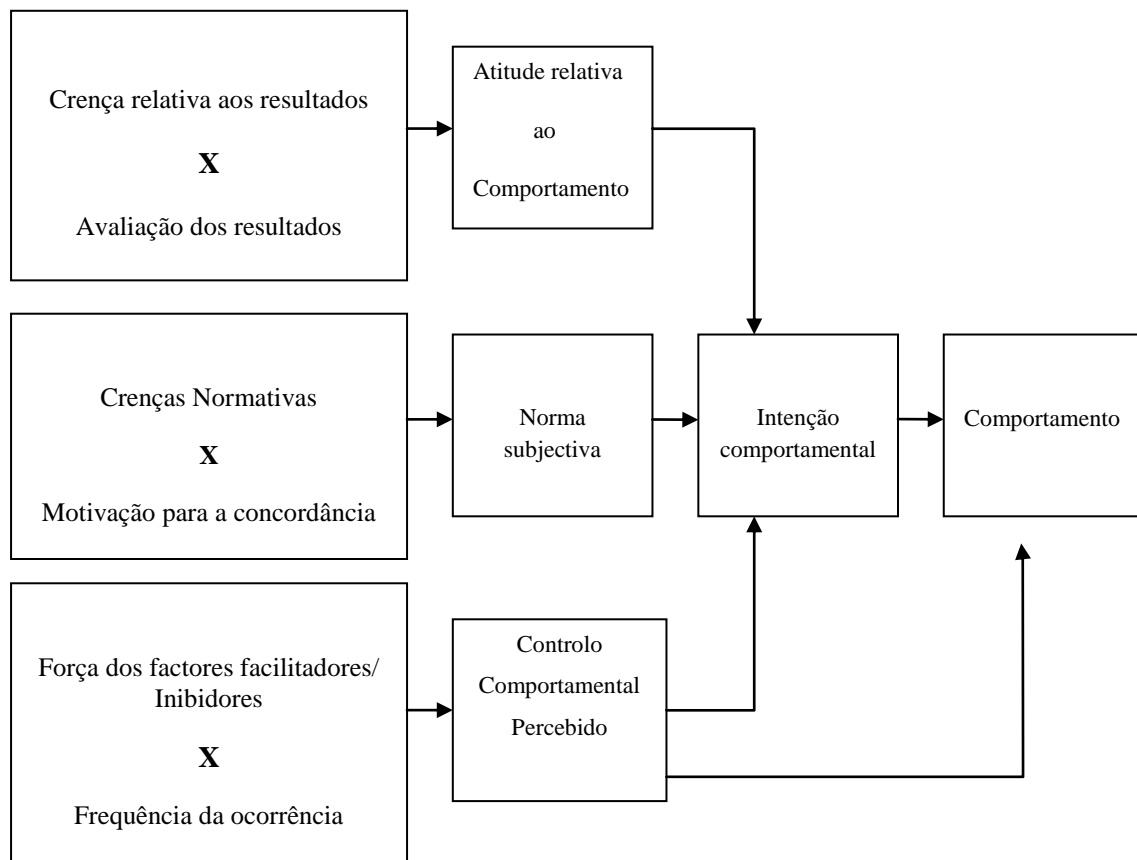
A teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1985) desenvolveu-se a partir da teoria da acção reflectida (Ajzen & Fishbein, 1975, 1980), à qual foi adicionado o conceito de *percepção de controlo do comportamento*. O reconhecimento de que as intenções não conduzem ao comportamento quando existe incapacidade de desempenho, barreiras situacionais ou incerteza das próprias intenções (Dishman, 1993), permitiu o desenvolvimento da teoria do comportamento planeado.

Segundo Conner & Norman, (1994), a *Teoria do comportamento Planeado* (Quadro 6) postula que o determinante mais imediato do comportamento de uma pessoa é a *intenção comportamental*, ou seja, o que a pessoa tenciona fazer, porque reflecte o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento.

Um comportamento é levado a cabo, através da influência das intenções de uma pessoa. A própria intenção é uma função de três tipos de factores, sendo o primeiro a atitude para com o comportamento. As atitudes, neste sentido, são conceptualizadas com as avaliações da acção. A *componente atitudinal* é encarada como sendo uma função de

crenças relevantes de uma pessoa, acerca do resultado do comportamento. As atitudes são conceptualizadas como sendo compostas de uma avaliação de cada resultado do comportamento multiplicadas pela força com que cada crença é defendida.

Quadro 6 - A Teoria do Comportamento Planeado (Adaptado de Conner & Norman, 1994)



A soma destes componentes multiplicativos é então, mantida para ser uma medida indirecta da atitude em relação ao comportamento. Considera-se assim, que estas duas vertentes, avaliação do resultado do comportamento e a força com que é defendida cada crença, constituem dois vectores que se potencializam mutuamente e determinam a atitude relativa a um comportamento previsível. A *norma subjectiva*, ou a *pressão social* percebida para ter o comportamento em questão pressionado pela motivação para a

concordância com esta pressão social geral, é o segundo determinante. A norma subjectiva é assumida para ser determinada por crenças normativas sobre o que de relevante os grupos ou indivíduos acreditam acerca do comportamento. O terceiro determinante é o *controlo comportamental percebido*, é entendido como a força do controlo que o indivíduo tem sobre o comportamento em questão. Este controlo é baseado numa avaliação do poder de factores prováveis para facilitar ou inibir a realização do comportamento. Incluem factores de controlo interno (capacidades, habilidades, informação) e factores de controlo externo (barreiras, oportunidades). Para aumentar o controlo dos factores internos, podemos servir-nos da experiência, aprendizagem de competências, contudo, modificar o controlo dos factores externos é mais difícil, uma vez que os indivíduos se encontram sob pressão e por isso não exercem controlo sobre o seu comportamento, não sendo responsável por este (Simões, 1999).

Os factores externos podem constituir dois grupos: as oportunidades e a dependência de outros. Se a oportunidade é decisiva para a realização de um comportamento, a falta de oportunidades significa a existência de um obstáculo à sua execução, o que poderá alterar a sua intenção comportamental. Por sua vez, a dependência dos outros, implica a disponibilidade de outro colaborar na realização do comportamento (Simões, 1999). Neste sentido, provavelmente as pessoas aderem mais a comportamentos agradáveis e desejáveis, sobre os quais têm controlo, e abandonam os comportamentos sobre os quais o controlo é mais difícil (Conner & Spark, 1996).

Neste sentido, a inclusão da percepção de controlo do comportamento como mais um factor preditivo, permite incluir no modelo os comportamentos não motivados, o que aumentou a aplicabilidade da teoria para além do comportamento facilmente executável, aplicando-se também a comportamentos e objectivos complexos que são consideravelmente importantes em termos de resultados para a saúde, como aderir a uma

alimentação saudável, deixar de fumar, abandonar hábitos sedentários (Conner & Spark, 1996).

Em suma, a Teoria do comportamento Planeado assenta no pressuposto de que é provável que os indivíduos tenham uma acção particular saudável, se acreditam que o comportamento pesa num resultado particular que avaliam, se sentirem que a acção é facilmente controlada pela sua vontade e possuir poucas barreiras e muitos factores facilitadores para a sua eficácia.

4.1.4- Modelo de Crenças de Saúde

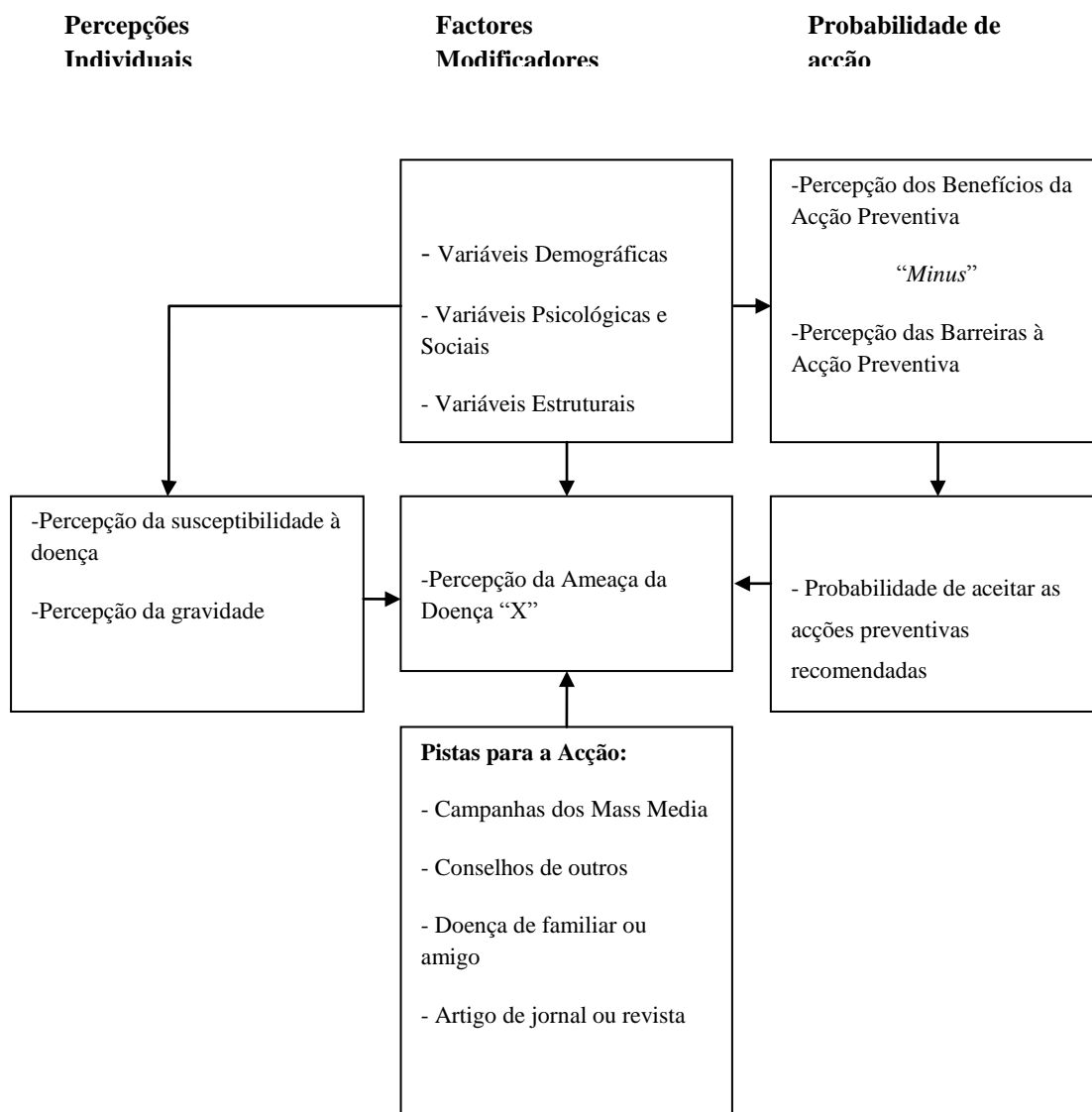
O modelo de crenças de saúde desenvolvido por Becker na década de 70 postula que uma decisão do indivíduo com vista a ter um comportamento saudável é determinada fundamentalmente, por quatro variáveis psicológicas: *percepção da susceptibilidade a determinada doença, percepção da gravidade dessa doença, percepção dos benefícios de determinadas acções, percepção das barreiras a essas acções* (Conner & Norman, 1994).

Este modelo (Quadro 7) sustenta que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção de vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde. A estas percepções o indivíduo acaba por atribuir um valor, que o leva a acreditar ou não na eficácia das acções tendentes á melhoria da saúde. Assim, a partir das crenças é possível prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde, quer ao nível da prevenção da doença, quer ao nível da promoção da saúde (Teixeira, 1993).

As diversas percepções atrás referidas podem ser influenciadas por factores modificadores, constituídos fundamentalmente por três tipos de variáveis: *variáveis demográficas* (idade, sexo, raça), *variáveis psicossociais* (personalidade, classe social), e

variáveis estruturais (conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma).

Quadro 7- Modelo de Crenças de Saúde (Adaptado de Phipps, 1991; Bishop, 1994)



A probabilidade de um indivíduo desencadear uma acção em prol da sua saúde dependerá, em grande medida, da percepção que o indivíduo tem dos diversos factores que possam estar relacionados com uma situação de doença. Neste sentido, quanto maior for a susceptibilidade e gravidade da doença percebidas, maior a probabilidade da decisão conduzir a uma acção. Contudo, para Phipps (1991) e Bishop, (1994), isto pode não ser

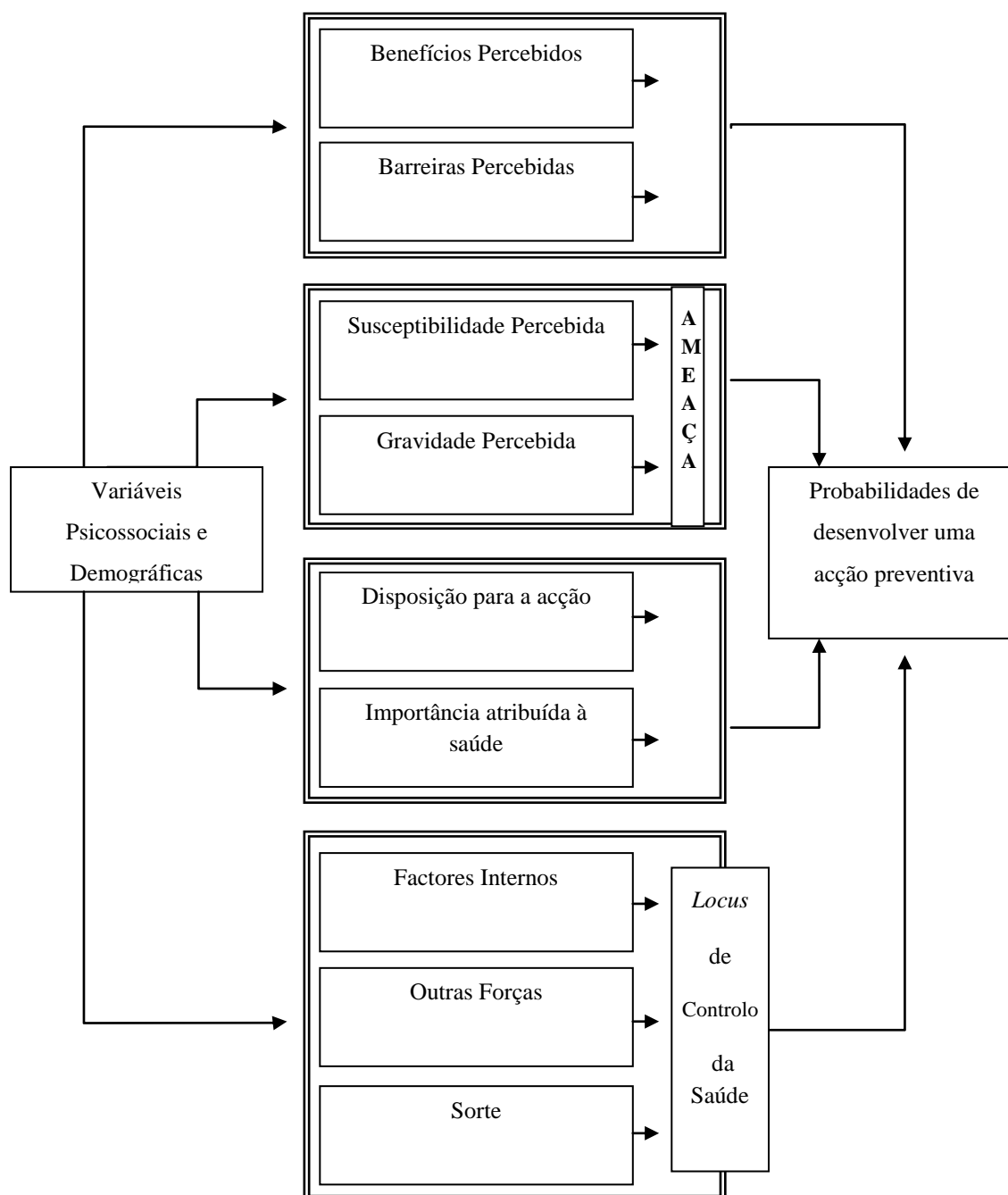
suficiente, o indivíduo pode necessitar de factores desencadeadores externos, a que os autores chamam *pistas*, estas podem ser a imprensa, televisão, conselhos de amigos, doença de um familiar, alerta do médico. Só quando o indivíduo for capaz de suplantar as barreiras, é que terá grandes possibilidades de sucesso na sua decisão de empreender uma determinada acção, que se traduz numa modificação do seu comportamento.

Para além das variáveis já mencionadas, duas novas variáveis passam a ser frequentemente adicionadas ao *Modelo de crenças da saúde* (Lau et al, 1986, cit. por Conner & Norman, 1994): a *importância que o individuo atribui á sua saúde*, o *locus de controlo das crenças na saúde* (Quadro 8).

Para além destas duas variáveis, merece também atenção a *disposição para a acção*, que podemos entender como a atitude do indivíduo perante a possibilidade de fazer qualquer acção em favor da sua saúde, conduzindo á pré-disposição para a acção ou á rejeição de determinada acção.

Quadro 8- Modelo de Crenças de Saúde com a introdução de duas novas variáveis

(Adaptado de Conner & Norman, 1994)



Conclusão

A sociedade actual tem demonstrado uma crescente preocupação com a adopção de comportamentos orientados para a saúde, vindo-se progressivamente a assistir a uma

intensificação de estratégias de promoção da saúde (rastreios, anúncios publicitários, campanhas de prevenção) nos mais diversos domínios e áreas da saúde. Neste sentido, os estilos de vida vêm sendo considerados um elemento fundamental na construção da saúde, importa assim compreender quais os factores susceptíveis de influenciar a adesão a comportamentos protectores da saúde e como se processa a mudança de comportamentos de forma a reforçar a resiliência individual.

Para Ribeiro da Silva (2002), os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa. Neste sentido, após a revisão dos pontos mais salientes dos modelos que apresentamos neste capítulo, podemos afirmar que alguns destes conceitos, como as atitudes, as crenças e as emoções, se apresentam como um ponto comum aos vários modelos, sendo cruciais para a compreensão da *adopção vs rejeição* de comportamentos de protecção à saúde.

A título de síntese, podemos afirmar que o comportamento específico de um indivíduo, e a sua intenção para o realizar, resultam de uma combinação de atitudes, de onde derivam as crenças de saúde (Stephoe *et al.*, 1997).

PARTE II
ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

Metodología

O presente capítulo tem por objectivo descrever a metodologia adoptada para a realização desta investigação, centrando-se: nas questões e hipóteses de investigação, operacionalização das variáveis estudadas, procedimentos éticos e formais de recolha de dados, participantes e respectiva caracterização sócio-demográfica, instrumentos utilizados para a recolha de dados, e for fim, os procedimentos estatísticos.

Este estudo foi realizado com uma amostra de estudantes universitários a prosseguir estudos na Universidade Lusíada do Porto. É um estudo analítico (os dados são analisados através de correlações estatísticas entre as variáveis) e transversal (a recolha de dados ocorre num só momento), que tem como objectivo principal avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários.

Este estudo pretende contribuir para o conhecimento dos factores relacionados com os determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida dos jovens-adultos. Considerando que a investigação científica é a condição necessária para criar adequadamente estratégias de promoção da saúde nos mais diversos domínios de intervenção, a realização de investigações orientadas para a promoção da saúde são de particular interesse.

5.1- Questões de investigação

Os capítulos anteriores permitiram estruturar um enquadramento teórico-conceptual que fundamenta o estudo empírico que apresentamos de seguida. No contexto da investigação, pretende-se avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários.

Face a esta problemática, delinearão-se os seguintes objectivos:

- Analisar a relação entre o bem-estar subjectivo e o estilo de vida;
- Investigar o papel preditor do auto-conceito no bem-estar subjectivo;
- Analisar o papel preditor da auto-eficácia no estilo de vida.

5.2- Hipóteses de Investigação

Tendo por base o breve enquadramento teórico-conceptual, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1- Prevê-se que estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciem um melhor estilo de vida.

Hipótese 2- Prevê-se que o auto-conceito seja um preditor significativo do bem-estar subjectivo.

Hipótese 3- Prevê-se que a auto-eficácia seja um preditor significativo de um melhor estilo de vida.

5.3- Variáveis estudadas

As variáveis do estudo foram seleccionadas atendendo às questões de investigação e hipóteses formuladas.

Variáveis sócio-demográficas

Foram seleccionadas algumas variáveis sócio-demográficas consideradas pertinentes para a caracterização da amostra: idade, género, situação profissional, área de residência, curso e nível de frequência universitária.

Variáveis psicossociais

As variáveis psicossociais seleccionadas para este estudo foram: bem-estar subjectivo, auto-conceito, auto-eficácia e o estilo de vida.

5.4- Procedimentos formais e éticos de recolha de dados

Contactado por escrito o Presidente do Conselho Administrativo da Universidade Lusíada do Porto, com o intuito de solicitar autorização para recolha de dados junto dos alunos da respectiva instituição (Anexo 1) obteve-se um parecer positivo. Procedeu-se á recolha de dados no 2º semestre do ano lectivo 2009/2010.

A aplicação dos instrumentos que visam a concretização dos objectivos deste estudo, decorreram em contexto de sala de aula, para o efeito foram contactados previamente alguns professores que se disponibilizaram a colaborar nesta investigação.

Os estudantes foram informados, oralmente e por escrito, do estudo e das questões éticas associadas, sendo solicitada a sua participação de forma voluntária. Foi ainda dada a oportunidade de esclarecimento de algum ponto que pudesse suscitar dúvida. O

preenchimento dos questionários teve uma duração aproximada de 30 minutos. Após o preenchimento dos questionários, estes foram identificados com um código para posterior tratamento estatístico.

5.5- Participantes

5.5.1- Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Os participantes do estudo constituem uma amostra de conveniência de 148 estudantes universitários que realizam estudos na Universidade Lusíada do Porto, com idades compreendidas entre os 18 e 48 anos, cuja média de idades é de 25 anos. Sendo que 69,6% da amostra corresponde a estudantes do sexo feminino (n= 103) e 30,4% da amostra a estudantes do sexo masculino (n=45).

Em relação à situação profissional 56,8% dos participantes são estudantes e 43,2% são trabalhadores/estudantes. Quanto à situação de residência, 79,1% dos alunos residem numa área urbana, sendo que 20,9% residem em área rural.

Relativamente ao curso frequentado, 66,2% dos participantes frequentam o curso de Psicologia, 7,4% dos participantes frequentam o curso de Criminologia, e 26,4% frequentam o curso de Gestão de Empresas. Dos 148 participantes, 57,4% frequentam o 1º Ciclo de estudos, sendo o 1º ano o mais representativo com 34,5%, seguido do 3º ano com 14,2% e por fim o 2º ano com 8,8% dos estudantes. Do 2º ciclo de estudos, 25,7% dos alunos frequentam o 1º ano, sendo que 16,9% dos alunos frequentam o 2º ano. As características sócio-demográficas dos participantes, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sócio-demográfica dos participantes (N=148)

			n	%
Idade	18 - 25		84	56,8%
	≥ 25		64	43,2%
Gênero	Masculino		45	30,4%
	Feminino		103	69,6%
Estatuto do Estudante	Estudante		84	56,8%
	Trabalhador/Estudante		64	43,2%
Área de Residência	Rural		31	20,9%
	Urbana		117	79,1%
Área de Formação Acadêmica	Psicologia		98	66,2%
	Criminologia		11	7,4%
	Gestão de Empresas		39	26,4%
Frequência do Ensino Superior	1º Ciclo	1º Ano	51	34,5%
		2º Ano	13	8,8%
		3º Ano	21	14,2%
	2º Ciclo	1º Ano	38	25,7%
		2º Ano	25	16,9%

5.6 - Instrumentos

Neste estudo, os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo foram (Anexo 2):

- Questionário sócio demográfico.
- Escala de Satisfação com a Vida – SWLS (*Satisfaction with life scale*) de Diener et al. (1985). Adaptada por Simões (1992).
- Escala de Afecto Positivo e Escala de Afecto Negativo – PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) de Watson, Clark e Tellegen (1988). Adaptado por Simões (1993).
- Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra - ICAC 1985/1986
- “*Questionário de estilos de vida*” de Pacheco, 2005. Adaptado por Pacheco, (2008).

Seguidamente será apresentada uma descrição de cada instrumento, com os respectivos índices psicométricos estudados.

5.6.1- Questionário sócio demográfico

O questionário sócio-demográfico foi construído com a finalidade de recolher informação relativa às variáveis demográficas e sócio-culturais dos estudantes. É composto por cinco questões de formato variado, que indicam a idade, género, situação profissional (estudante; trabalhador/estudante), área de residência (rural; urbana), e por fim as habilitações, sendo possível saber qual o curso do respondente, bem como o ciclo de estudos que frequenta e o respectivo ano.

5.6.2- Instrumentos utilizados para avaliar o Bem-estar Subjectivo

5.6.2.1- Escala de Satisfação com a Vida – SWLS

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjectivo é a SWLS (*Satisfaction with life scale*), ou Escala de Satisfação com a Vida, elaborada por Diener et al. (1985) com o objectivo de avaliar o juízo subjectivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas e, posteriormente, objecto de uma revisão realizada por Pavot e Diener (1993). Os critérios adoptados pelos indivíduos para proceder a esse juízo são formulados pelos próprios sujeitos, colocando-se de parte a imposição dos mesmos pelo investigador ou qualquer outra pessoa.

Os itens de SWLS são globais, conduzindo os respondentes a pesar os domínios das suas vidas segundo os seus próprios valores e permitindo um julgamento global sobre a satisfação com a vida.

A SWLS, na sua versão original, é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, pelo que a pontuação do sujeito pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio. Na sua construção, Diener et al. (1985) tiveram como base uma escala de 45 itens, a qual foi sujeita a uma análise factorial da qual resultaram três factores: Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo. Dez dos itens apresentavam uma saturação de .60 no factor Satisfação com a Vida, sendo este grupo reduzido posteriormente a 5 itens, minimizando redundâncias em termos de enunciado e com custos mínimos ao nível da consistência interna (Pavot & Diener, 1993). A escala revelou qualidades psicométricas, sendo o *alpha de Cronbach* de .87 e no teste-reteste após dois meses apresentou um coeficiente de estabilidade de .82.

Adaptada para a população portuguesa, primeiro por Neto e seus colaboradores em 1990, e depois por Simões (1992), a SWLS revelou boas qualidades psicométricas, sendo o *alpha de Cronbach* de .77 e uma estrutura uni factorial, que é possível identificar como a dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo (Simões et al., 2001). Simões (1992) validou a escala numa amostra constituída por 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciência de Educação da Universidade de Coimbra e por 130 adultos de idades e profissões diversas. Os aspectos da tradução foram aperfeiçoados de forma a facilitar a compreensão do conteúdo a pessoas de níveis académicos inferiores, reduzindo paralelamente a amplitude da escala de resposta para cinco pontos. Optou-se pela validação posterior de Simões (1992), por ser mais acessível quer do ponto de vista da linguagem utilizada bem como das opções de resposta reduzidas para cinco: discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito.

Os resultados possíveis de obter com esta escala, oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, indicando maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o valor; o ponto médio situa-se na pontuação 15.

No estudo das qualidades psicométricas do instrumento na nossa amostra, o instrumento revelou um *alpha de Cronbach* de .86.

5.6.2.2- Escala de Afecto Positivo e Escala de Afecto Negativo – PANAS

A *PANAS*, Escala de Afecto Positivo e de Afecto Negativo, é o instrumento utilizado para medir a vertente afectiva do bem-estar subjectivo (*PA* – Afectividade Positiva; *NA* – Afectividade Negativa). Foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e apareceu como resultado de diversas investigações que se preocuparam com a identificação das dimensões do afecto e com o esclarecimento da sua natureza. A escala é

constituída por 20 termos descritores da afectividade sentida pelo sujeito, 10 dos quais se integram no domínio do afecto positivo e formam a subescala *PA* (Afecto Positivo), e os outros 10 termos descrevem o afecto negativo, dando lugar à subescala *NA* (Afecto Negativo). A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos e o respondente deve assinalar a extensão em que experienciou cada um dos estados de espírito durante um determinado período de tempo (hoje, na última semana, no último mês). Esta escala apresentou um coeficiente de consistência interna de .90 para a subescala *PA* e de .87 para a subescala *NA*.

Neste estudo será utilizada a versão da *PANAS* validada por Simões (1993) para a população portuguesa. Nesta validação, Simões (1993) adicionou um item à subescala *PA* e um item à subescala *NA* por considerar que “alguns destes itens originais não ficavam, adequadamente traduzidos, em termos de conteúdo”. Assim sendo, a versão totaliza 22 itens. As duas escalas revelam bons índices de fidelidade, apresentando um *Alfa de Cronbach* de .82 para a *PA* e de .85 para a *NA*. A versão da *PANAS* validada para a população portuguesa revelou também boa validade de constructo e discriminante.

No estudo das qualidades psicométricas do instrumento na nossa amostra, o instrumento apresentou um *alpha de Cronbach* de .75 para a escala geral, um *alpha de Cronbach* de .82 para a subescala de Afectos Positivos (*PA*) , e por fim, um *alpha de Cronbach* de .85 para a subescala de Afectos Negativos (*NA*).

5.6.3- Instrumento utilizado para avaliar a Auto-Eficácia e o Auto-Conceito

1.6.3.1- Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra - ICAC 1985/1986

O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1985/1986), foi desenvolvido com o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, é uma escala subjectiva de auto-avaliação destinando-se a sua aplicação fundamentalmente a uso clínico. É constituído por 20 itens sendo a resposta a cada questão uma escala tipo Likert em termos de concordância (subjectiva de auto-avaliação) distribuída por cinco possibilidades («Não concordo», «Concordo pouco», «Concordo moderadamente», «Concordo muito» e «Concordo muitíssimo»).

Do instrumento fazem parte os seguintes factores: o factor um corresponde á dimensão Aceitação/Rejeição Social (cinco itens), o factor dois diz respeito à Auto-eficácia (seis itens), o factor três relativo à Maturidade Psicológica (quatro itens) e por fim o factor quatro reporta-se à Impulsividade/ Actividade (três itens).

Cada questão pode ser classificada de 1 a 5 valores, umas vezes numa ordem directa e outras inversa. Nas questões negativas as pontuações são revertidas. O valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100. O inventário está concebido de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens, de forma a que, a valores globais mais elevados corresponde um maior auto-conceito do indivíduo.

Dado que o inventário ICAC contemplar um factor (factor dois) com seis itens relativo à medição da auto-eficácia, considerou-se pertinente a sua utilização simultânea quer para a avaliação do auto-conceito como para a avaliação da auto-eficácia. O

inventário apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente de *Spearman-Brown* de .791.

No estudo das qualidades psicométricas do instrumento na nossa amostra, o instrumento revelou um *alpha de Cronbach* de .78.

5.6.4 - Instrumento utilizado para avaliar o Estilo de Vida

5.6.4.1- Adaptação do “Questionário de Estilos de Vida” de Pacheco, (2005) por Pacheco, (2008)

O questionário é constituído por 20 itens, organizados em 4 sub-escalas. Após a explicação inicial de qual o objectivo do questionário, é pedido ao respondente que assinale o seu grau de concordância, numa escala que vai de “1 a 6” num conjunto de considerações sempre referentes ao seu estilo de vida: relações inter-pessoais, consumo de substâncias e comportamentos específicos. O questionário revela consistência interna, apresentando um *Alpha de Cronbach* de .687.

No estudo das qualidades psicométricas do instrumento na nossa amostra, o instrumento revelou um *alpha de Cronbach* de .71.

5.7- Procedimentos estatísticos

Após o processo de recolha de dados, estes foram introduzidos numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 17.0). Os dados relativos à caracterização da amostra, foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Para dar resposta às

questões de investigação e hipóteses foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, de acordo com o tipo de questão colocada.

Para analisar a normalidade da distribuição das variáveis, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, tendo todas as variáveis seguido uma distribuição normal. Neste sentido, utilizamos a estatística paramétrica visto que se encontram assegurados os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância. Recorreu-se à utilização do teste de *Pearson* para testar a correlação.

Para o teste de hipóteses recorreu-se a correlações lineares simples e regressões lineares simples, dependendo do tipo de questão colocada.

CAPÍTULO VI

Apresentação e Análise dos dados

Neste capítulo a apresentação dos resultados pretende responder às questões de investigação, bem como testar as hipóteses que a orientam. Antes da apresentação do teste de hipóteses serão descritos os dados referentes às estatísticas descritivas das variáveis psicossociais estudadas. Os dados apresentados visam uma melhor compreensão dos resultados relativos aos testes de hipóteses, assim como as potenciais influências do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida dos estudantes universitários.

No capítulo seguinte será efectuada a interpretação e discussão dos resultados.

6.1- Caracterização Psicossocial da Amostra

Neste ponto apresenta-mos as estatísticas descritivas das variáveis psicossociais estudadas.

O bem-estar subjectivo integra valores relativos à satisfação com a vida, ao afecto positivo (*PA*) e ao afecto negativo (*NA*). A análise descritiva das três componentes do bem-estar subjectivo prende-se com o facto de que estas, ainda que relacionadas, serem independentes umas das outras, devendo ser estudadas individualmente, para se obter uma visão adequada do mesmo (Lucas, Diener & Sush, 1996). A tabela que se segue mostra a estatística descritiva relativa a essas variáveis.

Tabela 2- Média e Desvio Padrão para a Escala de Satisfação com a Vida, e subescalas *PA* e *NA* da PANAS (N=148)

	M	DP	Mínimo	Máximo
<i>PA</i>	35,75	6,06	17,00	54,00
<i>NA</i>	24,05	7,51	11,00	48,00
<i>SWLS</i>	19,39	3,94	6,00	25,00

Na tabela 2 são consideradas as médias e desvios padrão obtidas para as sub-escalas da *PANAS* (Escala de Afecto Positivo e Escala de afecto Negativo). Os resultados obtidos evidenciam uma prevalência da emocionalidade positiva sobre a negativa. Neste sentido, verifica-se que os estudantes universitários que participaram no nosso estudo, na subescala *PA* se encontram ligeiramente acima da média ($M=35,75$), contrariamente ao que acontece na subescala *NA* ($M=24,05$), ficando um pouco aquém do valor médio de 33 pontos (para ambas as subescalas), indicado pelos autores da escala.

Relativamente à Escala de Satisfação com a Vida, os resultados obtidos evidenciam que os estudantes universitários que participaram no nosso estudo apresentam uma considerável satisfação com a vida ($M=19,39$), tomando como indicador o valor médio da pontuação ($M=15$) referido pelo autor da escala (Simões, 1999).

Como era nossa pretensão realizar uma regressão linear simples, em que o bem-estar subjectivo se constituía como variável critério houve necessidade de calcular uma medida compósita das três medidas que integram essa variável. Seguimos o procedimento referido por Lent, (2004) e Simões *et al.* (2001), somando os valores estandardizados da *SWLS* (*ZSWLS*) com os valores estandardizados da *PA* (*ZPA*), subtraindo os valores estandardizados da *NA* (*ZNA*), tendo obtido o *ZBES*. A tabela 3 mostra a estatística descritiva relativa a essa mesma variável.

Tabela 3- Média e Desvio Padrão para Bem-estar Subjectivo estandardizado (ZBES)
($N=148$)

	M	DP	Mínimo	Máximo
ZBES	31,09	12,65	-22,00	63,00

No que diz respeito à medida compósita do bem-estar subjectivo, apresentado na tabela 3, os resultados obtidos terão de ser entendidos atendendo à estandardização

realizada, assim, poderá concluir-se que os estudantes apresentam tendencialmente um bom nível de bem-estar subjectivo ($M=31,09$; $DP=12,65$). Na tabela 3 podemos observar esta variável.

Os resultados referentes à média e desvio padrão para o ICAC são apresentados na Tabela 4. A análise dos resultados permite concluir que os estudantes universitários que participaram no nosso estudo apresentam um bom auto-conceito ($M=73,72$) tendo como indicador o valor médio ($M=60$) referido por Serra (1985/1986).

Tabela 4- Média e Desvio Padrão para ICAC (N=148)

	M	DP	Mínimo	Máximo
ICAC	73,72	7,06	47,00	92,00

Na tabela 5, apresentam-se as médias e desvio padrão para a Auto-eficácia.

Tabela 5- Média e Desvio Padrão para a Auto-eficácia (N=148)

	M	DP	Mínimo	Máximo
Auto-eficácia	23,47	3,20	13,00	30,00

Relativamente à auto-eficácia, dimensão avaliada do auto-conceito através do factor 2 do ICAC- *Inventário Clínico de Auto-Conceito* de Vaz Serra (1986), os resultados obtidos encontram-se dentro dos valores médios ($M= 23,47$).

Os resultados referentes à média e desvio padrão para o Estilo de Vida são apresentados na tabela 6. A análise dos resultados permite concluir que o estilo de vida dos estudantes universitários que participaram no nosso estudo apresenta uma pontuação ($M=73,94$) ligeiramente superior à pontuação média do questionário ($M=70$).

Tabela 6- Média e Desvio Padrão para o Estilo de vida (N=148)

	M	DP	Mínimo	Máximo
Estilo de vida	73,94	9,78	42,00	95,00

Resumidamente, podemos considerar que os estudantes que constituem a nossa amostra tendencialmente evidenciam um bom nível de auto-conceito e auto-eficácia, bem como, uma considerável satisfação com a vida e uma emocionalidade positiva e negativa dentro dos valores médios, o que se traduz num modo geral, num bom bem-estar subjectivo.

6.2- Resultados dos Testes de Hipóteses

A normalidade da distribuição das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov- Smirnov*, tendo todas as variáveis seguido uma distribuição normal. Para o teste de hipóteses, recorreu-se à utilização do teste de *Pearson*, (considerando-se significativos os testes com o valor $p < 0.05$) e regressões lineares simples, dependendo do tipo de questão colocada.

No Tabela 7, apresentam-se os resultados relativos às correlações entre as variáveis em estudo. Da análise efectuada, podemos concluir que as variáveis se correlacionam positivamente ($p < 0.01$).

Tabela 7- Correlações entre variáveis, utilizando o teste de Pearson (N=148)

	ZBES	Estilo de vida	Auto-eficácia	Auto-conceito
ZBES	1	,502**	,294**	,256**
Estilo de vida	,502**	1	,319**	,444**
Auto-eficácia	,294**	,319**	1	,770**
Auto-conceito	,256**	,444**	,770**	1

** p < 0.01

A hipótese 1 previa que estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciem um melhor estilo de vida.

Para o teste da hipótese 1 recorreu-se á utilização do teste de *Pearson*, apresentando-se os resultados obtidos na Tabela 8. Os resultados confirmam a hipótese 1, evidenciando-se uma correlação moderada ($r=.502$; $p=.000$) entre as variáveis em estudo.

Tabela 8- Correlação entre Bem-estar subjectivo e Estilo de vida, utilizando o teste de *Pearson* (N=148)

	Estilo de Vida
Bem-estar subjectivo	,502**

** p < 0.01

Na hipótese 2 prevê-se que o auto-conceito seja um preditor significativo do bem-estar subjectivo. Os resultados obtidos na tabela 9 evidenciam uma baixa correlação entre as variáveis em estudo ($r=.256$; $p=.002$).

Tabela 9- Correlação entre Auto-conceito e Bem-estar subjectivo, utilizando o teste de Pearson (N=148)

	Bem-estar subjectivo
Auto-conceito	,256*

* p < 0.05

Os resultados da análise de regressão linear referentes ao auto-conceito como preditor do bem-estar subjectivo são apresentados na tabela 10. Os resultados mostram que o auto-conceito é um preditor do bem-estar subjectivo, contribuindo em cerca de 6% para a explicação do mesmo, confirmando-se assim a segunda hipótese.

Tabela 10- Regressão Linear relativa às variáveis Auto-conceito e Bem-estar subjectivo (N=148)

Resultados/preditores	β	R^2	R^2 Ajustado	F
Bem-estar subjectivo	,256	,066	,059	10,23*

* p < 0.05

Na hipótese 3 prevê-se que a auto-eficácia seja um preditor significativo de um melhor estilo de vida.

Os resultados da tabela 11 evidenciam uma correlação moderada ($r=.319$; $p=.000$) entre as variáveis em estudo.

Tabela 11- Correlação entre Auto-eficácia e Estilo de vida, utilizando o teste de Pearson (N=148)

	Auto-eficácia
Estilo de vida	,319**

**p < 0.01

Os resultados da análise de regressão linear simples, referentes à auto-eficácia como preditor do estilo de vida são apresentados no tabela 12. Os resultados mostram que a auto-eficácia é um preditor significativo do estilo de vida, contribuindo em cerca de 10% para a explicação do mesmo, confirmando-se assim a terceira hipótese.

Tabela 12- Regressão Linear relativa às variáveis Auto-eficácia e Estilo de Vida (N=148)

Resultados/preditores	β	R^2	R^2 Ajustado	F
Estilo de vida	,319	,102	,095	16,52*

* p < 0.01

CAPÍTULO VII

Discussão dos Resultados

A revisão da literatura acerca dos factores relacionados com determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida dos jovens-adultos, permite concluir que os estilos de vida têm sido considerados um vector fundamental na construção da saúde, pelo que se tem salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis, de forma a prevenir doenças e promover a saúde. Neste sentido, este estudo pretende avaliar a influência das variáveis psicossociais (bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia) no processo de desenvolvimento, promoção e de manutenção dos estilos de vida dos estudantes universitários. Mais especificamente, analisar o papel preditor do bem-estar subjectivo na opção por um estilo de vida saudável; o papel preditor do auto-conceito no bem-estar subjectivo; e ainda, analisar a influência da auto-eficácia na opção por um melhor estilo de vida.

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados obtidos, visando a sua compreensão e integração no estado actual do conhecimento científico desenvolvido nesta área. A discussão dos resultados será efectuada pela ordem de apresentação dos mesmos e na sequência das hipóteses formuladas.

7.1- Discussão dos Resultados

No que concerne à análise do Bem-Estar Subjectivo, importa atender aos três componentes que formam o factor global: satisfação, afecto positivo e baixos níveis de afecto negativo (Diener, Suh, & Oishi, 1997). Autores como Suh, Diener, Oishi, & Triandis, (1998) demonstraram que os afectos positivos e negativos prediziam a satisfação com a vida em várias culturas, encontrando fortes correlações entre a afectividade e a satisfação com a vida.

Partindo das análises efectuadas relativamente à componente cognitiva do Bem-estar subjectivo, podemos considerar que os sujeitos que constituíram a nossa amostra manifestam uma considerável satisfação com a vida, o que vai ao encontro dos estudos de Smith *et al.* (1999), Baltes e Mayer (1999), Myers (2000), e Simões *et al.* (2001). Numa mesma linha de investigação, os valores da satisfação com a vida encontrados vão ao encontro das investigações realizadas com adultos de diversas idades e nações (Diener & Diener, 1995; Diener & Suh, 2000; Pavot & Diener, 1993). No que concerne à componente afectiva do Bem-estar subjectivo, os resultados obtidos na nossa amostra convergem com diversos estudos que evidenciam uma tendência para a generalidade dos indivíduos apresentarem níveis satisfatórios de afectividade positiva e afectividade negativa (Arteche & Bandeira, 2003; Diener e tal, 2004).

Em contraponto, os resultados encontrados divergem dos estudos de Campbell *et al.* (1976). Segundo os autores, as pessoas mais novas manifestam pontuações muito baixas na satisfação com a vida, ao contrário dos idosos que apresentam pontuações mais elevadas. Estes dados sugerem algumas diferenças em relação à idade ou à interpretação mais ou menos afectiva ou cognitiva do bem-estar (Barros, 2008). Nesta linha, também Simões (1992) postula variações significativas na satisfação com a vida, sugerindo que são os homens, os jovens e indivíduos de meia-idade, que apresentam maior satisfação com a vida quando comparados com os mais idosos.

De destacar, é o facto de em Portugal a investigação acerca do Bem-Estar Subjectivo ser ainda restrita, contudo, considera-se um campo de estudo em expansão, destacando-se os trabalhos de Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos, e Oliveira (2000), sobre a Qualidade de Vida, de Pais Ribeiro (1994, 2002, 2004), e sobre a Felicidade, de Oliveira (2000).

No que concerne ao auto-conceito, a sua inclusão nesta investigação prende-se com o facto de reconhecer o seu poder explicativo no que diz respeito ao comportamento, à consistência desse mesmo comportamento, e ainda, possibilitar a interpretação da experiência e um certo grau de previsão (Burns, 1986). O seu carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos domínios da existência, tem fomentado o desenvolvimento de diversas investigações, que têm permitido alargar o conhecimento sobre este constructo psicológico, bem como, relacioná-lo com outras variáveis.

Os dados recolhidos relativos ao auto-conceito, podem ser considerados dentro dos valores médios para a população normal (Serra, 1986). Contudo, os dados recolhidos no decurso desta investigação, não vão ao encontro de alguns pressupostos referidos pelo mesmo autor, que entende que o auto-conceito de valores mais baixos corresponde à meia-idade e logo de seguida, aos jovens adultos, por considerar que nestas fases a crítica da realidade se torna mais pesada e o auto-conceito se empobrece. Alguns autores propõem que a auto-eficácia precede o auto-conceito (Bong & Shaalvik, 2003), no entanto outros autores (Pajares & Shunk, 2005) o auto-conceito precede a auto-eficácia, neste domínio controverso a investigação encontra evidências que suportam ambas as perspectivas (Pajares & Miller, 1994). Alguns estudos referem a existência de correlações positivas entre auto-conceito e auto-eficácia, afirmando que as correlações são tanto mais fortes quanto mais próximo são os domínios em que os constructos estão a ser avaliados (Choi, 2005), no entanto, quando se consideram diferentes níveis de especificidade na avaliação do auto-conceito e da auto-eficácia, estes constructos não surgem necessariamente correlacionados.

Diversos estudos estabelecem a existência de uma relação significativa entre auto-estima e facilidade de estabelecimento de relações interpessoais, entre eficácia e auto-conceito (Thompson & Handley, 1990; Esteves, 1996; Brouwers & Tomic, 2000; Evers,

Brouwers & Tomic, 2002). Outros estudos (Brouwers e Tomic, 2000; Villa e Calvete, 2001; Evers, Brouwers e Tomic, 2002) reforçam a existência de uma relação entre a capacidade de manter relações humanas e o auto-conceito elevado.

No decurso das suas investigações, Serra, (1988) salienta a auto-eficácia como componente do auto-conceito, por se acreditar que a auto-eficácia influencia os vários aspectos da vida correspondendo a um alto grau de auto-eficácia efeitos positivos em todos os aspectos da vida. Das análises efectuadas relativamente à auto-eficácia dos estudantes universitários que constituem a nossa amostra, depreende-se um nível adequado de auto-eficácia.

Relativamente ao estudo da auto-eficácia, tem sido amplamente demonstrado que os alunos com expectativas de eficácia mais positivas tendem a estar mais motivados e a envolverem-se em tarefas mais desafiantes (Bandura, 2006; Linnenbrink e Pintrich, 2003), a estabelecer objectivos mais ambiciosos e a persistir mais perante dificuldades e obstáculos (Bandura, 2006; Linnenbrink e Pintrich, 2003; Pajares e Miller, 1994), a utilizar estratégias de aprendizagem e realização mais eficazes (Zimmerman e Cleary, 2006) e a ter melhores resultados (Bandura, 1997; Choi, 2005; Multon, Brown e Lent, 1991; Pietsch, Walker e Chapman, 2003; Zimmerman e Cleary, 2006) quando comparados com os alunos que revelam menores níveis de auto-eficácia académica, e ainda que o pico de auto-eficácia ocorre na meia-idade e diminui depois dos 60 anos (Bandura, 2001). O auto-conceito e os seus componentes, são variáveis clássicas em psicologia mas, como acontece com toda a investigação da relação entre variáveis psicológicas e saúde/doença, só recentemente se começou a estudar a sua relação com a doença e, mais raramente, com a saúde. Dos vários estudos realizados neste âmbito vamos referir alguns dos mais significativos. Um estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um auto-conceito pobre. Em 1986,

Muhlenkamp e Sayles estudaram o modo como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam e o modo como esta relação influenciava o estilo de vida. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que o suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima.

Quanto ao de estilos de vida, os estudantes universitários evidenciam em média, ter um estilo de vida aproximado com o que consideram ideal. Os resultados obtidos vão de encontro aos encontrados por outros autores (Pacheco, 2008; Pacheco, Martins & Jesus 2008), que constataram que os estudantes da Universidade do Algarve consideravam os seus estilos de vida adequados, aproximados com o que se considera normal, que os satisfaz e que não pretendem alterar.

Contudo, alguns autores têm descrito os estilos de vida adoptados no ensino superior como comportamentos de risco ou pouco saudáveis (Abolfotouh, Mounir, Fayyad 2007; Keller, Maddock, Hannover, Thyrian, & Basler, 2008; Smith & Leggat, 2007; Steptoe & Wardle, 2001; Walker & Townsend, 1999). Num estudo com estudantes do ensino superior, Pereira e colaboradores (2002), concluíram que o consumo de álcool, a ausência de actividade física, os hábitos tabágicos e o consumo de drogas eram factores de risco na população universitária. No mesmo sentido, também em Espanha, investigações recentes apontam no sentido da existência de um elevado sedentarismo por parte da comunidade universitária (Ruiz, García, & Gómez, 2005; Sanz, 2005). Este nível de sedentarismo, está presente em muitas investigações realizadas em populações de adolescentes, não só em Portugal (Corte-Real, 2006; Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 2003; Santos, 2004), mas também no estrangeiro (Balaguer & Castillo, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2004). No que se refere mais especificamente à população universitária, existem também evidências de uma elevada taxa de inactividade física em jovens

universitários, por exemplo espanhóis (Ruiz, García, & Gómez, 2005; Sanz, 2005) e norte-americanos (Calfas et al., 1994).

Numa outra investigação com estudantes universitários (Faria, Chamorro, Carvalho e Rocha, 2004), os resultados indicam que a maioria dos estudantes não fuma, não consome álcool nem substância ilícitas. Na mesma linha de investigação, Martins, *et al* (2008), procuraram conhecer os estilos de vida dos estudantes do ensino superior e perceber de que forma influenciam os métodos de estudo e a motivação para o curso, concluindo que uma grande percentagem de estudante parece apresentar comportamentos saudáveis ao nível dos estilos de vida. Esta diversidade de resultados poderá ser entendida na medida em que os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias, especialmente devido ao aumento do poder de decisão e autonomia nas escolhas sobre a sua própria maneira de viver (Dinger & Waigandt, 1997).

Com efeito, alguns autores como Armstrong (1998), Telama (1998) e Davís (2000), defendem a importância de fomentar estilos de vida saudáveis na criança e adolescentes, para que perdurem na idade adulta, ainda, para Pereira (1998), Ferraz & Pereira (2002) defendem que os estudantes universitários devem optar por estilos de vida promotores de comportamentos saudáveis, uma vez que o sucesso académico depende, em grande medida, da saúde e do bem-estar do aluno.

A confirmação da hipótese 1, que prevê que estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciem um melhor estilo de vida parece ir ao encontro dos dados referidos na literatura. Para alguns autores (Bech, Gudex, & Johansen, 1986) um nível elevado de Bem-Estar está associado à menor interrupção do estilo de vida, melhor estado de saúde e maior satisfação com a qualidade de vida e com a vida em geral.

Nesta linha, as investigações de Simões e colaboradores (2001) e a literatura de um modo geral (Diener *et al.*, 1999; Simões *et al.*, 2000) consideram a saúde como um dos

factores preditivos mais eficazes do bem-estar subjectivo. De salientar, é o facto de que em Portugal, a investigação realizada no âmbito dos interesses e práticas saudáveis em estudantes do ensino superior tem sido escassa e pontual.

Relativamente à segunda hipótese, verificou-se que o auto-conceito é um preditor do bem-estar subjectivo. O que é corroborado por estudos como o de Gomes & Ribeiro (2001), que encontraram uma relação estreita entre o Auto-Conceito e o Bem-Estar e, também, com a Percepção Geral de Saúde. Segundo os autores, um auto-conceito realista, consistente e positivo pode favorecer a Percepção Geral de Saúde e o Bem-Estar. No mesmo sentido, Lightsey (1996) no decurso das suas investigações refere que, o auto-conceito exerce influência sobre o estado emocional da pessoa, assim, pessoas não deprimidas percebem-se de um modo positivo e sobrevalorizam a probabilidade de evolução positiva do Estado de Saúde. Para Diener, (2005) os indivíduos parecem apoiar-se nas suas emoções quando fazem julgamentos sobre a satisfação com a vida, contudo, estas experiências estão dependentes do valor que os indivíduos lhe atribuem.

No que concerne à hipótese 3, verificou-se que a auto-eficácia é um preditor significativo de um melhor estilo de vida. Contudo, não é possível comparar os nossos resultados com os de outros estudos, dado que a maior parte das investigações na área da auto-eficácia se focam tradicionalmente na psicopatologia (Bandura, 1997). Porém, numa revisão da literatura são evidentes alguns estudos significativos para esta temática, importa referir os contributos mais importantes. Num estudo que pretendia avaliar o estilo de vida de trabalhadores de uma empresa, Pender *et al.* (1990), verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo de saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida. Também Duffy (1988), numa investigação que pretendia analisar o impacto da auto-estima, do locus de controlo de saúde e do estado de saúde na adopção de um estilo de vida saudável,

verificou que locus de controlo interno, auto-estima positiva, estado de saúde positivo, preocupação com a saúde e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável. Uma investigação, que pretendia determinar se o auto-conceito; locus de controlo; sentido interno de coerência, se associavam à saúde, estilo de vida, estado de saúde, percepção geral de saúde em estudantes do ensino superior, Albuquerque (1999) verificou que existem indícios de forte associação entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas estudadas, quer consideradas isoladamente quer em conjunto. Os estudantes cujas variáveis psicológicas apresentaram valores mais positivos expressaram, também, níveis de saúde mais positivos. Em termos de amostra total (n=948), constatou que as variáveis estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde foram mais influenciadas pelo sentido interno de coerência e pelo auto-conceito (social e emocional), menos pelo auto-conceito físico e ainda muito menos pelo locus de controlo de saúde.

Neste âmbito, importa ainda considerar os estudos de Bandura, (1997). Para o autor, as crenças de auto-eficácia desempenham um papel importante em vários determinantes psicológicos, correspondendo a baixos níveis de auto-eficácia elevados níveis depressivos, e por conseguinte, a níveis elevados de ansiedade e comportamentos desajustados uma baixa auto-eficácia. Segundo o autor, indivíduos com elevados níveis de confiança nas suas capacidades, tendem a superar situações complicadas de uma forma calma e compensatória, por outro lado, indivíduos com baixa auto-eficácia, tendem a responder a essas situações com ansiedade e comportamentos desadequados (Bandura, 1997). Neste sentido, as crenças de auto-eficácia influenciam a adopção de comportamentos de saúde, a cessação de comportamentos indesejados e a manutenção das mudanças comportamentais (Maddux, 1993; Weinstein, 1993). Destacam-se as teorias que incluem a auto-eficácia como um componente chave nos comportamentos de saúde,

nomeadamente a teoria da motivação protectora, o modelo de crenças da saúde, entre outras. Nesta linha, investigadores consideram as crenças de auto-eficácia como fulcrais para o sucesso na mudança e manutenção dos comportamentos de saúde (Bandura, 1997). Os jovens-adultos poderão responder às mensagens de protecção á saúde com intenções redobradas de adoptarem estilos de vida saudáveis, apenas se acreditarem que terão êxito na sua tentativa. Neste sentido, a intervenção ao nível das crenças de auto-eficácia, pode facilitar a mudança de comportamentos de risco para a saúde, se os jovens adultos reconhecerem em si capacidades de adequação do seu comportamento, se acreditam que vão ter êxito.

Em suma, os nossos resultados parecem ir ao encontro de dados referenciados na literatura (Matos *et al.*, 2000; McIntyre *et al.*, 1997; Ribeiro, 2005; Steptoe e Wardle, 2001), que identificam diversos factores como estando implicados nos resultados das mais diversas variáveis de saúde, como sejam o estilo de vida ou o próprio estado de saúde.

É consensual que os estilos de vida determinam o nível de saúde, em termos da alimentação, higiene, hábitos de sono, uso do tempo livre e relações interpessoais existentes (Alvarez, 1992), sendo assim crucial avaliar todos estes aspectos, de modo a podermos obter uma imagem do sujeito como um todo (Kotler, 1997). Neste sentido, tem sido defendido que a pratica de exercício físico, uma alimentação equilibrada e saudável, a ausência de consumos de álcool, tabaco e drogas, e comportamentos sexuais preventivos, constituem todos eles hábitos comportamentais que caracterizam os estilos de vida saudáveis (Murjal, 2006). Por outro lado, Pullen, Noble e Fiandt (2001), complementam esta ideia, ao defenderem que os estilos de vida incluem os comportamentos de saúde, as condutas, as crenças, os conhecimentos, os hábitos e as acções que as pessoas empreendem de modo a promover melhorias na sua saúde, sendo esta, resultado da interacção gerada entre o indivíduo, o ambiente social e o seu percurso de vida.

Nesta linha de investigações e de acordo com os resultados obtidos neste estudo, importa retirar algumas reflexões e implicações para a prática. É comumente aceite que a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, sendo imprescindível a Educação e Orientação para a Saúde. Esta sensibilização poderá iniciar-se logo na primeira infância, visto que esta é a fase mais marcante e mais intensa do desenvolvimento dos estilos de vida (Sorokim, 1947; Darlington, 1974), facto que poderá advir das características desta fase do desenvolvimento (pelas descobertas e escolhas, aprendizagens, desenvolvimentos e aplicações) em que há uma maior disponibilidade e aptidão para a aprendizagem e conseqüentemente para a modificação e aceitação do novo e do diferente. No mesmo sentido, alguns autores consideram que crianças e adolescentes que adquirem estilos de vida saudáveis tendem manter esses padrões na idade adulta, (Pereira, 1998).

Uma outra reflexão diz respeito às Universidades, no sentido de investirem na promoção da saúde dos seus alunos e docentes, desenvolvendo de projectos e programas que fomentem um relacionamento próximo dos indivíduos com a saúde. Neste sentido, esta medida poderá funcionar quer como reforço à iniciativa própria de envolvimento com padrões de vida mais adequados, quer na manutenção dos padrões comportamentais outrora adquiridos.

Finalizada a discussão dos resultados, passamos de seguida a apresentar algumas limitações desta investigação.

7.2- Limitações metodológicas

Para finalizar, serão tidas em conta algumas considerações metodológicas relativas às limitações do estudo.

O recurso a uma amostra de conveniência não nos garante que o padrão dos não respondentes não será distinto dos respondentes, não sendo possível controlar a representatividade de determinadas populações. O reduzido número de participantes masculinos na nossa amostra constitui uma limitação à generalização dos resultados, que à luz da teoria se pode compreender pela tendência para que mulheres e jovens colaborem mais no fornecimento de respostas a questionários do que os homens e as pessoas de mais idade (Fife-Schaw, 2000). Ainda, o facto de a amostra se circunscrever aos alunos da Universidade Lusíada do Porto, resulta num grupo de participantes com características determinadas que podem ser diferentes das da população em geral, mais uma vez limitando a generalização dos resultados. No entanto, o facto dos resultados obtidos irem de encontro à literatura existente, sugerem que os nossos dados terão alguma validade externa.

Alguns investigadores realçam que os estados de espírito dos respondentes, no momento em que respondem ao questionário, ou a ordem pela qual são colocados os itens, podem ser factores passíveis de alterar os valores (Schwartz & Strack, 1999). Apesar desta limitação, os questionários utilizados apresentaram boas qualidades psicométricas na amostra em estudo, o que aumenta a confiança na validade dos dados obtidos.

Ainda, a não utilização de um pré-teste para que previamente se procedesse à identificação e conseqüente antecipação de eventuais obstáculos e/ou dificuldades que pudessem surgir no decurso desta investigação.

Estas considerações levam-nos a encarar os resultados obtidos como preliminares, contudo, esta investigação pretende ser um contributo relevante na área de investigação dos jovens adultos, mais especificamente com estudantes de ensino superior.

Neste sentido, para uma melhor compreensão das relações existentes entre as variáveis em estudo, seria importante o desenvolvimento de futuras investigações com recurso a amostras mais equilibradas, realizadas em diversas regiões do país, que considerem a influência de outros factores a fim de possibilitar a comparação dos resultados obtidos com os alunos desta universidade, com os resultados obtidos nas mais diversas universidades portuguesas. Ainda, alargar o conhecimento da influência de outras variáveis (nomeadamente, os processos de tomada de decisão, o *locus* de controlo, a percepção geral de saúde e a valorização da saúde) nos estilos de vida, para que, futuros planos de intervenção quer para a protecção, quer para a promoção da saúde e estilos de vida saudáveis, possam ser mais adequados e eficazes.

Considerações Finais

Numa fase final, procuramos sistematizar os contributos mais relevantes desta investigação, reflectindo sobre eles, num sentido integrador e coerente.

A frequência universitária tem sido entendida como um momento de transição de vida (Rebelo, 2002). O jovem adulto, aquando da entrada para o ensino superior, vê-se confrontado com múltiplos desafios, essenciais para o desenvolvimento da autonomia e da identidade. A fase do jovem-adulto assume-se assim como um período desenvolvimental de profunda especificidade e complexidade, caracterizado por transformações de ordem familiar, vocacional, profissional, cognitiva, sexual, ideológica e étnica (Rebelo, 2002). Ao abordar o desenvolvimento do jovem-adulto, os resultados podem seguir duas perspectivas: uma organização cronológica ou uma organização temática. Neste sentido, uma das dificuldades da psicologia do desenvolvimento do adulto, prende-se com o facto de se revelar metodologicamente difícil estabelecer fases ou etapas de desenvolvimento. Neste âmbito, destacamos a teoria do desenvolvimento psicossocial do jovem-adulto de Chickering & Reisser (1993), por ser considerada uma das mais atractivas e com maior poder descritivo e explicativo relativamente a esta fase do ciclo de vida, tendo uma acentuada validade empírica em estudantes universitários (White & Hood, 1989).

Relativamente ao bem-estar subjectivo, podemos concluir que este permite compreender o modo como as pessoas avaliam as suas vidas, quer em termos de satisfação com a vida quer em termos de análise das reacções afectivas (positivas e/ou negativas) incluindo assim uma categoria de fenómenos muito ampla, nomeadamente as respostas emocionais dos indivíduos, a satisfação com domínios de vida e julgamentos globais de satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Neste sentido, o bem-estar subjectivo integra valores relativos à satisfação com a vida, ao afecto positivo (*PA*) e ao

afecto negativo (*NA*), contudo, ainda que os três componentes estejam relacionados deverão ser estudados individualmente uma vez que são independentes uns dos outros, para que seja possível obter uma visão adequada do mesmo (Lucas, Diener & Sush, 1996).

No que se refere ao auto-conceito, este desencadeia um vasto conjunto de questões em redor da sua relação e influência numa multiplicidade de conceitos, nomeadamente, no bem-estar subjectivo. A inclusão do auto-conceito nesta investigação, prende-se com a premissa de que este influencia o comportamento de diversas formas, tentar explicar o comportamento, a consistência nesse mesmo comportamento, e ainda, o fornecimento de um certo grau de previsão (Burns, 1986), uma vez que se considera parte integrante da personalidade.

No que concerne à auto-eficácia, acredita-se que a auto-eficácia influencia os vários aspectos da vida correspondendo a um alto grau de auto-eficácia efeitos positivos em todos os aspectos da vida. O auto-conceito e a auto-eficácia são considerados constructos afins, na medida em que o auto-conceito diz respeito ao julgamento sobre a competência pessoal e a auto-eficácia ao julgamento sobre a confiança nessa competência, ou seja, a avaliação daquilo que os sujeitos acreditam serem capazes de fazer com as capacidades que possuem (Bandura, 1986). Diversas investigações sustentam a suposição de que as crenças de auto-eficácia exercem um papel na determinação do comportamento e do pensamento.

De salientar é o facto de, progressivamente se assistir ao desenvolvimento de uma vasta gama de conhecimentos sobre promoção da saúde e estratégias preventivas (DiClemente, et al, 1996). Sendo consensual nos tempos que correm, que os estilos de vida saudáveis promovem uma vida com mais qualidade, a promoção de estilos de vida saudáveis assume um desafio para as sociedades ocidentais. Neste sentido, é imprescindível a investigação de factores relacionados com os determinantes dos comportamentos de saúde e estilos de vida, de forma a desenvolver planos de intervenção

ajustados para reforçar a resiliência individual. A investigação científica tem demonstrado que o estilo de vida está favorecido pelos hábitos, costumes, modas e valores existentes e dominantes em cada comunidade, e que estes factores enumerados têm como característica comum, o facto de serem aprendidos e por tanto modificáveis ao longo de toda a vida.

Em suma, a crescente preocupação com a adopção de comportamentos orientados para a saúde, tem conduzido a uma intensificação de estratégias de promoção da saúde nas mais diversas áreas. Importa assim compreender quais os factores susceptíveis de influenciar a adesão a comportamentos protectores da saúde e como se processa a mudança de comportamentos.

Para Ribeiro da Silva (2002), os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa. Neste sentido, após a revisão dos pontos mais salientes dos modelos que apresentamos neste capítulo, podemos afirmar que alguns destes conceitos, como as atitudes, as crenças e as emoções, se apresentam como um ponto comum aos vários modelos, sendo cruciais para a compreensão da *adopção vs rejeição* de comportamentos de protecção à saúde. Neste sentido, o comportamento específico de um indivíduo, e a sua intenção para o realizar, resultam de uma combinação de atitudes, de onde derivam as crenças de saúde (Stephoe *et al.*, 1997).

Neste contexto, esta investigação teve como propósito avaliar a influência do bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia no estilo de vida de estudantes universitários. Os resultados obtidos, evidenciam que os jovens estudantes que constituem a nossa amostra manifestam uma considerável satisfação com a vida, bem como, que a generalidade dos indivíduos apresenta níveis satisfatórios de afectividade positiva e afectividade negativa e um estilo de vida aproximado com o que se considera ideal. O nível de auto-conceito e auto-eficácia também se situa dentro dos valores médios para a

população normal. No que diz respeito aos resultados referentes às hipóteses de investigação, confirma-se a hipótese 1, que previa que estudantes com bem-estar subjectivo mais elevado evidenciem um melhor estilo de vida. O que vai ao encontro dos dados referidos na literatura, nomeadamente os estudos de Bech, Gudex, & Johansen, (1986) que defendem que um nível elevado de Bem-Estar está associado à menor disrupção do estilo de vida. Relativamente à segunda hipótese, que previa que o auto-conceito seja um preditor do bem-estar subjectivo, os resultados obtidos permitem-nos a sua aceitação. Autores como Gomes & Ribeiro (2001), encontraram uma relação estreita entre o Auto-Conceito e o Bem-Estar e, também, com a Percepção Geral de Saúde. Por fim, a hipótese 3, previa que a auto-eficácia fosse um preditor significativo de um melhor estilo de vida, também se confirmou. Ainda que, a introdução deste factor seja recente, numa revisão da literatura são evidentes alguns estudos significativos para esta temática (Pender *et al.*, 1990; Duffy, 1988).

A discussão dos resultados permitiu-nos verificar que esta investigação é pioneira no que diz respeito à conjugalidade do estudo das variáveis bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia enquanto preditores do estilo de vida.

Apesar de algumas limitações metodológicas, sobretudo no que concerne à generalização de resultados, esta investigação pretende ser um contributo relevante na área de investigação do estilo de vida dos jovens adultos, mais especificamente no que diz respeito aos estudantes de ensino superior.

Deste modo, e no que respeita a futuros esforços de pesquisa, seria importante o desenvolvimento de futuras investigações com recurso a amostras mais equilibradas, realizadas em diversas regiões do país, que considerem a influência de outros factores nos estilos de vida, a fim de possibilitar a comparação dos resultados obtidos com os alunos desta universidade, com os resultados obtidos nas mais diversas universidades portuguesas.

Referências Bibliográficas

- Abolfotouh, M., Bassiouni, F., Mounir, G., & Fayyad, R. (2007). Health related lifestyles and risk behaviors among students living. In *Alexandria University hostels*. East. Mediterra. Health Journal.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: a theory of planned behavior, in J. Kuhl and J. Beckman (eds), *Action-control: From Cognition to Behavior*. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Albuquerque, C.M. (1999). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga Coimbra.
- Alvarez, J. L. M. (1992). *Estilos de Vida, Hábitos Y Aspectos Psicosociales de los Adolescentes: Estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés*. Dissertação de Doutoramento. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Armstrong, N. (1998). *A educação para a saúde: o papel da escola na promoção de estilos de vida activos*. Sociedade Portuguesa de Educação Física e Omniserviços (Eds.). Lisboa.

- Arnett, J. (1997). *Young people's conceptions of the transition to adulthood in cultural and historical context*. Human development. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnold, J. (1997). *Managing careers: Into the 21st century*. London: Paul Chapman Publishing.
- Arteche, A. & Bandeira, D. (2003). *Bem-estar subjetivo: Um estudo com adolescentes trabalhadores*. *Psico-USF*, 8(2), 193-202.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, n° 37, p. 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R.J. DiClementi (Ed), *Adolescents and AIDS*. A generation in jeopardy, (pp.89-116). Newbury Park:Sage.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, n°52, p. 1-26.
- Bandura, A. (2006). Adolescence development from an agentic perspective. In: Pajares, F., & Urdan, T. (ed.). Self-efficacy beliefs of adolescents. Greenwich, *Information Age publishing*, pp. 1-43.
- Balaguer, I. (1999). Estilo de vida de los adolescentes de la comunidad valenciana: Un estudio de la socialización para la vida saludable. *DGICYT* (PB94-1555).
- Balaguer, I., & Castillo, I. (2002). Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Org.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 37-63). Valencia: Promolibro.
- Baltes, P. & Mayer, K. (1999). (Eds.), *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. (1986). The WHO (ten) well-being index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- 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.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berkman, L., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bong, M., & Skaalvik, E. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? In *Educational Psychology Review*, 15 (1), pp. 1-40.
- Bowling, A., (1997). *Measuring Health. A review of quality of life measuring scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brookfield, S. D. (1995). *Becoming a critically reflective teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brookfield, S. D. (1998). Understanding and facilitating moral learning in adults. *Journal of Moral Education, vol. 27, 3*, 283-300.
- Boulter, L., (2002). Self-concept as a predictor of college freshman academic adjustment. *College Student Journal, 36 (2)*, 234-246.

- Brouwers, A., & Tomic, W. (2000). A Longitudinal Study of Teacher Burnout and Perceived Self-Efficacy in Classroom Management. *Teaching and Teacher Education* 16(2), 239–254.
- Bruinsma, M., & Jansen, E. (2006). Educational productivity in higher education: An examination of part of the Walberg educational productivity model. *School Effectiveness and School Improvement*.
- Burns, R. (1979). *The Self-Concept: Theory, measurement, development and behaviour*. London: Longman.
- Burns, R. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman.
- Byrne, B., & Shavelson, R. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 17 (6), 474-481.
- Calfas, K. J., Sallis, J. F., Lovato, C. Y., & Campbell, J. (1994). *Physical activity and its determinants before and after college graduation*. *Medicine, Exercise, Nutrition and Health*, 3, 323-334.
- Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations.
- Chaney, B. (1996). *Lifestyles*. London: Routledge.

Chickering, A. (1969), *Education and Identity*, S. Francisco, Jossey-Bass.

Chickering, A., & Reisser, L. (1993), *Education and Identity*, San Francisco, Jossey- Bass.
(2and edition).

Choi, N. (2005). Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. In *Psychology in the Schools*, 42 (2), pp. 197-205.

Coleman, J., & Husen. (1990). *Tornar-se Adulto Numa Sociedade em Mutação*. Porto: Afrontamento.

Conner, M., & Norman, P. (1994). Comparing the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in health screening. In Rutter, D. & Quine, L. (ed). *Social Psychology and Health : European Perspectives*. Aldershot: Avebury.

Conner, M., & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp.121-162). Buckingham, UK: Open University Press.

Corte-Real, N. (2005). *Desporto, saúde e estilos de vida: diferentes olhares, objectivos e subjectivos, sobre os comportamentos dos adolescentes*. Dissertação de doutoramento não-publicada, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

Costa, M., & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

- Craig, G. (1992). *Human Development* (6th Ed.). New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Darlington, C. D. (1974) *Evolucion del Hombre yde la Sociedad*. Madrid: Aguilar.
- Davís, J. (2000). Actividade física, deport y salud. In J.Davís (Eds.). *INDE Publicaciones*. Barcelona.
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk: A generation in geopardy. In R. DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.

- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. Buunk & F. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being. Perspectives from comparison theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Diener E., & Suh E. (eds.) (2000). *Culture and Subjective well being*. Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). *Recent Findings on Subjective Well-Being*. University of Illinois. Retrieved June, 7, 2005.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Grifflins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dinger, M., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, 11, 360–362.
- Duffy, M. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37 (6), 358-362.
- Durkheim, P. (1963) *L'Education Morale*. Paris: PQF.

- Eccles, J., Templeton, J., Barber, B., & Stone, M. (2003). Adolescence and emerging adulthood: The critical passage ways to adulthood. In. Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. L., & Moore, K. A. (Eds.). *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 383-406). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Esteves, M. (1996). *Auto-conceito Profissional dos Enfermeiros – Um Estudo Diferencial*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Evers, W., Brouwers, A., & Tomic, W. (2002). ‘Burnout and Self-Efficacy: A Study on Teachers’ Beliefs when Implementing an Innovative Educational System in the Netherlands’. *British Journal of Educational Psychology*, 72(June), 227–245.
- Faria, M., Chamorro, C., Carvalho, S., & Rocha, A. (2004). *Auto-cuidado em saúde e consumo de substâncias no ensino superior*. In Ribeiro, J. & Leal, I. (Ed). (2004). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da saúde num Mundo em Mudança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Feist, G.J., Bodner, T. E., Jacobs, J.F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integration top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (1), 138-150.
- Ferraz, M., & Pereira, A. M. S. (2002) A dinâmica da personalidade e o *Homesickness* (saudades de Casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia Saúde & Doenças*, Volume 3, nº2, pp-149-164
- Ferreira, J., & Hood, A. B. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 391-406.
- Fife-Schaw, C. (2000). "Surveys and Sampling Issues" In. Breakwell, G., Hammond, S. & Fife-Schaw, C. (Ed) (2003). *Research Methods in Psychology*. (2ª Edição). London: SAGE.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gomes, M., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 35-45. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto.

- Graber, J., & Dubas, J. (1996). *Leaving home: understanding the transition to adulthood*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gould, R. L. (1978). *Transformations: Growth and change in adult life*. New York: Simon & Schuster.
- Harter, S. (1989). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In Kolligian, J., & Sternberg, R. (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span*. New Haven: Yale University Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Hoffman, L., Paris, S. & Hall, E. (1994). *Developmental Psychology today*. New York: McGraw-Hill.
- Junkin, S. E. (2007). Yoga and self-esteem: explorind change. In *Middle-Aged Women. Kinesiology*. Saskatoon, University of Saskatchewan. Master.

- Keller, S., Maddock, J., Hannover, W., Thyrian J., & Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev. Med.*, 46, 189–195.
- Keniston, K. (1968). *Young radicals*. NY: Harcourt, Brace and World.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-125.
- Lent, R., (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 51(4), 482-509.
- Levinson, D. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Knopf.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- Levinson, D., Darrow, C., Klein, E., Levinson, M., & McKee, B. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine Books.
- Lightsey, O. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in wellbeing. *Counseling Psychologist*, 24, 589-735.

- Lindwall, M. (2004). *Exercising the Self: On the Role of Exercise, Gender and Culture in Physical Self-Perceptions*. Psychology. Stockholm, Stockholm University. Doctoral.
- Linnenbrink, E., & Pintrich, P. (2003). The role of self-efficacy beliefs in student engagement and learning in the classroom. In *Reading & Writing Quarterly*, 19, pp. 119-137.
- Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Maddux, J. E. (1993). Social cognitive models of health and exercise behavior: An introduction and review of conceptual issues. *Journal of Applied Sport Psychology*.
- Martins, A., Pacheco, A. & Jesus, S. (2008). *Estilos de vida de estudantes do ensino superior*. Mudanças – Psicologia da Saúde. 16 (2), Jul-Dez, 100-105p Universidade do Algarve.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional Psychology. *American Psychologist*, 37.
- Matos, M., Hickman, M., & Roberts, C. (1998). Exercise and leisure-time activities. In WHO (Ed.). *Health and health behaviour among young people*.

- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- May, L. N., Byrd, D. A., Brown, K., Beckman, T., & Sizemore, J. (2007). Exploring the relationships among hurt reactivity, social adjustment and psychological well-being. *Psychology Journal*, 4 (2), 50-57.
- McCullough, G., Heubner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- McIntyre, T., 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.
- Mendoza, R., Pérez, M., & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Muhlenkamp, A., & Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35 (6), 334-338.

- Multon, k., Brown, S., & Lent, R. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. In *Journal of Counseling Psychology*, 38 (1), pp. 30-38.
- Murjal, L. (2006). “O Papel da Saúde Escolar na Formação e Desenvolvimento da Criança e Jovem”. In Fonseca, A., & Santos, L. (Coord.). *A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio a Criança.
- Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
- Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-perception profile for college students*. Denver: University of Denver.
- Neugarten, B. L. (1982). Successful aging. Boston: *Annual meeting of the American Psychological Association*.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra.
- O'Donnell, M.P. (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1, 4-5.

- Oliveira, J.H. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV, 281-309.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). *Health Promotion International*, 1 (4):iii-v
Canadian Journal of Public Health, 77 (6):425-30 (1986).
- Pacheco, A. (2008). Estilos de Vida, Qualidade de Vida Pessoal, Motivação e Sucesso Académico: o caso da Universidade do Algarve. Tese de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve.
- Pacheco, A., Jesus, S., & Martins, A. (2008). Motivação e Qualidade de Vida do Estudante no Ensino Superior. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp.103-106). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais, M., & Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Pajares, F., & Miller, M. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: A path analysis. In *Journal of Educational Psychology*, 86 (2), pp. 193-203.

- Pajares, F., & Schunk, D. (2005). Self-efficacy and self-concept beliefs: Jointly contributing to the quality of human life. In Marsh, H.W., Craven, R. e McInerney, D.M (Ed.). *International advances in self research: New frontiers for self research* (vol.II). Greenwich, Informational Age Publishing, pp. 95-121.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pastor, I., & Garcia, M. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*. 10, 1, 15-52.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychology Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39 (6), 326-332.
- Pereira, A. (1998) Apoio ao estudante universitário: *Peer Counselling* (Experiência -piloto) *Psicológica* , Universidade de Coimbra. 20 , 113-124.
- Pereira, A., Fonseca, A., & Silva, C. (2002). Health Behaviour: Understanding Students Sexuality. In *International Journal of Behaviour Medicine*, Vol.9, pp. 215.
- Pearson, T. e Shils, E. (1995) *Toward e General Theorie of Action*. Cambridge: Harvard University Press.

- Perry, W. (1970). *Forms of Intellectual and ethical development in the college years*. New York: Holt, Rinehart e Winton.
- Perry, W. (1981). Cognitive and ethical growth: the making of meaning. In A. Chickering and Associates, *The modern american college: responding to new realities of diverse students and changing society*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Phipps, et al,(1991). *Enfermagem Médico Cirurgica*. (2º Ed). I vol. Lisboa. Lusodidacta.
- Piaget, J. (1976). *Psicologia e epistemologia: Para uma teoria do conhecimento*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Piaget, J. (1977). *Seis estudos de psicologia* (6ªEd.). Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Pietsch, J., Walker, R., & Chapman, E. (2003). The relationship among self-concept, self-efficacy, and performance in mathematics during secondary school. In *Journal of Educational Psychology*, 95 (3), pp. 589-603.
- Pittman, L. D., & Richmond, A. (2008). University belonging, friendship quality, and psychological adjustment during the transition to college. *The Journal of Experimental Education*, 76 (4), 343-361.
- Rapley, M. (2003) *Quality of Life Research: a critical introduction*. London: SAGE Publications.

- Rappaport, C. *Modelo piagetiano*. In Rappaport; Fiori; Davis (1981). *Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais* - Vol. 1. EPU.
- Rebelo, H.M. (2002). *Discursos de Pais e Filhos em Torno da Transição para o Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento. Universidade de Coimbra- FPCE.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 179-191.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e Saúde*. Lisboa, Editora Climepsi.
- Ribeiro, J. (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastrenterologia & Cirurgia*, XIX(103), 159-173.
- Ribeiro J. (2004). Quality of Life is a Primary End-Point in Clinical Settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Ribeiro, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In Dias, M., & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 190-211). Lisboa: Climepsi.
- Rogers, R. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitudes change: a revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Pettrir (Eds.), *Social Psychophysiology: a source book*. New York: Guilford.
- Rogers, C. (1985). *Liberdade para Aprender em nossa década*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ruiz, F., Garcia, M. E. & Gómez, M. (2005). Práctica de actividad físico- deportiva de tiempo libre. In F. Ruiz, M. E. Garcia & M. Gomez (Orgs.), *Hábitos físico-deportivos en centros escolares y universitarios* (pp. 137-162). Madrid: Gymnos.
- Sands, J., & Wilson, A. (2003). Promoção de estilos de vida saudáveis. In Phipps, W. et al. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ª edição), Vol I, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.
- Sanz, E. (2005). *La práctica físico-deportiva de tiempo libre en universitarios: análisis y propuestas de mejora*. Logroño: Universidade de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

- Schuh, J. (1994). Review of education and identity (2ndEd.). *Journal of College Student Development*, 35, 310-312.
- Schwartz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In Kahneman, D., Diener, E. & Schwartz, N. (Eds.), *Well-being: The Foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Seligman, M. (1998). Positive social science. *APA Monitor*, nº1, abr.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential*. Nova York: Free Press.
- Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.
- Serra, A., & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.
- Shavelson, R. J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*.

- Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. In *Review of Educational Research*, 46 (3), pp. 4007-441.
- Sheehy, G. (1976). *Passages*. New York: E. P. Dutton.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XXVI, 3, 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVII, 3, 387-404.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. *Modelos e Práticas em Educação de Adultos*, 301-320, Coimbra: NAPFA.
- Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Skaalvik, E., & Bong, M. (2003). Self-concept and self efficacy revisited: A few notable differences and important similarities. In Marsh, H., Craven, R. & McInerney, D.

(Ed.). *International advances in self research (vol.I)*. Greenwich. Information Age Publishing, pp. 67-89.

Smith, R. (1988). *Learning how to learn: applied theory for adults*. Milton Keynes: Open University Press.

Smith, D., & Leggat, P. (2007). *Tobacco smoking habits among a complete crosssection of Australian nursing students*. *Nurs. Health Science*, 9, 82–89.

Sorokin, P. (1947) *Society, Culture and Personality: Their Structure and Dynamics*. Nova Iorque: Harper.

Stephoe, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.

Stephoe, A., Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R., et al. (1997). Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioral correlates among young Europeans from 21 Countries. *Preventive Medicine*, 26, 845-854.

Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 482-493.

- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Cabral, A., Fernandes, C., Huet, I., Bessa, J., Carvalho, R., & Monteiro, S. (2006). Estratégias de promoção do sucesso académico: Uma intervenção em contexto curricular. *Análise Psicológica, 1* (XXIV), 61-72.
- Teixeira, J.(1993). *Psicologia da saúde e sida*. Lisboa: ISPA.
- Telama, R. (1998). A saúde e o estilo de vida activo dos jovens. In. Sociedade Portuguesa de Educação Física e Omniserviços (Eds.). *A educação para a saúde – o papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis*. Pp.133-151.Lisboa.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health, 65*, 1037-1045.
- Thompson, J., & Handley, H. (1990). Relationship between Teacher Efficacies. Paper presented at the *Annual Meeting of Mid-South Educational Research Association*. New Orleans, LA, November 13-16.
- Turner, J. S., & Helms, D. B. (1990). *Life-span development*. London: Holt, Rinehart & Winston.

- Uhrlass, D., & Gibb, B. (2007). Negative life events, self-perceived competence, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 31 (6), 773-783.
- Villa, A., & Calvete E. (2001). Development of the Teacher Self-Concept. Evaluation Scale and Its Relation to Burnout. *Studies in Educational*, 27(3), 239-55.
- Walker, Z., & Townsend, J. (1999). *The role of general practice in promoting teenage health: A review of the literature*. *Familiar Practice*, 16, 164–172.
- Wallis, C. (2005). The new science of happiness. *Time Mind & Body*, 65, 38-44.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*.
- White, D., & Hood, A. (1989), An assessment of the validity of Chickering's theory of student development". *Journal of College Student Development*, 30, 354-361.
- Whitbourn, S., & Weinstock, C. (1979). *Adult development: The differentiation of experience*. London: Holt, Rinehart & Winston.

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.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

Zaff, J., & Hair, E. (2003). Positive development of the Self: self-concept, self-esteem, and identity. In Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. L. & Moore, K. A. (Eds.). *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 235-251). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Zimmerman, B., & Cleary, T. (2006). Adolescents' development of personal agency. In: Pajares, F. & Urdan, T. (ed.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich, information Age publishing.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado da Administração

Ao cuidado do:

Conselho de Administração da Universidade Lusíada do Porto

Tânia Sofia Marques Silva, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada do Porto, encontrando-se em fase de elaboração da dissertação com o seguinte tema: “ Bem-estar subjectivo, auto-conceito e auto-eficácia: impacto no estilo de vida em estudantes universitários”, tendo como orientadora da tese a Professora Doutora Susana Fernandes, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de instrumentos que visam a concretização dos objectivos propostos nestes estudos.

Para levar a cabo estas investigações considera-se a necessidade de obter uma amostra variada (alunos de diferentes licenciaturas). Garante-se o respeito pela confidencialidade e privacidade da informação recolhida.

Agradecendo desde já a atenção que possa dispensar a este assunto,

A Mestranda

Tânia Sofia Marques da Silva

Anexo 2 – Instrumentos de Avaliação

O presente estudo de investigação tem como objectivo, compreender o impacto e relação de variáveis psicossociais no estilo de vida dos estudantes universitários.

Para atender a este objectivo, é indispensável a sua colaboração. Não existem respostas certas ou erradas, somente respostas que estão mais de acordo consigo, sendo crucial que responda verdadeira e espontaneamente a todos os grupos deste questionário.

Todos os dados obtidos são confidenciais, sendo respeitada a sua privacidade e dignidade.

Questionário Sócio – Demográfico

Idade: _____

Número Processo: _____

Género:	Feminin@ <input type="radio"/>	Masculin@ <input type="radio"/>
Situação Profissional:	Estudant@ <input type="radio"/>	Trabalhador/Estudant@ <input type="radio"/>
Área de Residência:	Rur@l <input type="radio"/>	Urban@ <input type="radio"/>
Habilitações:	Curso: _____	
1º Ciclo	1º An@ <input type="radio"/> 2º An@ <input type="radio"/> 3º An@ <input type="radio"/>	
2º Ciclo	1º An@ <input type="radio"/> 2º An@ <input type="radio"/>	
Pós-graduação	<input type="radio"/>	Outro: _____

SLWS – Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa de Simões, 1992).

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PANAS - Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark e Tellegen, 1988); (Versão portuguesa de Simões, 1993)

Encontra a seguir uma lista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções, na semana passada. Por favor, marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	1 Muito Pouco ou Nada	2 Um Pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
1. Interessado(a)					
2. Aflito(a)					
3. Estimulado (animado)					
4. Aborrecido(a)					
5. Forte					
6. Culpado(a)					
7. Assustado(a)					
8. Hostil (inimigo)					
9. Entusiasmado (arrebatado)					
10. Orgulhoso(a)					
11. Irritável					
12. Atento(a)					
13. Envergonhado(a)					
14. Inspirado(a)					
15. Nervoso(a)					
16. Decidido(a)					
17. Atencioso(a)					
18. Agitado (inquieta)					
19. Activo (mexido)					
20. Medroso(a)					
21. Emocionado(a)					
22. Magoado(a)					

ICAC- Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1985)

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual*, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Costumo se franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que lhe apetece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

“Questionário de Estilos de Vida” de Pacheco (2005); (Adaptado para estudantes universitários por Pacheco, ...)

Os estilos de vida saudáveis estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot referiram que cerca de 50 % dos anos de vida de uma pessoa dependem do seu estilo de vida.

Assinale assim com uma cruz (X) , numa escala de 1 a 6, cada uma das seguintes afirmações:

1- Como considera o seu estilo de vida:

1.1- O meu estilo de vida corresponde ao meu ideal:

Concordo Pouco ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Concordo Muito

1.2- Estou satisfeito com o meu estilo de vida:

Concordo Pouco ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Concordo Muito

1.3- Considero o meu estilo de vida adequado:

Concordo Pouco ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Concordo Muito

1.4- O meu estilo de vida contribui para a minha felicidade:

Concordo Pouco ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Concordo Muito

1.5- Se pudesse alteraria o meu estilo de vida:

Concordo Pouco ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Concordo Muito

2- Em que medida considera a sua vida nos diversos aspectos abaixo indicados:

2.1- Relações com a família:

Pouco Satisfatória ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Muito Satisfatória

2.2- Relações com os seus colegas da Universidade:

Pouco Satisfatória ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Muito Satisfatória

2.3- Relações com os seus amigos:

Pouco Satisfatória ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Muito Satisfatória

3- Como considera o seu consumo nas substâncias abaixo indicadas:

3.1- Consumo de tabaco:

Reduzido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Excessivo

3.2- Consumo de álcool:

Reduzido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Excessivo

3.3- Consumo de café:

Reduzido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Excessivo

3.4- Consumo de outras substâncias:

Reduzido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Excessivo

4- Em que medida se considera satisfeito com o seu comportamento nas seguintes áreas:

4.1- Práticas de condução:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.2- Número de horas de sono:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.3- Hábitos Alimentares:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.4- Alimentação na cantina da Universidade:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.5- Prática de exercício físico:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.6- Comportamentos sexuais:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.7- Hábitos de estudo:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

4.8- Gestão do tempo livre:

Inadequada ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Adequada

Obrigado pela sua colaboração!