



## Universidades Lusíada

Carona, Marta Sofia Magalhães, 1997-

### **Estilos parentais na infância e comportamentos de saúde na idade adulta : locus de controlo como variável mediadora**

<http://hdl.handle.net/11067/6870>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2022
<b>Resumo</b>	<p>Os comportamentos de saúde são ações de promoção de saúde. A crença de que o próprio controla a sua vida (locus de controlo interno) tende a promovê-los, e o contrário ocorre com a crença de que são fatores externos que a controlam (locus de controlo externo). Os estilos parentais mais focados no controlo ou com ausência total deste têm mostrado uma relação positiva com locus de controlo externo e negativa com estes comportamentos; e os mais focados no suporte emocional e com níveis moderados de...</p> <p>Health behaviors are health promotion actions. The belief that one controls one's own life (internal locus of control) tends to promote them, and the opposite occurs with the belief that external factors control it (external locus of control). Parenting styles more focused on control or with total absence of it have shown a positive relationship with external locus of control and a negative relationship with these behaviors; and those more focused on emotional support and with moderate levels of...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Hábitos de saúde, Responsabilidade dos pais, Pais e filhos, Parentalidade
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-29T00:09:52Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Estilos parentais na infância e  
comportamentos de saúde na idade adulta:  
locus de controlo como variável mediadora**

**Realizado por:**  
Marta Sofia Magalhães Carona

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro  
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 23 de março de 2023

Lisboa

2022



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Estilos parentais na infância e  
comportamentos de saúde na idade adulta:  
*locus* de controlo como variável mediadora

Marta Sofia Magalhães Carona

Lisboa

Agosto 2022



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Estilos parentais na infância e  
comportamentos de saúde na idade adulta:  
*locus* de controlo como variável mediadora**

**Marta Sofia Magalhães Carona**

Lisboa

Agosto 2022

Marta Sofia Magalhães Carona

Estilos parentais na infância e  
comportamentos de saúde na idade adulta:  
*locus* de controlo como variável mediadora

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro

Lisboa

Agosto 2022

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Marta Sofia Magalhães Carona  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro  
**Título** Estilos parentais na infância e comportamentos de saúde na idade adulta: *locus* de controlo como variável mediadora  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2022

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CARONA, Marta Sofia Magalhães, 1997-

Estilos parentais na infância e comportamentos de saúde na idade adulta : *locus* de controlo como variável mediadora / Marta Sofia Magalhães Carona ; orientado por Elisa Kern de Castro. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CASTRO, Elisa Kern de, 1976-

LCSH

1. Hábitos de saúde
2. Responsabilidade dos pais
3. Pais e filhos
4. Parentalidade
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Health behavior

2. Parenting

3. Parent and child

4. Parenthood

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA776.9.C37 2022

## **Agradecimentos**

Nesta secção gostaria de agradecer a todas as pessoas que me deram ajuda instrumental e/ou motivacional para a conclusão da minha tese.

Às minhas colegas de curso com as quais partilhei dúvidas, momentos de ansiedade e de conquista, principalmente ao longo deste ano letivo.

Às minhas amigas, pelos momentos de descontração e diversão e também por, apesar da dificuldade em entender a investigação em psicologia como um processo científico, se terem começado a interessar pelo meu trabalho, ajudando-me a refletir acerca de aspetos importantes deste estudo.

À minha família e em particular à irmã, por me ter deixado pensar em voz alta quando me sentia enalhada e sem conseguir completar o raciocínio.

Gostaria de agradecer especialmente à minha orientadora, pela prontidão e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Gostaria ainda de agradecer a todas as pessoas que se interessaram por, num momento ou noutro, perguntar acerca do meu progresso académico e, principalmente, a todos os participantes deste estudo.

## Índice

Resumo.....	8
Abstract.....	9
Introdução.....	10
Enquadramento.....	11
Comportamentos de saúde.....	11
Locus de controlo e teoria do locus de controlo aplicada à saúde.....	15
Locus de controlo e comportamentos de saúde.....	17
Estilos parentais e práticas parentais.....	20
Influência dos estilos parentais na idade adulta.....	23
Estilos parentais e locus de controlo.....	24
Estilos parentais e comportamentos de saúde.....	26
Comportamentos de saúde na idade adulta.....	29
Estilos parentais, locus de controlo e comportamentos de saúde.....	29
Objetivos.....	31
Método.....	32
Participantes.....	32
Instrumentos.....	32
Procedimento.....	36
Resultados.....	36
Discussão.....	41
Conclusão.....	49
Referências.....	52
Anexos.....	64



## Índice de tabelas

Tabela 1 Dados descritivos dos instrumentos.....	37
Tabela 2 Auto classificação da saúde .....	37
Tabela 3 Auto classificação da saúde nos últimos cinco anos.....	38
Tabela 4 Correlações entre comportamentos de saúde, locus de controlo, estilos parentais e idade .....	39
Tabela 5 Variância no autocuidado explicada pelo locus de controlo no acaso .....	40
Tabela 6 Variância no Exercício explicada pelo Locus de controlo interno e pela idade.....	40

## Resumo

Os comportamentos de saúde são ações de promoção de saúde. A crença de que o próprio controla a sua vida (locus de controlo interno) tende a promovê-los, e o contrário ocorre com a crença de que são fatores externos que a controlam (locus de controlo externo). Os estilos parentais mais focados no controlo ou com ausência total deste têm mostrado uma relação positiva com locus de controlo externo e negativa com estes comportamentos; e os mais focados no suporte emocional e com níveis moderados de controlo, parecem estar relacionados positivamente com um locus de controlo interno e comportamentos de saúde que, por sua vez, se relacionam com os praticados na idade adulta. O objetivo geral deste estudo é explorar a relação entre as memórias dos estilos parentais, o locus de controlo e os comportamentos de saúde na idade adulta. O locus de controlo foi medido com a Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde (Versão portuguesa por Cardoso, 2017), os comportamentos de saúde com o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (versão portuguesa por Ribeiro, 1993); e as memórias dos estilos parentais com o EMBU-M (Versão Portuguesa por Canavarro, 1996). Os participantes têm entre os 18 e os 65 anos. O locus de controlo interno teve correlação positiva com a rejeição parental e negativa com o exercício; a idade teve correlação negativa com nutrição e suporte emocional e positiva com exercício; o locus de controlo no acaso teve correlação positiva com autocuidado, explicando uma pequena porção na sua variância. A interação entre locus de controlo interno e idade explica uma percentagem superior na variância dos níveis de exercício do que apenas o locus de controlo interno. Mecanismos defensivos poderão ter contribuído para estas correlações. A sua exploração poderá ajudar a compreender os processos psicológicos que contribuem para uma população saudável.

*Palavras chave: locus de controlo, comportamentos de saúde, estilos parentais, autocuidado, exercício*

## Abstract

Health behaviors are health promotion actions. The belief that one controls one's own life (internal locus of control) tends to promote them, and the opposite occurs with the belief that external factors control it (external locus of control). Parenting styles more focused on control or with total absence of it have shown a positive relationship with external locus of control and a negative relationship with these behaviors; and those more focused on emotional support and with moderate levels of control seem to be positively related to an internal locus of control and health behaviors, which, in turn, are related to those practiced in adulthood. The overall objective of this study is to explore the relation between memories of parenting styles, locus of control and health behaviors in adulthood. Locus of control was measured using the Multidimensional Health Locus of Control Scale (Portuguese Version by Cardoso, 2017), health behaviors measured with the Attitudes and Health Behaviors Questionnaire (portuguese version by Ribeiro, 1993) and memories of parenting styles with EMBU-M (portuguese version by Canavarro, 1996). Participants are between 18 and 65 years old. The internal locus of control was positively correlated with parental rejection and negatively correlated with exercise; age was negatively correlated with nutrition and emotional support and positively correlated with exercise; the chance locus of control was positively correlated with self-care, explaining a small portion of its variance. The interaction between internal locus of control and age explains a higher percentage of variance in exercise levels than the internal locus of control alone. Defensive mechanisms may have contributed to these correlations. Its exploration may help to understand the psychological processes that contribute to a healthy population.

*Key words: locus of control, health behaviors, parenting styles, self-care, exercise*

## Introdução

De acordo com a Teoria do locus de controlo aplicada à saúde, os comportamentos de saúde podem ser explicados com base nas crenças que um indivíduo tem acerca do controlo sobre a sua própria saúde. Ou seja, a crença de que a saúde depende de fatores externos, tende a estar associada a menos comportamentos de saúde e a crença de que a saúde depende principalmente do próprio tende a associar-se a mais destes comportamentos. Os estilos parentais na infância, são um dos preditores da perceção de locus de controlo assim como da prática de comportamentos de saúde. Os comportamentos de saúde na infância, por sua vez, tendem a estar relacionados com os comportamentos de saúde adotados na idade adulta. Visto que a literatura encontrada ainda não correlacionou estas três variáveis simultaneamente em adultos, neste trabalho pretendo estudar a relação entre o locus de controlo das correlações entre os estilos parentais e os comportamentos de saúde na idade adulta.

O Enquadramento teórico está organizado em oito capítulos: no primeiro será explicado o conceito de comportamentos de saúde e os modelos que visam explicá-los; de seguida será explicado o conceito de locus de controlo e a teoria do locus de controlo aplicada à saúde; no terceiro capítulo será explorada a relação entre locus de controlo e comportamentos de saúde; no capítulo quatro deste estudo serão apresentados os conceitos de estilos parentais e de práticas parentais; no quinto é explicada a influência dos estilos parentais na idade adulta; no sexto é explorada a relação entre estilos de parentais e locus de controlo; no capítulo sete é explorada a relação entre estilos parentais e comportamentos de saúde; no oitavo capítulo, é abordada a questão da relação entre os comportamentos de saúde na infância e na idade adulta. E, por último, a informação é resumida num capítulo integrativo.

## **Enquadramento teórico**

### **Comportamentos de saúde**

Comportamentos de saúde podem ser definidos como padrões, ações e hábitos comportamentais manifestos relacionados com a manutenção, restauração ou melhoria da saúde, que estão correlacionados com atributos pessoais (como crenças, expectativas, motivos, valores, perceções e outros elementos cognitivos) e com características de personalidade, incluindo estados emocionais e afetivos (Gochman, 1982). Em 1988, Gochman acrescenta ainda que um comportamento é algo que o próprio faz, e não algo que lhe é feito, ou seja, um comportamento de saúde é diferente de um tratamento no sentido em que não engloba a recuperação fisiológica mas sim, os comportamentos que têm influencia nessa recuperação. Os comportamentos protetores de saúde são ações que reduzem a suscetibilidade de doença ou facilitam a restauração da saúde. A atividade física, o consumo de frutas e vegetais e a adesão a medicação prescrita são comportamentos que têm sido correlacionados com uma melhor saúde e recuperação de doença (Spring et al., 2012), assim como exames médicos de rotina, vacinação e uso de preservativo (Conner, & Norman, 2015). A falta de atividade física, juntamente com uma dieta inadequada, está associada ao aumento de prevalência de obesidade e osteoporose (Lupi et al., 2015). Particularmente, a inatividade física é uma das grandes causas da maioria das doenças crónicas, enquanto isso, a atividade física permite prevenir ou adiar o seu aparecimento (Booth et al., 2012). As doenças crónicas são, por sua vez, das maiores causas de mortalidade e morbidade em todos os países industrializados, até nos grupos etários mais jovens (Lupi, et al., 2015). Os comportamentos de risco para a saúde, por outro lado, podem ser definidos como comportamentos que aumentam a probabilidade de consequências físicas, sociais ou psicológicas adversas (Carr-Gregg et al., 2003).

De acordo com a revisão de Spring et al., (2012), pelo menos cinco categorias consistentemente têm sido relacionada com aumento de mortalidade e morbidade: ter uma dieta elevada em calorias, gorduras, sódio e pobre em nutrientes; níveis baixos de atividade física e níveis elevados de sedentarismo; uso de tabaco; abuso de substâncias, incluindo álcool, medicamentos prescritos e drogas ilícitas; e comportamentos sexuais de risco. O uso do tabaco, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), é responsável por seis milhões de mortes no mundo por ano, incluindo cerca de seiscentas mil mortes por fumo em segunda mão. Segundo um estudo de Stenholm et al. (2016), realizado com indivíduos dos 50 aos 75 anos; acerca do uso do tabaco, da obesidade e da inatividade física como preditores de saúde e doença; ao serem comparados os indivíduos que não executavam nenhum destes comportamentos de risco com aqueles com pelo menos dois destes comportamentos, pôde concluir-se que a esperança média de boa saúde para estes últimos é de mais 8 anos do que os primeiros e, em relação do tempo de vida sem doenças crónicas esta diferenças é de 6 anos. Pode ainda sugerir-se, de acordo com a literatura (Spring et al., 2012), que a eliminação de comportamentos de risco para a saúde preveniria 80% das doenças coronárias, AVC, diabetes tipo 2 e 40% dos cancros.

Existem várias teorias e modelos sociocognitivos que procuram explicar os comportamentos dos indivíduos em relação à sua própria saúde, entre eles: o modelo de crenças de saúde, a teoria do comportamento planeado, o modelo do senso comum da representação da doença, a teoria da motivação para a proteção e a teoria do locus de controlo aplicada à saúde (de Brito et al., 2018). O modelo de crenças de saúde, desenvolvido, na década de 50 por cientistas comportamentais do serviço público de saúde dos Estados Unidos, expressa que, ao considerar a possibilidade de mudança de um determinado comportamento, os indivíduos tomam essa decisão com base no que acreditam ser mais benéfico e menos ameaçador para a sua saúde (Green et al., 2020). Assim, de acordo com

este modelo, a adesão a exames preventivos de saúde e a alteração de determinados comportamentos deve-se principalmente ao quanto o indivíduo se percebe como sendo suscetível de contrair doenças (susceptibilidade percebida); à gravidade percebida de determinada doença; aos benefícios percebidos da adoção de determinado comportamento; das barreiras percebidas à adesão e continuação de um tratamento e às crenças sobre as capacidades de implementar mudanças (autoeficácia) (de Brito et al., 2018).

A Teoria da motivação para a proteção, proposta por Ronald Rogers (1975), propõe que a mudança é motivada pelo medo e que existem três principais componentes que a motivam: a magnitude da nocividade do evento, a probabilidade de este acontecer e a eficácia da resposta protetora. Apesar disso, existem estudos que demonstram que, mesmo que os indivíduos tenham os conhecimentos necessários à aplicação de comportamentos promotores de saúde, estes nem sempre são aplicados (Abraham et al., 2018). Abraham et al. (2018) estudaram os hábitos alimentares de estudantes universitários e o seu conhecimento nutricional e demonstraram, através dos questionários aplicados que, apesar de os estudantes terem um bom conhecimento acerca da influência de diferentes alimentos na sua saúde, as escolhas alimentares foram maioritariamente baseadas na conveniência em adquiri-los e na preferência de sabor.

Segundo a teoria do comportamento planeado, proposta por Ajzen (1985, 1991), o principal preditor de um determinado comportamento é a intenção de o executar. Esta intenção, por sua vez, pode ser prevista pela atitude em relação ao comportamento, pela norma subjetiva (perceção da perspectiva dos outros em relação ao comportamento) e pelo controlo percebido (Ajzen, 1991).

O Modelo do Senso Comum, proposto por Leventhal et al. (1980), postula que são as representações que o indivíduo tem da doença que guiam os mecanismos de coping para gerir as ameaças à saúde. Tem como foco principal a ideia de que os indivíduos tendem a lidar

com a doença da mesma forma como lidam com problema diários, tentando reestabelecer o equilíbrio (de Brito et al., 2018).

A Teoria do locus de controlo procura explicar os comportamentos de saúde com base nas expectativas que o indivíduo tem acerca do controlo que tem sobre a sua própria saúde (de Brito et al., 2018). Ou seja, de acordo com esta teoria, os comportamentos de saúde adotados pelo indivíduo vão depender de este acreditar que a sua saúde depende das suas próprias ações ou se, por outro lado, está dependente de outros ou do acaso.

Pode então dizer-se que, de acordo com os modelos sociocognitivos da saúde, os comportamentos relacionados com a saúde são resultado das crenças subjetivas relativamente à saúde e à doença. Assim, é a forma como cada indivíduo percebe as suas próprias experiências que vai influenciar o modo como cada um escolhe comportar-se relativamente à sua saúde (de Brito et al., 2018).

Podemos ainda referir o modelo transteórico da mudança do comportamento. Este modelo postula que a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo que consiste em vários níveis de motivação para a mudança, sendo estes níveis denominados estágios, que correspondem às atividades através das quais os indivíduos podem alterar o seu comportamento. Este modelo foi originado a partir de estudos acerca da mudança de comportamento em fumadores (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983), sendo então proposto por Prochaska, em 1984, a partir de uma análise comparativa de teorias de psicoterapia e mudança de comportamento. Atualmente é aplicada a vários comportamentos relacionados com a saúde como a atividade física, alimentação (de Menezes, et al., 2016), e até comportamentos patológicos de risco, como o abuso de álcool (Felicíssimo et al., 2014) entre outros; e propõe a existência de seis principais estágios de mudança comportamental: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação, manutenção e término. A fase da pré-contemplanção é caracterizada pela ausência de intenção de realizar a mudança



de comportamento nos próximos 6 meses; na fase da contemplação existe a intenção de realizar a mudança nos próximos 6 meses; na fase da preparação, o indivíduo tem intenção de a realizar nos próximos 30 dias e já foram tomados passos na direção da mudança; a fase da ação caracteriza-se pela realização do comportamento há menos de 6 meses enquanto que durante a manutenção o comportamento já se mantém há mais de 6 meses; na fase do término não existe qualquer intenção de recaída no comportamento anterior (Prochaska & Velicer, 1997).

### **Locus de controlo e teoria do Locus de controlo aplicada à saúde**

A teoria do locus de controlo foi originada a partir da teoria da aprendizagem social de Rotter (1954) segundo a qual os indivíduos aprendem ao observar os acontecimentos à sua volta, a partir dos quais criam a expectativa de que determinado comportamento vai resultar numa determinada consequência. De acordo com Rotter (1966), se as consequências de um determinado comportamento vão ou não reforçá-lo, depende da perceção que o indivíduo tem acerca do controlo que tem sobre essas consequências. Assim, os efeitos do reforço de um determinado comportamento dependem das expectativas generalizadas individuais em relação ao seu locus de controlo, como sendo externo ou interno; ou seja, se um comportamento tiver uma consequência positiva, este só será reforçado se o indivíduo interpretar essa consequência como tendo resultado do seu comportamento.

O locus de controlo percebido pode então ser definido como o grau em que os indivíduos consideram ter controlo sobre os eventos que os afetam, um locus de controlo interno significa que o indivíduo acredita ser ele o responsável por esses eventos, enquanto que um locus de controlo externo refere-se à crença de que os acontecimentos que o afetam devem-se a forças externas (Rotter, 1954). O Locus de controlo Externo pode ser relativo a outros poderosos, ou seja, quando o indivíduo acredita que os acontecimentos que o afetam estão dependentes de outros ou pode ser relativo ao acaso/destino, o que implica a crença de

que esses acontecimentos não dependem nem do próprio nem dos outros, mas sim que são aleatórios ou predestinados. (Levenson, 1981). Assim, de acordo com a teoria de locus de controlo aplicada à saúde, os comportamentos de saúde podem ser explicados com base na crença relativamente ao controlo que o indivíduo tem sobre a sua própria saúde, sendo que um locus de controlo externo relativamente à saúde implica que o indivíduo acredita que o seu estado de saúde depende de fatores externos e um locus de controlo de saúde interno significa que o indivíduo acredita que são as suas próprias escolhas e ações que vão influenciar o seu estado de saúde (de Brito et al., 2018).

Já foi estudada a relação do locus de controlo com diversas áreas da vida dos indivíduos, como comportamentos de saúde (Cobb-Clark et al., 2014), obesidade (Neymotin & Nemzer, 2014), performance académica e performance laboral (Cobb-Clark, 2015). Segundo Culpin, et al. (2015) o locus de controlo é ainda responsável por mediar a correlação entre adversidade a nível social e o surgimento de depressão no início da idade adulta, pois estes autores encontraram uma correlação positiva entre a adversidade social e uma orientação externa do locus de controlo externo e uma correlação positiva entre esta e a depressão.

Também relativamente à idade já foi encontrada uma correlação com o locus de controlo, na medida em que, em adultos mais velhos o locus de controlo externo tende a predominar em relação ao interno (Jacobs-Lawson et al., 2011). Segundo estes autores, num estudo feito com indivíduos dos 54 aos 84 anos, uma possível explicação para este fenómeno será que, à medida que envelhecem, os indivíduos aceitam o facto de que os outros têm um maior impacto no seu estado de saúde assim, alterar o seu locus de controlo leva-os a renunciar alguma da responsabilidade pela própria saúde, o que poderá ser um mecanismo usado para proteger a sua autoestima. Também a presença de doenças crónicas pode ser um fator relevante na orientação do locus de controlo (Bonetti, et al., 2007). Segundo Bonetti, et

al, 2007, indivíduos com doenças crônicas tendem a ter expectativas mais baixas relativamente ao controle que têm na sua própria saúde e expectativas significativamente mais elevadas tanto em relação ao papel dos outros como em relação ao papel do acaso nesta contrariamente; aqueles sem condições crônicas de saúde apresentam maior autoeficácia e percepção de maior controle sobre a sua saúde.

### **Locus de controle e Comportamentos de Saúde**

Tem sido demonstrado, por vários autores, a influência do locus de controle no modo como as pessoas se comportam relativamente à sua saúde (Staniszewska et al., 2017; Cobb-Clark, et al., 2014). Cobb-Clark et al. (2014) recolheram informação de mais de dez mil indivíduos através do HILDA (Household, Income and Dynamics in Australia), que consiste num levantamento de informação longitudinal de uma amostra representativa de famílias australianas, e encontraram evidências de que indivíduos com uma orientação interna do locus de controle tendem a ter uma alimentação mais saudável, a fazer mais exercício físico, a fumar menos e a evitar bebidas alcoólicas em excesso; verificaram ainda que estas correlações se mantêm mesmo depois de controlado o valor que os indivíduos dão à sua própria saúde. O locus de controle interno está ainda associado à deteção precoce de cancro do colo do útero, como demonstram Muhith et al., 2020, num estudo realizado com 393 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos, em que foi investigada a relação do locus de controle e da recorrência ao método de inspeção visual com ácido acético como forma de deteção. Segundo Mautner et al (2017), através de medidas de autorrelato num estudo feito com adultos de diferentes idades (do 19 aos 94 anos), o Locus de Controle é também um bom preditor de recorrência a serviços de emergência de saúde, mais especificamente, um locus de controle interno tem uma correlação negativa com o número de visitas e admissões no serviço de emergência enquanto um locus de controle externo está positivamente correlacionado com este número.

Bennett et al., (2017) estudaram ainda a relação entre o locus de controlo e o uso de aplicações digitais de monitorização (tracking) de comportamentos de saúde em estudantes universitários. Segundo este estudo, uma orientação interna do locus de controlo explica significativamente a variância na disposição para usar aplicações e online trackers dos comportamentos de saúde, enquanto uma orientação externa para o acaso não prevê o uso deste tipo de aplicações. No entanto, uma orientação externa para outros poderosos também prevê o seu uso. Os autores sugerem que este resultado pode estar relacionado com a ideia de que, indivíduos com uma orientação de locus de controlo externa para outros poderosos estarem mais dispostos a seguir as recomendações para o seu uso, mencionando um estudo de Wallston e Wallston (1978) em que os autores demonstraram que indivíduos com este tipo de orientação de locus de controlo estão mais dispostos a monitorizar os seus comportamentos devido ao receio de não cumprir as recomendações do médico. Também Helmer et al. (2012) num estudo feito com estudantes universitários, concluíram que um locus de controlo em outros poderosos, no que toca especificamente aos profissionais de saúde, está associado a melhor nutrição e redução no consumo de drogas, no entanto, uma orientação de locus de controlo para o acaso, correlaciona-se positivamente com comportamentos prejudiciais à saúde, nomeadamente com o uso do tabaco, baixa atividade física e uma menor atenção à alimentação saudável. Assim, um locus de controlo externo não só se correlaciona negativamente com comportamentos promotores de saúde (Mercer et al., 2018) como também se pode relacionar positivamente com comportamentos prejudiciais à saúde (Helmer et al., 2012).

A relação entre locus de controlo e comportamentos de saúde pode também ser encontrada em indivíduos com condições crónicas de saúde, como demonstram Staniszewska et al. (2017) e Mercer et al., (2018). Os primeiros estudaram esta relação em pacientes epiléticos e Mercer et al., (2018) estudaram-na em pacientes cardíacos. Em ambos os estudos

foi obtida uma correlação positiva entre locus de controlo interno e comportamentos de saúde e uma correlação negativa entre locus de controlo externo e estes comportamentos. Apesar disto, existem outros estudos realizados com pacientes de doenças crónicas que demonstram a existência de uma correlação positiva tanto entre locus de controlo interno como entre locus de controlo externo (outros poderosos) e comportamentos de saúde, mas mais forte entre locus de controlo externo (outros poderosos) e esses comportamentos, nomeadamente, Janowski et al. (2013), que estudaram este fenómeno em pacientes com várias doenças crónicas; os autores referem a necessidade de ter em conta fatores sociodemográficos como idade, género, educação e estado civil.

O locus de controlo pode também estar correlacionado com o número de horas de sono, como demonstra o estudo de Rucas e Miller (2013), realizado com bombeiros. Neste estudo tanto o excesso como a falta de sono, apresentaram uma correlação positiva com uma orientação externa do locus de controlo. De acordo com estes autores, ainda se pôde concluir que a acumulação da falta de sono (neste caso devido aos turnos da noite) conduziu a um aumento da orientação externa do locus de controlo, tornando esta correlação bidirecional.

Vargas (2016), na sua tese de doutoramento feita com estudantes universitários, que tinha como objetivo estudar as relações entre várias características individuais (entre eles o locus de controlo) e as diferentes etapas do modelo transteórico da mudança de comportamento, demonstrou a existência de uma correlação positiva significativa entre a fase da pré-contemplação do modelo transteórico de mudança de comportamento e uma orientação externa de locus de controlo. Este autor propõe que este resultado pode significar que os estudantes que não tencionam fazer exercício físico nos próximos dias, acreditam que os fatores que influenciam a não realização do mesmo são maioritariamente externos.

No entanto, de acordo com um estudo de Lemarié et al., (2019), os indivíduos com uma orientação interna de locus de controlo tendem a praticar uma condução menos cuidada,

enquanto isso, aqueles com uma orientação externa tendem a ser condutores de menor risco. Segundo estes autores, uma orientação interna de locus de controlo pode implicar a crença de que os próprios possuem as habilidades necessárias e o controlo suficiente para evitar um acidente mesmo adotando um comportamento de condução de risco.

### **Estilos Parentais e Práticas parentais**

De acordo com Diana Baumrind (1966), os estilos parentais podem ser definidos como o conjunto de atitudes e práticas dos pais em relação aos filhos que caracteriza a natureza da interação entre eles. Por sua vez, as práticas parentais são caracterizadas pelas estratégias utilizadas pelos pais, que têm objetivos específicos relativamente ao comportamento da criança são, portanto, formas de os pais alcançarem os seus objetivos diretamente (Darling & Steinberg, 1993). Os estilos parentais podem, então, ser entendidos como o contexto e clima emocional em que as práticas parentais são implementadas e são constituídos por estas, juntamente com outros aspetos que influenciam a criança de forma indireta, como a linguagem corporal e o tom de voz (Darling & Steinberg, 1993). São as expressões dos pais em direção aos filhos que caracterizam a natureza das interações (Cassoni, 2013).

Baumrind (1966) identificou três estilos parentais principais: autoritário, permissivo e autoritativo. De acordo com o esquema de classificação quadripartida de Maccoby & Martin (1983) estes estilos podem ser classificados de acordo com duas principais dimensões: exigência e responsividade. A exigência refere-se às atitudes que têm como objetivo o controlo do comportamento da criança através de limites e regras (Maccoby & Martin, 1983) assim como às exigências de maturidade, supervisão e disciplina (Baumrind, 1991); por sua vez, a responsividade refere-se ao grau com que os pais revelam calor afetivo, aceitação e envolvimento.

É também possível classificar os diferentes estilos parentais de acordo com as dimensões propostas por Perris et al., (1980): a Sobreproteção, o Suporte Emocional e a Rejeição.

A sobreproteção pode ser entendida como um envolvimento excessivo por parte dos pais nas atividades das crianças (de Roo et al., 2021). O suporte emocional, refere-se a um comportamento parental que faz com que a criança se sinta aceita e aprovada pelos pais e confortável na sua presença. A rejeição pode ser entendida como um tipo de controlo indutivo, em que os pais manifestam o seu desagrado relativamente a um determinado comportamento da criança através da negação de atenção e/ou afeto, como explicam Arrindell e Van der Ende, (1984) no seu estudo de validação de contrutos do instrumento EMBU (instrumento de medida dos estilos parentais).

O estilo autoritário consiste numa grande rigidez na imposição de regras, assim como do uso de punição, frequentemente corporal, quando estas não são cumpridas; deste estilo parental é também característica a ênfase da obediência através do respeito à autoridade e à ordem (Cassoni, 2013). De acordo com o esquema de classificação quadripartida de Maccoby & Martin (1983) o estilo autoritário pode ser classificado como rejeitante, não responsivo e centrado no adulto, ou seja, com a dimensão de responsividade baixa e com valores médio/elevados nas dimensões de controlo e sobreproteção e médio baixo na dimensão de suporte emocional. Os pais que adotam este estilo parental tendem a estabelecer regras rígidas independentemente da participação da criança, não valorizando o diálogo, autonomia ou expressão de opinião por parte da criança (Cassoni, 2013).

O estilo permissivo consiste num nível elevado de envolvimento e responsividade, assim como uma muito baixa exigência relativamente à criança, ou seja, não há qualquer controlo sobre o comportamento da criança; a prioridade é a liberdade e independência da criança (Baumrind, 1993). De acordo com a Proposta de Maccoby e Martin (1983) este estilo

pode ser subdividido em dois subtipos: indulgente ou negligente, sendo esta a principal diferença entre a proposta de Baumrind (1966), o que permitiu distinguir de entre os pais com baixo controle, uma variação no nível de responsividade (Cassoni, 2013). Ambos estes estilos são baixos na dimensão de exigência/controlado e diferem na dimensão de responsividade; em que o estilo indulgente se caracteriza por uma elevada responsividade e o estilo negligente por uma baixa responsividade (Maccoby & Martin, 1983). No estilo negligente predomina uma ausência emocional completa, ou seja, não é exigido nada da criança e há pouca resposta às suas necessidades (Baumrind, 1993). Os pais que praticam um estilo permissivo indulgente não estabelecem limites à criança permitindo que ela monitorize o seu próprio comportamento e tendem a satisfazer qualquer exigência dos filhos. Por outro lado, os pais que praticam um estilo parental permissivo negligente além de não monitorizarem o comportamento da criança, têm um papel pouco participativo na tarefa de socialização da criança e tendem a responder apenas às necessidades básicas dos filhos (Cassoni, 2013).

O estilo autoritativo incluiu um nível médio tanto de exigência como de responsividade, o foco principal é o reforço positivo e a exploração das capacidades da criança; a criança pode explorar o mundo com liberdade e também com alguns limites; neste estilo parental há um maior foco nas consequências dos seus comportamentos do que em punições (Maccoby & Martin, 1983; e Diana Brimund, 1993). Os pais que adotam este estilo parental impõem a disciplina de forma consistente e tende a predominar uma comunicação aberta baseada no respeito mútuo na qual é frequentemente solicitada opinião e encorajada a tomada de decisões (Cassoni, 2013).

Vários autores, através de uma análise de clusters, agrupam os estilos propostos por Baumrind nas 3 dimensões propostas por Perris, Jacobson, Lidstrom von Knorring e Perris (1980) (Correia, 2012; Marques, 2012; Prioste, 2014). Por exemplo, Ana Prioste (2014) na sua tese de doutoramento, classifica o estilo autoritativo como sendo elevado em suporte



emocional e em sobreproteção e baixo em rejeição; o estilo permissivo como elevado em suporte emocional e baixo em sobreproteção e em rejeição; e o estilo autoritário como tendo níveis elevados de rejeição e de sobreproteção, e níveis baixos de suporte emocional.

### **Influência dos Estilos Parentais na idade adulta**

Apesar de, na entrada da idade adulta, as relações entre os filhos e os pais sofrerem alterações e o apoio tornar-se mais bidirecional (Fingerman & Birditt, 2011), o apoio parental serve como rede segura e como andaime na transição para a idade adulta (Swartz, et al., 2011). No início desta fase os pais tendem ainda a ter um envolvimento elevado na vida dos filhos, dando apoio prático, emocional e financeiro (Fingerman et al., 2012). No geral, as experiências adquiridas durante a infância tendem a ter uma influência que perdura na idade adulta (Mersky et al., 2013 e Campbell et al., 2016), tanto as negativas como as positivas (Geng et al., 2021). As experiências adversas durante a infância estão relacionadas com problemas de saúde ao longo da vida, maior envolvimento em violência, gravidez não planeada, encarceração e desemprego (Bellis et al., 2014) e ainda, segundo Mersky et al. (2013) com o uso de certas substâncias como tabaco e álcool. Além disso, indivíduos com um historial de experiências adversas durante a infância, têm maior risco de expor os seus próprios filhos a esse tipo de experiência, sugerindo um tendência à ciclicidade do fenómeno (Bellis et al., 2014). Já as experiências positivas tendem a ter uma correlação positiva com a saúde na idade adulta, podendo até neutralizar o efeito das experiências adversas (Crandall, et al., 2019).

Assim, os estilos parentais vividos durante a infância e adolescência continuam e ter uma elevada influência particularmente no início da idade adulta (de Kwon et al., 2016; Spokas & Heimberg, 2009) e estão correlacionados com diversas características da personalidade na vida adulta (Savitha & Venkatachalam, 2016) e também com a saúde mental no geral (Bartonn & Hirsch, 2016). Por exemplo, Fulton et al., (2014) estudaram a

relação entre a sobreproteção parental percebida e sintomas de ansiedade e os seus resultados indicaram que esta está correlacionada com a severidade dos sintomas. Também a rejeição parental pode estar correlacionada com um desajustamento psicológico na idade adulta, como demonstra a meta-análise de Ali et al. (2019), para a qual foram recolhidos 102 estudos de 17 países com o objetivo de estudar a associação entre a rejeição parental indiferenciada com o ajustamento psicológico atual das crianças. Os estudos incluídos mediam a percepção de vários aspetos dos estilos parentais em crianças e as memórias dos estilos parentais em adultos, assim como o ajustamento psicológico em ambas as populações. Segundo os resultados da meta-análise, a rejeição indiferenciada na infância está relacionada com desajustamento psicológico tanto nas crianças como nos adultos.

No estudo de de Kwon et al. (2016), feito com alunos universitários coreanos, através de medidas de autorrelato, os autores concluíram que o locus de controlo externo está correlacionado com o chamado “Helicopter parenting”, que é um estilo parental caracterizado por um elevado nível de controlo e com pouca possibilidade de autonomia. Os estilos parentais podem ainda, através do locus de controlo estar associados a perturbações psicológicas específicas, de acordo com Spokas e Heimberg, (2009), a sobreproteção parental está associada a ansiedade social, tendo o locus de controlo externo como mediador dessa correlação.

### **Estilos Parentais e Locus de controlo**

Apesar de os vários níveis do mesosistema em que a criança está inserida influenciarem a orientação do locus de controlo (Pares, vizinhança, características individuais), o ambiente familiar é o determinante mais proeminente no desenvolvimento do locus de controlo (Ahlin & Antunes, 2015). Ahlin e Antunes (2015), estudaram a influência de vários aspetos relacionados com o ambiente de desenvolvimento das crianças e jovens, incluindo rigidez na disciplina, supervisão e calor parental. De acordo com os resultados

deste estudo, existe uma correlação positiva entre rigidez na disciplina e um locus de controle externo assim como uma correlação positiva tanto entre calor parental e uma orientação interna de locus de controle interno como entre supervisão e também um locus de controle interno. Ou seja, segundo este estudo, mais importante ainda do que o controle parental para o desenvolvimento da orientação interna do locus de controle, é a forma como este é exercido. Neste caso, a supervisão refere-se ao estabelecimento de horários e rotinas e a rigidez na disciplina refere-se a disciplina excessiva. Também a sobreproteção já foi associada a uma orientação externa de locus de controle (Spokas & Heimberg 2009).

Georgiou et al., (2017) estudaram a ação mediadora do locus de controle na relação entre os estilos parentais e bullying, e encontraram uma correlação positiva entre um estilo parental autoritário e experiências tanto de bullying como de vitimização e uma correlação negativa entre o estilo autoritativo e estas mesmas experiências. Estes autores confirmaram a sua hipótese de estas correlações serem mediadas pelo locus de controle, na medida em que um estilo parental autoritário prevê uma redução no locus de controle interno da criança o que, por sua vez prevê o aumento de experiências de bullying e vitimização; por outro lado, um estilo parental autoritativo prevê o aumento do locus de controle interno, ou seja, segundo este estudo, um estilo parental autoritário correlaciona-se positivamente com um locus de controle externo e um estilo autoritativo correlaciona-se positivamente com um locus de controle interno.

Uma e Manikandan (2014) além de encontrarem também uma correlação positiva entre o estilo autoritativo e o locus de controle interno e entre o estilo autoritário e o locus de controle externo, encontram ainda uma correlação positiva entre um estilo parental permissivo e um locus de controle externo, num estudo feito com estudantes universitários. Roazzi et al., (2016) compararam o locus de controle entre crianças vítima de maus tratos e um grupo de controle e demonstraram que as crianças vítimas de maus tratos tendem a

demonstrar pouca confiança na possibilidade de terem impacto nas suas experiências, ou seja, tendem a ter o locus de controlo externo mais elevado do que o interno.

### **Estilos Parentais e Comportamentos de Saúde**

Vários estudos têm concluído a existência de correlação entre estilos parentais e comportamentos de saúde na infância (Davids & Roman, 2014; Hennessy et al., 2012; Philips et al., 2014). A literatura refere que, apesar da existência de vários fatores que influenciam o comportamento alimentar infantil, um dos principais é o ambiente familiar (Aparício 2016; Scaglioni et al., 2018). Na revisão de literatura de Aparício (2016), a autora realça a importância do contexto social no comportamento alimentar das crianças e enfatiza a correlação negativa entre práticas de coação alimentar e a preferência das crianças por esses alimentos. Ainda segundo este estudo de revisão, estas práticas de controlo excessivo têm sido associadas a uma menor autorregulação da criança e, conseqüentemente alterando o autocontrolo responsável pela sensação de fome e saciedade, podendo conduzir à obesidade no futuro. Ainda no que toca ao comportamento alimentar, quando predomina um estilo parental alimentar permissivo, a alimentação da criança tende a ser de um consumo mais elevado de alimentos de baixo valor nutricional (Hennessy et al., 2012). Portanto, tanto abordagens de excessivo controlo como de elevada permissividade, tendem a correlacionar-se com comportamentos prejudiciais à saúde.

Segundo Andrade (2014), além de fatores como o conhecimento nutricional dos pais, a perceção de controlo que os pais têm acerca do comportamento alimentar dos filhos serem preditores da qualidade do comportamento alimentar das crianças, também a dimensão de responsividade parental é uma variável determinante no comportamento alimentar infantil. Esta autora acrescenta ainda que esta relação poderá ser bidirecional, ou seja, pais que já tenham uma dieta saudável podem não ter necessidade de ter uma atitude exigente e controladora em relação à alimentação, o que reduz a necessidade de imposição de normas.

As revisões de literatura de literatura de Davids e Roman, (2014) e de Becoña et al., (2012) reveem vários estudos que correlacionam os estilos parentais a diferentes comportamentos de saúde. Davids e Roman, (2014) recolheram dados de 11 estudos feitos com populações de diferentes países (EUA, Irão, Austrália, Ilha do Pacífico, Inglaterra e Tailândia) e concluíram que a maioria deles demonstrou uma correlação positiva entre o estilo parental autoritativo e a prática de atividade física nas crianças. Sleddens et al. (2011), numa revisão sistemática acerca dos estilos parentais, obesidade e de comportamentos indutores de obesidade, chegam à conclusão de que as crianças criadas com um estilo parental autoritativo tendem a ter uma alimentação mais saudável, a praticar mais atividade física e a ter níveis mais baixos de índice de massa corporal, quando comparadas com crianças criadas com os estilos autoritário, permissivo e negligente. Na revisão de literatura de Becoña et al. (2012) os autores reveem os estudos publicados nos 30 anos anteriores a data da realização da mesma e concluem que o estilo autoritativo é o estilo mais protetor no que toca ao consumo de substâncias, enquanto isso, o estilo negligente é um fator de risco para o seu consumo.

Num estudo em que foram avaliadas as horas de sono, da atividade física e do comportamento sedentário das crianças através dos relatos parentais, assim como o comportamento alimentar e os múltiplos construtos parentais, Philips et al., (2014) chegaram a algumas conclusões relevantes, nomeadamente que o construto de controlo coersivo se correlaciona positivamente com o consumo de elementos de elevado teor de açúcar e que, por outro lado, o controlo comportamental se correlaciona negativamente com a alimentação emocional (emotional eating) sendo este último tipo de controlo característico de um estilo parental autoritativo. Também no que toca à higiene oral, existem estudos que a correlacionam com o estilo praticado pelos pais, nomeadamente, Quek et al. (2021) estudaram esta correlação com pais de crianças dos 4 aos 6 anos de idade e demonstram que

filhos de pais que praticam um estilo parental autoritativo têm práticas de higiene oral mais adequadas e atitudes mais positivas relativamente à saúde oral preventiva quando comparadas com filhos de pais que praticam um estilo parental permissivo.

Relativamente ao consumo de frutas e vegetais Philips et al., (2014) encontraram uma correlação negativa, ainda que fraca, entre este hábito e o construto de sobreproteção. No que toca à nutrição, é de realçar a importância das práticas e estilos parentais alimentares, ou seja, as práticas e estilos parentais específicos no contexto de alimentação. Hennessy et al., 2012, encontraram uma correlação positiva entre um estilo parental permissivo no contexto da alimentação e o consumo de alimentos densos de baixo valor nutricional (com densidade energética elevada e valor nutricional baixo). Na revisão de literatura de Vaughn et al. (2016) os autores exploram o controlo coercivo no contexto alimentar e tanto a restrição alimentar como a pressão para consumir os alimentos desejados, quando feitas de forma autoritária e sem ter em conta as necessidades e autonomia das crianças, podem ter consequência negativas na sua alimentação, mais concretamente, a restrição tende a estar associada a um maior desejo de consumir os alimentos restritos e a pressão para consumir os alimentos saudáveis a uma maior aversão por estes. Também o uso de comida como recompensa (alimentação instrumental) e para conforto emocional tende correlacionar-se positivamente com o consumo de alimentos de elevado valor calórico e negativamente com o consumo de fruta da criança (Rodenburg et al., 2014). Da mesma forma, o encorajamento foi negativamente associado com o consumo de elementos com elevado valor calórico (Rodenburg et al. (2014) e positivamente com o consumo de frutas e vegetais (Vaughn et al., 2016). No entanto, os estilos parentais específicos da alimentação, podem ser moderados pelo estilo parental geral (Hennessy et al., 2012; Sleddens et al., 2014). Por exemplo, segundo Hennessy et al., 2012 a restrição alimentar pode operar de forma diferente dependendo do estilo parental utilizado, ou seja, quando um pai/mãe permissivo restringe ou monitoriza a

alimentação da criança, isso leva-a a consumir mais do alimento restringido; por outro lado, esta restrição/ monitorização pode ser bem-sucedida se o estilo de parentalidade não for permissivo.

### **Comportamentos de saúde na idade adulta**

Os comportamentos de saúde aprendidos durante a infância tendem a manter a sua influência na idade adulta (Aparício, 2016, Craigie et al., 2011). Na revisão de literatura de Aparício (2016), a autora realça não só a importância do contexto social na criação de hábitos alimentares nas crianças como também a probabilidade de estes se manterem na vida adulta. Craigie et al. (2011), com o objetivo de compreender os determinantes da infância na obesidade da idade adulta, reviram vários estudos acerca do rastreio da atividade física e alimentação desde a infância/ adolescência até à idade adulta e concluíram que estes comportamentos, iniciados na infância, tendem a manter a sua influência na idade adulta. Também Simmonds et al. (2016), numa meta análise sobre a capacidade de o índice de massa corporal na infância e na adolescência prever a obesidade na idade adulta e concluem que a obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na idade adulta, sendo que as crianças obesas têm cerca de cinco vezes mais probabilidade de sofrer de obesidade na idade adulta do que crianças não obesas.

### **Estilos parentais, locus de controlo e comportamentos de saúde**

Recapitulando, vários autores têm estudado as relações existentes entre a perceção de controlo que os indivíduos têm acerca da sua própria saúde e da forma como esta se traduz em comportamentos promotores de saúde (Mautner et al., 2017); relacionando uma orientação interna de locus de controlo com uma maior tendência para praticar comportamentos promotores de saúde do que uma orientação externa (Cobb-Clark et al., 2014; Mercer et al., 2018). O Locus de controlo tem também sido correlacionado com os estilos parentais, mais concretamente um locus de controlo interno tem sido associado a um

estilo parental autoritativo enquanto um locus de controlo externo tem sido associado aos estilos permissivo e autoritário (Georgiou et al., 2017; Ahlin & Antunes, 2015; Uma & Manikandan, 2014). Um estilo autoritativo tem também sido associado a mais comportamentos de saúde contrariamente aos estilos permissivo e autoritário (Davids, & Roman, 2014; Hennessy et al., 2012; Vaughn et al., 2016; Sleddens et al., 2011). Os estilos parentais, além da influência que exercem no locus de controlo das crianças e adolescentes, estão também correlacionados com o locus de controlo na idade adulta (Kwon et al., 2016). Posto isto, é ainda importante referir que as experiências na infância tendem a manter a sua influência nos comportamentos de saúde e de risco na idade adulta (Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes, & Harrison, 2014 e Campbell, Walker, & Egede, 2016) e que os comportamentos de saúde na infância tendem a estar correlacionados com os comportamentos de saúde adotados na idade adulta (Aparício, 2016).



## Objetivos

O objetivo geral do estudo é explorar a relação entre as memórias dos estilos parentais, o locus de controlo e os comportamentos de saúde na idade adulta.

Tendo em conta as relações encontradas entre estilos parentais e comportamentos de saúde (Davids e Roman, 2014), estilos parentais e locus de controlo (Uma & Manikandan, 2014), locus de controlo e comportamentos de saúde (Cobb-Clark et al., 2014) e ainda, as evidências de que os comportamentos de saúde tendem a manter-se na idade adulta (Aparício, 2016); proponho que existe uma correlação entre os estilos parentais na infância, o locus de controlo e os comportamentos de saúde na idade adulta. Os objetivos específicos são: examinar o papel do estilo parental autoritário, do estilo permissivo e do locus de controlo externo para os comportamentos de saúde; examinar o papel do estilo parental autoritativo e do locus de controlo interno nos comportamentos de saúde; e comparar estas variáveis (estilo parental, locus de controlo e comportamentos de saúde) nos diferentes grupos sociodemográficos. Assim, as hipóteses propostas são as seguintes: a) um estilo parental autoritário está negativamente correlacionado com comportamentos de saúde; b) um locus de controlo externo correlaciona-se positivamente com o estilo parental autoritário e negativamente com comportamentos de saúde; c) um estilo parental permissivo está negativamente correlacionado com comportamentos de saúde; d) um locus de controlo externo correlaciona-se positivamente com o estilo parental permissivo e negativamente com comportamentos de saúde; e) um estilo parental autoritativo está positivamente correlacionado com comportamentos de saúde; f) um locus de controlo interno correlaciona-se positivamente com estilo parental autoritativo e positivamente com comportamentos de saúde.

## **Método**

### **Participantes**

Neste estudo correlacional quantitativo participaram 71 adultos, 58 dos quais do sexo feminino, com idade mínima de 18 anos e um máximo de 65 (média= 33, 28; DP=12, 217). Em termos de distribuição de idades, a maioria (43,7%) está entre os 26 e os 40 anos e a percentagem mais pequena (19,7%) é a de participantes entre os 41 e os 65, entre os 18 e os 25 anos há 33,8% de participantes. A maioria dos participantes não tem filhos (69%). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (57, 7%) e há apenas um participante viúvo e 3 participantes separados ou divorciados. Em relação à situação profissional, a percentagem mais elevada é a de participantes em situação de empregados (53,5%), seguida da percentagem de estudantes (26,8%).

Apenas 5,6% dos participantes tem o doutoramento e apenas 1 participante completou apenas o ensino básico, 21,1% dos participantes completaram até ao ensino secundário, 36,6% tem uma licenciatura e 35,2% têm um mestrado.

Relativamente à presença de doenças crónica, a maioria dos participantes reportou não sofrer de nenhuma doença crónica (83,1%) e o mesmo se passa no caso do historial de doenças crónicas na família, em que 70,4% reportaram não ter historial de doenças crónicas na família.

A amostra foi seleccionada de maneira não probabilística, por conveniência, a partir da divulgação do inquérito nas redes sociais.

### **Instrumentos**

#### ***Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde***

Para medir o locus de controlo da saúde foi utilizada a versão portuguesa da Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde. A escala MHLC (versão original de Wallston et al., 1978 e versão portuguesa para jovens adultos saudáveis e com condições

crónicas de saúde por Cardoso, 2017) é constituída por 18 itens que medem três dimensões: Locus de Controlo Interno (e.g. “ Se eu ficar doente é o meu próprio comportamento que determina o quão cedo voltarei a ficar bem”), Locus de Controlo Externo-Acaso (e.g. “ A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-me por acaso”) e Locus de Controlo Externo-Outros Poderosos (e.g. “ A minha família contribui muito para eu ficar doente ou permanecer saudável”). Cada dimensão é constituída por seis itens que representam as crenças dos indivíduos em cada dimensão. As dimensões são avaliadas de acordo com uma escala de tipo Likert, com seis opções de resposta em que 1=Discordo Totalmente, 2=Discordo Moderadamente; 3=Discordo Ligeiramente, 4=Concordo Ligeiramente, 5= Concordo Moderadamente e 6=Concordo Totalmente. Cada subescala é constituída por 6 itens: à subescala locus de controlo interno correspondem os itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17; à subescala locus de controlo externo-acaso correspondem os itens 2, 4, 9, 11, 15 e 16; e à subescala locus de controlo externo-outros poderosos correspondem os itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18. Os resultados obtêm-se através da média das pontuações dos itens correspondentes a cada subescala em que quanto maior a pontuação total de cada subescala, maior a crença de que essa dimensão controla a sua saúde. A versão original do MHLC apresenta coeficientes de alfa de Cronbach entre 0,67 e 0,77. A validação para a população portuguesa apresenta valores do alfa de Cronbach de 0,66 (no Locus de Controlo Externo-Outros Poderosos) a 0,84 (na dimensão de Locus de Controlo Interno), para o grupo dos participantes com condições crónicas e entre 0,68 (Locus de Controlo Interno) e 0,72 (Locus de Controlo Externo-Acaso) para o grupo dos participantes saudáveis. Neste estudo o alfa total deste instrumento é de 0,704. Para as subescalas Locus de Controlo Interno, Locus de Controlo Acaso e Locus de Controlo Outros Poderosos é de 0,675; 0,712; 0,739; respetivamente.

### ***Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde***

Para medir os comportamentos de saúde foi utilizada a validação portuguesa do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS). Versão original criada por Hettler (1982) com o nome original de Life-Style Assessment Questionnaire e versão portuguesa desenvolvida por Ribeiro (1993). O questionário original é constituído por 286 itens e inclui 4 secções: Inventário de Wellness, Crescimento pessoal, Risco de morte e Alerta. O QACS contém 28 itens: os 25 itens da secção Inventário de Wellness que foram validados para a versão portuguesa, e mais 3 itens, relacionados com o comportamento sexual, criados na versão de Ribeiro (1993), não contidos no questionário original. A pergunta “Evito tomar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em época de exames” da versão portuguesa do QACS não foi aplicada no presente estudo, tendo sido seguido o exemplo de Marques (2010), que também não a utilizou por não se aplicar à população alvo. As perguntas do questionário são respondidas de entre as opções: 1-Quase sempre, 2-Com Muita Frequência, 3-Muitas Vezes, 4-Ocasionalmente, 5-Quase Nunca. Os primeiros 15 itens são relativos à frequência com que o indivíduo tem determinados comportamentos (e.g. “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”) e os últimos 13 são acerca das atitudes relativamente a certos comportamentos, com questões como, por exemplo, “Evito fumar”. Atribui-se a cada item o valor do número correspondente à opção escolhida, ou seja, por exemplo, a um item a que seja atribuída a resposta de “Muitas vezes”, que corresponde o número 3, dá-se a cotação de 3 valores. Assim, a pontuação irá variar de 28 a 140 (a pontuação mais baixa corresponde a mais comportamentos protetores de saúde). Neste estudo foram apenas utilizadas as subescalas que obtiveram alfa de cronbach superior a 0,60, pelo que as subescalas Uso de Drogas e Segurança Monitorizada foram excluídas. As subescalas Exercício, Nutrição e Autocuidado obtiveram alfa de 0,716; 0,761 e 0,637 respetivamente. A escala total fica portanto com 19 itens em vez dos 28 originais e com um alfa de cronbach de 0,724. Portanto as pontuações mínimas e máximas totais passam a ser, respetivamente 19 e 95.

### ***EMBU-M***

Para medir a percepção dos estilos parentais da infância foi utilizado o EMBU-M. A versão Original foi criada por Perris et al., 1980 e a Versão Portuguesa por Canavarro, 1996. Este instrumento é composto por 23 itens e avalia a frequência com que determinadas práticas educativas ocorreram durante a infância e/ou a adolescência, em relação ao pai e à mãe separadamente. As respostas são dadas numa escala que varia de 1 (Não, nunca) a 4 (Sim, a maior parte do tempo). O EMBU-M avalia três dimensões: Suporte Emocional (e.g. “Os meus pais elogiavam-me”), Rejeição (e.g. “Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê”) e Sobreproteção (e.g. “Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito”). A dimensão de Suporte Emocional é constituída por 7 itens relacionados com o comportamento dos pais que manifestam apoio e afetividade para com os filhos; a dimensão de Rejeição é composta por 9 itens estes itens avaliam os comportamentos dos pais no sentido de modificar a vontade dos filhos de acordo com os seus desejos; e a dimensão de Sobreproteção é constituída por 7 itens que refletem o comportamento de controlo parental com o objetivo de diminuir a independência dos filhos. A dimensão de Suporte Emocional é medida pelos itens: 2, 6, 9, 12, 14, 19 e 23 a dimensão de Sobreproteção é medida pelos itens: 3, 5, 8, 11, 18, 20 e 22; e a dimensão de e a dimensão de Rejeição é avaliada pelos itens: 1, 4, 7, 10, 13, 15, 16, 17 e 21. O alfa de cronbach para a Rejeição Parental obtido neste estudo foi de 0,879; para o Suporte Emocional foi de 0,939 e para a Sobreproteção foi de 0,852.

### ***Questionário sociodemográfico***

Foi ainda utilizado um questionário com questões sociodemográfico para identificação da população no qual são ainda incluídas questões relativas à perspetiva do indivíduo em relação à sua própria saúde, ao valor que atribui à mesma e ao conhecimento que considera ter acerca de comportamentos de saúde

## **Procedimento**

A investigadora criou um formulário no Google Docs com o inquérito e distribuiu através da sua rede de contactos de whatsapp e facebook e pediu que cada participante divulgasse o questionário pelos seus próprios contactos de modo a obter uma amostra mais ampla e diversificada. Também foi divulgado em páginas de Facebook e através do LinkedIn. A recolha de dados foi iniciada no dia 10 de novembro de 2021 e terminou no dia 31 de Maio de 2022.

## **Resultados**

Nesta secção serão apresentados os resultados deste estudo. Inicialmente, serão apresentados os dados descritivos (mínimo, máximo, média, desvio padrão dos instrumentos de locus de controlo, estilos parentais e comportamentos de saúde) bem como os indicadores de alfa de Cronbach de todas as escalas e subescalas, conforme a Tabela 1 verifica-se que a fiabilidade das escalas, em geral, é de razoável até muito boa, destacando-se os índices altos de fiabilidade da EMBU.

**Tabela 1***Dados descritivos dos instrumentos (n=71)*

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Número de itens</i>
QACStotal	28,00	70,00	47, 2950	9,67234	0,724	19
exercício	3,00	15,00	10,7042	3,36959	0,716	3
nutrição	6,00	25,00	15,0563	4,66564	0,761	5
autocuidado	11,00	37,00	21,5352	5,96377	0,637	11
EMBU_R	1,00	2,94	1,4358	0,42731	0,879	18
EMBU_SE	1,00	4,00	2,6036	0,74757	0,939	14
EMBU_SP	1,00	3,36	1,8863	0,53773	0,852	24
LCinterno	2,83	5,83	4,2629	0,62276	0,675	6
LCacaso	1,00	4,83	2,3427	0,78573	0,739	6
LCoutros	1,17	5,50	3,4930	0,89506	0,739	6

*Nota.* QACStotal=total dos comportamentos de saúde, Exercício=Comportamentos de saúde relacionados com o exercício, Nutrição=Comportamentos de saúde relacionados com a nutrição, Autocuidado=Comportamentos de saúde relacionados com o autocuidado, EMBU\_R=Memórias de Rejeição Parental, EMBU\_SE= Memórias de Suporte Emocional Parental, EMBU\_SP=Memórias de Sobreproteção Parental, LCinterno=Locus de Controlo Interno, LCacaso=Locus de Controlo no Acaso, LCoutros=Locus de Controlo em Outros Poderosos

Nas tabelas seguintes são apresentadas as frequências e percentagens relativamente ao modo como os participantes classificam a sua própria saúde. A tabela 2 apresenta os valores relativos à classificação da saúde relativamente ao momento presente e a tabela 3 apresenta os valores relativos à classificação da saúde nos últimos 5 anos.

Na tabela 2 é então possível observar que a maioria dos participantes considera a sua saúde como sendo boa (62%). Apenas um participante considera a sua saúde como sendo má e nenhum participante considerou a sua saúde péssima.

**Tabela 2***Auto classificação da saúde (n=71)*

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Péssima	0	0
Má	1	1,4
Moderada	17	23,9
Boa	44	62,0
Excelente	9	12,7

Na tabela 3 é possível observar uma tendência semelhante para a classificação da saúde nos últimos cinco anos, pois a maioria dos participantes considera ter tido uma boa saúde nesse período (67,6%). Apenas um participante considera a sua saúde como tendo sido má e nenhum participante considerou a sua saúde como tendo sido péssima ao longo dos últimos cinco anos.

**Tabela 3**

*Auto classificação da saúde nos últimos cinco anos (n=71)*

	Frequência	Porcentagem
Péssima	0	0
Má	1	1,4
Moderada	14	19,7
Boa	48	67,6
Excelente	8	11,3

Posteriormente, foram realizadas correlações de Pearson entre as medidas de comportamento em saúde, locus de controlo, estilos parentais e idade. Foi encontrada uma correlação negativa entre o exercício físico e o locus de controlo interno ( $\rho = -0,295$ ,  $p < 0,05$ ), assim como uma correlação positiva entre o exercício e a idade ( $\rho = 0,269$ ,  $p < 0,05$ ), o que indica que quanto mais elevada é a orientação interna de locus de controlo, menos são os comportamentos de saúde relacionados com o exercício; e à medida que a idade aumenta, estes comportamentos também aumentam.

Foi também encontrada uma correlação negativa entre a Nutrição e a idade ( $\rho = -0,252$ ,  $p < 0,05$ ). Ou seja, o aumento da idade está associado a uma diminuição em comportamentos de saúde relacionados com a nutrição.

Foi ainda encontrada uma correlação positiva entre o Autocuidado e o Locus de Controlo no Acaso ( $\rho = 0,244$ ,  $p < 0,05$ ), o que indica que quanto mais elevada a crença de que o Acaso controla os acontecimentos da vida de um indivíduo, mais elevados são os comportamentos de Autocuidado.



Foi encontrada uma correlação positiva entre um locus de controlo interno e a rejeição parental ( $\rho = 0,285$ ,  $p < 0,05$ ). Ou seja, um aumento na rejeição equivale também a um aumento no locus de controlo interno. Foi ainda encontrada uma correlação negativa entre a idade e o Suporte Emocional ( $\rho = -0,277$ ,  $p < 0,05$ ).

Na tabela 4 são apresentadas as correlações mencionadas.

**Tabela 4**

*Correlações entre comportamentos de saúde, locus de controlo, estilos parentais e idade (n=71)*

	Autocuidado	LCinterno	Idade
Exercício	-,072	-,295*	,269*
Nutrição	,353**	-,048	-,252*
LCacaso	,244*	-,117	-,085
EMBU_R	,094	,285	,122
EMBU_SE	-,062	,011	-,277

*Nota.* LCacaso=Locus de controlo no acaso, LCinterno=Locus de controlo interno, Exercício=comportamentos de saúde relativamente à prática de exercício físico, Nutrição=Comportamentos de saúde relativamente à nutrição  
\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,005$

Análise de regressão linear simples foi utilizada para investigar em que medida o Locus de Controlo no Acaso explicava os níveis de autocuidado. O locus de controlo no acaso apresentou uma influência estatisticamente significativa no autocuidado ( $p < 0,05$ ).

O  $R^2 = 0,06$ , indica que o locus de controlo no acaso explica 6% da variância nos níveis de autocuidado. [ $Z(1,69) = 4,381$ ,  $p < 0,05$ ;  $R^2 = 0,06$ ]. A equação da reta desta regressão seria autocuidado =  $17,191 + 1,854 \text{ LCacaso}$  ( $y = 17,191 + 1,854x$ ), ou seja, quando o locus de controlo no acaso é 0, o autocuidado tem o valor de 17,191 e por cada ponto que o locus de controlo no acaso aumenta o autocuidado aumenta 1,854 pontos, ou seja, o coeficiente de regressão B para a variável preditora (locus de controlo no acaso) ( $B = 1,854$ , 95% [IC = 3,622 - 0,087]) indicou que, em média, o aumento de um ponto no locus de controlo do acaso repercutiu no aumento de 1,854 pontos no autocuidado.

Na tabela 5 são apresentados os valores da regressão mencionados.

**Tabela 5**

*Variância no autocuidado explicada pelo locus de controlo no acaso (n=71)*

Variável	Z	B	R <sup>2</sup>	Sig	95%IC para B	
					LI	LS
Regressão	4,381					
Constante		17,191			12,826	21,555
LCacaso		1,854	,060	,040*	0,087	3,622

*Nota.* LCacaso=Locus de controlo no acaso, IC=Intervalo de Confiança, LI=Límite Inferior, LS=Límite Superior

\*p<0,05

Foi realizada uma regressão linear múltipla (método stepwise) para investigar em que medida o Locus de Controlo Interno e a Idade explicam os níveis de Exercício. O R<sup>2</sup>=0,116 indica que o Locus de Controlo Interno explica 11,6% da variação nos níveis de exercício e que a interação do Locus de Controlo Interno com a Idade explica 20,6% desta variação (R<sup>2</sup>=0,206).

Na tabela 6 são apresentados os valores da regressão mencionados.

**Tabela 6**

*Variância no Exercício explicada pelo Locus de controlo interno e pela idade (n=71)*

Variável	R <sup>2</sup>	Z	Sig
preditora			
LCinterno	0,116	8,763	,00
LCinterno X	0,206	8,583	,04*
Idade			

*Nota.* LCinterno=locus de controlo interno

\*p<0,05

Foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar os grupos do sexo, a existência ou não de filhos, a existência ou não de doenças crónicas e do historial de doenças crónicas em relação às variáveis comportamentos de saúde, locus de controlo e estilos parentais. Para todas estas variáveis não houve diferenças nos postos médios das variáveis psicológicas em relação aos grupos.

Não foram realizados testes de comparação com as variáveis estado civil, situação profissional, nível de escolaridade, “como classificaria a sua saúde atualmente, como

classificaria a sua saúde nos últimos 5 anos”, “qual o seu nível de preocupação em ter um bom estado de saúde”, “qual considera ser o seu nível de conhecimento acerca do que é um comportamento saudável e um comportamento de risco” pelo facto de estas não cumprirem o requisito de um mínimo de 5 pessoas por grupo.

### **Discussão**

O objetivo geral deste estudo foi explorar a relação entre as memórias dos estilos parentais, locus de controlo e os comportamentos de saúde na idade adulta. Ou seja, tendo em conta as evidências que correlacionam os estilos parentais com os comportamentos de saúde (Davids e Roman, 2014), os estilos parentais com a orientação do locus de controlo (Ahlin & Antunes, 2015), entre o locus de controlo e comportamentos de saúde (Cobb-Clark et al., 2014) e ainda com as evidências de que os comportamentos de saúde tendem a manter-se na idade adulta e de que os comportamentos de risco tendem a aumentar com a idade (Aparício, 2016); era esperado que existisse uma correlação entre os estilos parentais na infância, o locus de controlo e os comportamentos de saúde na idade adulta.

Uma das hipóteses para este estudo era de que o locus de controlo interno estaria positivamente correlacionado com os comportamentos de saúde e de que o locus de controlo externo estaria negativamente correlacionado com estes. Os resultados deste estudo indicaram que locus de controlo e comportamentos de saúde estão relacionados, porém, ao contrário do que demonstra uma parte da literatura (Cobb-Clark et al., 2014; Mautner et al 2017), a correlação encontrada entre comportamentos de saúde e locus de controlo interno foi negativa e a correlação encontrada entre comportamentos de saúde e locus de controlo externo foi positiva. Nomeadamente, foi encontrada uma correlação negativa entre um Locus de Controlo Interno e Exercício Físico e uma correlação positiva entre o Autocuidado e o Locus de Controlo no Acaso. Ou seja, neste estudo, os participantes que mais acreditam ser os responsáveis pelos acontecimentos que afetam a sua saúde, foram também aqueles que

reportaram praticar menos exercício físico e os participantes que mais acreditam que os acontecimentos que afetam a sua saúde se devem ao acaso, foram os que reportaram praticar mais comportamentos de autocuidado, que incluem: horas de sono, vacinação, consultas de rotina, evitamento de ambientes poluídos e comportamento sexual. Strickland, (2016) num livro que aborda vários conceitos e vários estudos relacionados com o locus de controlo, explica o conceito de externalidade defensiva, segundo o qual, os indivíduos com um locus de controlo externo elevado, podem usar a crença num controlo externo como forma de proteção do stress e ansiedade, através da desresponsabilização dos próprios comportamentos. Santos, Almeida e Faro (2019), num estudo realizado com participantes hipertensos, mencionam também o locus de controlo externo como um possível mecanismo de defesa no que toca a comportamentos de saúde. Estes autores concluem que os participantes com pontuações mais elevadas no locus de controlo no acaso demonstraram ter quatro vezes e meia mais probabilidade de estar incluídos no grupo com média e elevada adesão ao tratamento. Ou seja, segundo Santos, Almeida e Faro (2019), a crença no acaso pode ser uma estratégia defensiva que permite a minimização de culpa perante a possibilidade de fracasso. O medo do fracasso já foi estudado, relativamente a outros contextos, não relacionados com a saúde, particularmente no contexto académico. De Castella et al. (2013), num estudo realizado com estudantes japoneses e estudantes australianos, encontraram uma correlação positiva entre o medo do fracasso e a autossabotagem. Partindo dessas ideias levantadas, uma possível explicação para que no presente estudo um locus de controlo no acaso se tenha correlacionado positivamente com o autocuidado seria precisamente a proteção que este pode fornecer em relação ao medo do fracasso. O medo do fracasso tende também a estar associado à vergonha (Rajabi & Abasi, 2012). Esta emoção, quando associada a consultas médicas, tende a levar ao seu evitamento, como demonstram Darby et al., (2014) num estudo acerca das reações à vergonha e à culpa

associadas a médicos. Sendo a frequência de consultas de rotina, um dos aspetos do autocuidado, a vergonha associada ao medo do fracasso relativamente a comportamentos de saúde, poderá ser também uma das explicações para que níveis mais elevados de locus de controlo no acaso estivessem associados a mais autocuidado, ou seja, o locus de controlo no acaso, ao proteger do medo do fracasso e, conseqüentemente da vergonha, terá permitido que não houvesse um evitamento de consultas de rotina.

No entanto, através de uma regressão linear simples foi possível observar que o locus de controlo no acaso explica 6% da variância nos níveis de autocuidado, ou seja, de entre todas as variáveis que podem explicar a variância no autocuidado, o locus de controlo explica uma pequena porção, enquanto a maioria da variância se deve a outras variáveis. Portanto este mecanismo de externalidade defensiva poderá ser apenas uma parte da explicação dos níveis de autocuidado, que se deverão a outras variáveis não medidas. Por exemplo, segundo Varshini et al. (2020), um dos principais preditores da frequência anual de consultas de rotina, é o conhecimento da população acerca da sua importância. No que toca às horas de sono, Chang e Choi (2016), num estudo acerca das diferenças nos preditores da qualidade do sono entre homens e mulheres em jovens adultos na Coreia, identificaram o stress como um fator comum em ambos os géneros.

Da mesma forma que pode ajudar a explicar a relação entre o locus de controlo no acaso e o autocuidado, o medo do fracasso também poderá ser uma explicação para a correlação negativa entre o locus de controlo interno e a prática de exercício físico, ou seja, um locus de controlo da saúde interno elevado implica que o indivíduo considera ser o principal responsável pela sua saúde. Esta elevada responsabilização poderá estar relacionada com o medo do fracasso e, conseqüentemente, com a evitação do comportamento que poderia levar tanto ao sucesso como ao fracasso.

Não foi proposta nenhuma hipótese relacionada com a idade dos participantes, no entanto, no presente estudo, o exercício também esteve também positivamente correlacionado com a idade, ou seja, os participantes mais velhos reportaram praticar mais exercício físico. A revisão de literatura de Hyde et al. (2013) demonstra um declínio na prática de exercício físico com a idade, particularmente durante a adolescência e início da idade adulta, havendo uma declínio mais acentuado por volta dos 18 anos, estabilizando por volta dos 26 anos e declinando novamente a partir dos 65. Varma et al. (2017) numa revisão mais recente, obtêm resultados que indicam um aumento na atividade física entre os 20 e os 30 anos, havendo posteriormente uma estabilização dos 31 aos 59, segundo estes autores, é a partir do fim da meia-idade (60 anos) que a atividade física começa gradualmente a diminuir. No presente estudo, a idade mínima da amostra foi de 18 anos, com apenas dois indivíduos com esta idade, e a idade máxima foi de 65 anos, estando a maioria de idade compreendida entre os 26 e os 40 anos. Assim, não engloba os dois principais períodos de declínio da atividade física e está em coerência com a revisão de Varma et al. (2017) no sentido de englobar não só um período de estabilização como um período de possível aumento. Vaterlaus, Patten, Roche, & Young, (2015), num estudo qualitativo, abordam a influência das redes sociais nos comportamentos de saúde no início da idade adulta e, segundo estes autores, as redes sociais podem ser tanto facilitadores como inibidores dos comportamentos de saúde; ou seja, podem por um lado ocupar tempo que poderia ser utilizado para a prática de exercício físico, e por outro motivar estes comportamentos devido ao incentivo derivado de testemunhar o progresso obtido por outros. De acordo com Auxier e Anderson (2021), num estudo de grande escala realizado com 1502 inquiridos nos Estados Unidos, 84% dos indivíduos entre os 18 e os 29 anos, e 81% daqueles entre 30 e 49 reportam utilizar redes sociais. Esta percentagem diminui ao longo da idade visto que a percentagem de utilizadores é de 73% entre os 50 e os 54 e de 45% a partir dos 65 anos (Auxier & Anderson, 2021). Posto isto, no

presente estudo, uma explicação para este período de aumento poderá ser estar numa possível influência positiva das redes sociais.

Adicionalmente, no presente estudo, verificou-se o locus de controlo interno explica 11,6% da variância no exercício e que a interação do locus de controlo interno com a idade explica 20,6% desta variância, ou seja, tendo em conta que a correlação do locus de controlo interno com o exercício é negativa e que a correlação da idade com o exercício é positiva, isto significa que um simultâneo aumento na idade e diminuição no locus de controlo interno, explica 20,6% do aumento no exercício. Assim, comparando a prática de exercício físico entre indivíduos com os mesmos níveis de locus de controlo, a tendência é que os níveis de prática de exercício físico sejam mais elevados nos indivíduos mais velhos, por outro lado, se compararmos indivíduos com a mesma idade, aqueles com locus de controlo mais baixo terão, tendencialmente, níveis de exercício mais elevados. Segundo o modelo de vulnerabilidade e força, proposto por Charles (2010), os adultos mais velhos tendem a evitar eventos negativos utilizando estratégias cognitivas e comportamentais antecipatórias que permitem evitar os efeitos negativos. Penningroth e Scott (2012) estudaram as diferenças nos objetivos pessoais em diferentes idades e, segundo estes autores, com o aumento da idade, estes objetivos tendem a alterar-se, mais concretamente, os objetivos de manutenção e de prevenção de perdas tendem a aumentar em adultos mais velhos comparativamente a adultos mais novos. Segundo o modelo hierárquico de motivação para a aproximação e evitação do sucesso de Elliot e Church, (1997), um dos principais motivos para a evitação é o medo do fracasso, na medida em que este promove a evitação da possibilidade do fracasso (Elliot, 1999). Posto isto, pode ser teorizado portanto, que com o aumento da idade, também aumente o medo do fracasso associado ao locus de controlo interno, levando a uma maior tendência à autossabotagem sob a forma da ausência de prática de exercício físico, assim, a possível

proteção fornecida contra o medo do fracasso por níveis baixos de locus de controlo interno será mais relevante em indivíduos mais velhos.

Os outros 80,4% da variância no exercício podem, ainda, dever-se a variáveis não medidas como, por exemplo, a motivação dos participantes para efetivamente praticarem atividade física que, apesar de sentirem ter o controlo sobre a sua saúde, pode não ser suficientemente elevada para levar à ação e, portanto, muitos destes participantes podem estar na fase da pré-contemplanção na qual, segundo o modelo transteórico da mudança, o indivíduo não tem intenção de alterar os seus comportamentos (Proscaska, 1984). Além disso, não foi avaliado o conhecimento dos participantes acerca do que é ou não um comportamento saudável, ou seja, o facto de os participantes considerarem ter controlo sobre a sua saúde, não significa que pratiquem comportamentos saudáveis. Visto que a maioria dos participantes reportou um elevado locus de controlo interno, há ainda a possibilidade de ter havido um papel importante de desejabilidade social, o que pode ter levado os participantes a responder o que consideram que seria o esperado.

Segundo os resultados do presente estudo, os comportamentos de saúde relacionados com a nutrição, tendem a diminuir com o aumento da idade, ou seja, participantes mais velhos, apresentam menos comportamentos nutricionais saudáveis do que os participantes mais novos. Por um lado, alguns estudos já concluíram que a qualidade da nutrição tende a diminuir nos idosos comparativamente a adultos mais jovens (Whitelock, & Ensaff, 2018; Marques et al., 2018). Whitelock, e Ensaff, (2018) num estudo acerca dos hábitos alimentares em idosos, através de medidas de auto-relato, realizado com participantes com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos, demonstra uma diminuição da preocupação da preparação de refeições e aumento do consumo de comidas pré-preparadas. Segundo estes autores, muitos participantes reportaram cozinhar com menos frequência e refeições mais simples do que em alturas prévias da sua vida, fornecendo razões relacionadas com declínio



na capacidade física e diminuição de apetite. Também Marques et al., (2018), num estudo que engloba dados de 20 países europeus, encontraram resultados que indicam um aumento da obesidade com o aumento da idade, assim, segundo os resultados obtidos por estes autores, a prevalência de obesidade em adultos a partir dos 60 anos é superior à prevalência em adultos mais novos. Tendo em conta a relação entre a obesidade e a nutrição (Te Morenga, et al., 2013), a maior prevalência da obesidade em adultos mais velhos, poderá estar correlacionada com uma deterioração da qualidade da nutrição. Por outro lado, na minha amostra predominam adultos ativos (trabalhadores), e um estilo de vida ocupado pode ser visto como uma barreira à alimentação saudável e um incentivo para comer fora de casa (Ismawati et al., 2014; Pfeiffer et al., 2017). Assim, uma combinação da redução da disponibilidade para a preparação de alimentos com a entrada no mercado de trabalho com a diminuição da preocupação de preparação de refeições em adultos mais velhos, poderá estar a contribuir para que os comportamentos saudáveis ao nível da nutrição sejam reduzidos ao longo da idade.

As hipóteses propostas relativamente à correlação dos estilos com os comportamentos de saúde não foram verificadas no estudo presente. Visto que a adoção ou não de comportamentos saudáveis pode estar correlacionada com múltiplos fatores, que não apenas os estilos parentais vividos na infância, (Aparício, 2016; Godinho et al., 2014) é possível que a ausência de uma correlação significativa entre os estilos parentais e os comportamentos de saúde possa residir na influência exercida por vários outros fatores não medidos.

Uma correlação negativa entre um estilo parental autoritário e um locus de controlo interno foi uma das hipóteses propostas para o presente estudo. No entanto, os resultados demonstraram a existência de correlação positiva da rejeição parental com o locus de controlo interno; visto que a literatura associa a rejeição parental ao estilo parental autoritário (Maccoby & Martin, 1983; Marques, 2012) que é associado ao desenvolvimento de um locus

de controlo externo e baixo locus de controlo interno (Georgiou et al., 2017), estes resultados não eram esperados. A rejeição caracteriza-se por uma forma de controlo em que os pais manifestam o seu desagrado relativamente a um determinado comportamento da criança através da negação de atenção e/ou afeto (Arrindell & Van der Ende, 1984). A rejeição parental pode dar origem a um fenómeno conhecido como independência defensiva; isto é, alguns indivíduos, quando a infância foi marcada por elevada rejeição parental, tendem a negar a necessidade de afeto (Rohner et al., 2012). Um locus de controlo externo implica que o indivíduo acredita que os acontecimentos da sua vida se devem em grande parte a aspetos exteriores a si próprio, caracterizando-se por uma reduzida independência, enquanto o locus de controlo interno permite um maior desenvolvimento da independência (Ismatulloev, & Nazarov, 2022). Assim, uma possível explicação para a correlação positiva entre a rejeição parental e o locus de controlo interno, será que a rejeição parental, possa ter originado um processo de independência defensiva, estando assim associada a um aumento do locus de controlo interno como mecanismo defensivo.

Outra correlação relevante encontrada no presente estudo, foi a correlação negativa entre o Suporte Emocional e a idade. Estes resultados estão de acordo com os demonstrados noutros estudos (Garcia et al., 2020; Zhou et al., 2018). Zhou et al. (2018) estudaram as diferenças geracionais de vários aspetos da interação entre pais e filhos com uma amostra da população chinesa. Estes autores entrevistaram 18 avós acerca dos pais e filhos de três gerações (elas próprias, os seus filhos e os seus netos) e de acordo com os relatos das participantes, foi possível constatar uma tendência para o aumento no suporte emocional de pais para filhos entre cada uma das gerações. Garcia et al., 2020 obtiveram resultados semelhantes num estudo realizado com participantes de três gerações diferentes em população espanhola, (estudantes universitários, os seus pais e os seus avós) no qual, através de medidas quantitativas obtiveram resultados que demonstraram uma tendência crescente de

apoio emocional e uma tendência decrescente de rigidez, ou seja, segundo estes autores, as gerações mais recentes tendem a adotar um estilo parental caracterizada por apoio emocional mais elevado e rigidez mais baixa do que as gerações anteriores.

### **Conclusão**

Recapitulando, no que toca às correlações com o locus de controlo, tanto a correlação positiva entre o locus de controlo no acaso e o autocuidado como a correlação negativa entre o locus de controlo interno e a prática de exercício físico, foram correlações não esperadas, não estando de acordo com a literatura, que sugere que um locus de controlo interno tende a estar associado a mais comportamentos de saúde (Cobb-Clark et al., 2014) e um locus de controlo externo a menos destes comportamentos (Mautner et al., 2017). O exercício esteve ainda positivamente correlacionado com a idade, podendo a explicação para isto centrar-se na idade predominante dos participantes do presente estudo. A idade interagiu com o locus de controlo interno no modo como ambos se relacionaram com o exercício na medida em que ambos explicam maior percentagem de variância no exercício do locus de controlo interno individualmente, o que pode ser explicado a partir da ideia de aumento do medo do fracasso com a idade. A rejeição parental teve uma correlação positiva com o locus de controlo interno, aspeto que pode ser explicado pelo fenómeno de independência defensiva. Tanto a nutrição como o suporte emocional tiveram uma correlação negativa com a idade dos participantes. A explicação para os resultados no que toca à nutrição podem centrar-se na ideia de diminuição de disponibilidade e preocupação com a preparação de refeições com o aumento da idade. No que toca ao suporte emocional, a sua diminuição ao longo da idade parece estar de acordo com a literatura que sugere a existência de diferenças geracionais no que toca às práticas e estilos parentais (Garcia et al., 2020).

Num estudo futuro, poderá ser relevante medir o medo do fracasso dos participantes no que toca à sua saúde. Adicionalmente, poderá ser importante replicar este estudo apenas

com uma faixa etária, de modo a compreender de que forma estas variáveis interagem excluindo o fator idade. Visto que existe correlação entre a literacia da saúde e os comportamentos de saúde (Walters et al., 2020) poderá ainda ser interessante avaliar de forma objetiva o conhecimento dos participantes acerca do que são comportamentos saudáveis e de risco e não apenas o conhecimento que consideram ter. Outros fatores como os recursos e a disponibilidade para a execução de determinados comportamentos de saúde também deverão ser tidos em conta em estudos futuros semelhantes. Assim, alguns destes comportamentos podem não ser explicáveis à luz da teoria do locus de controlo. Por exemplo, de acordo, com o modelo de crenças de saúde, os comportamentos de saúde do indivíduo, devem-se principalmente à suscetibilidade percebida, gravidade percebida de determinada doença, aos benefícios percebidos, barreiras percebidas e autoeficácia (de Brito et al., 2018). Poderá ser, portanto importante incluir estas variáveis em estudos futuros, nomeadamente a autoeficácia, pois já foi comprovado o contributo de intervenções que visam aumentá-la, podendo contribuir para o aumento tanto da intenção como da execução de comportamentos de saúde, como demonstra a meta-análise de Sheeran et al. (2016), na qual foram utilizados estudos com design experimental, o que permitiu tirar conclusões causais.

É importante ainda considerar algumas limitações deste estudo, nomeadamente o reduzido número de participantes e a pouca variabilidade no que toca ao sexo, visto que 81,7% dos participantes são do sexo feminino. Além disso, a recolha de dados online pode ser outro fator limitador, pois há menor segurança com relação às informações prestadas pelo sujeito em relação a recolha de dados presencial. Por outro lado, ela possibilita uma maior divulgação da investigação em diferentes públicos.

Posto isto, apesar de os resultados do presente estudo não irem totalmente de encontro às hipóteses propostas, este pode contribuir para que estudos futuros procurem compreender melhor os processos psicológicos que levaram à existência das correlações não esperadas.

Estudos acerca dos preditores de comportamentos de saúde são relevantes para compreender quais são os fatores que contribuem para uma população saudável e quais são os fatores, nomeadamente os fatores psicológicos, que podem ser manipulados.

## Referências

- Abraham, S., Noriega, B. R., & Shin, J. Y. (2018). College students eating habits and knowledge of nutritional requirements. *Journal of Nutrition and Human Health*, 2(1).
- Açıkgöz Çepni, S., & Kitiş, Y. (2017). Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(3), 231-239.
- Ahlin, E. M., & Antunes, M. J. L. (2015). Locus of control orientation: Parents, peers, and place. *Journal of youth and adolescence*, 44(9), 1803-1818.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (pp. 11-39). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Andrade, M. D. G. M. D., & de Mavigné, A. (2014). Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar infantil.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arrindell, W. A., & Van der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behaviour: Further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and individual differences*, 5(6), 671-682.
- Auxier, B., & Anderson, M. (2021). Social media use in 2021. *Pew Research Center*, 1, 1-4.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.

Barton, A. L., & Hirsch, J. K. (2016). Permissive parenting and mental health in college students: Mediating effects of academic entitlement. *Journal of American college health, 64*(1), 1-8.

Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy, 19*(1), 1-10.

Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of public health, 36*(1), 81-91.

Bennett, B. L., Goldstein, C. M., Gathright, E. C., Hughes, J. W., & Latner, J. D. (2017). Internal health locus of control predicts willingness to track health behaviors online and with smartphone applications. *Psychology, health & medicine, 22*(10), 1224-1229.

Bonetti, D., Johnston, M., Rodriguez-Marin, J., Pastor, M., Martin-Aragon, M., Doherty, E., & Sheehan, K. (2001). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology and Health, 16*(6), 655-674.

Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive physiology, 2*(2), 1143.

Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American journal of preventive medicine, 50*(3), 344-352.

Cardoso, Â. M. C. (2017). *Estudo psicométrico da versão portuguesa da Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) em jovens adultos saudáveis e com condições crónicas de saúde* (Master's thesis).

Carr-Gregg, M. R., Enderby, K. C., & Grover, S. R. (2003). Risk-taking behaviour of young women in Australia: Screening for health-risk behaviours. *Medical journal of Australia*, *178*(12), 601-604.

Cassoni, C. (2013). *Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Chang, A. K., & Choi, J. (2016). Predictors of sleep quality among young adults in Korea: gender differences. *Issues in Mental Health Nursing*, *37*(12), 918-928.

Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. *Psychological bulletin*, *136*(6), 1068.

Cheng, C., Cheung, M. W. L., & Lo, B. C. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health psychology review*, *10*(4), 460-477.

Cobb-Clark, D. A. (2015). Locus of control and the labor market. *IZA Journal of Labor Economics*, *4*(1), 1-19.

Cobb-Clark, D. A., Kassenboehmer, S. C., & Schurer, S. (2014). Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*, *98*, 1-28.

Colaço, N. S., & de Lima Bassani, J. Â. (2014). Estilos parentais e a dependência química. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, *3*(1 esp.), 33-34.

Conner, M., & Norman, P. (2015). *EBOOK: predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models*. McGraw-hill education (UK).

Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J., & Mathers, J. C. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: a systematic review. *Maturitas*, *70*(3), 266-284.



Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, *96*, 104089.

Culpin, I., Stapinski, L., Miles, Ö. B., Araya, R., & Joinson, C. (2015). Exposure to socioeconomic adversity in early life and risk of depression at 18 years: the mediating role of locus of control. *Journal of affective disorders*, *183*, 269-278.

Davids, E. L., & Roman, N. V. (2014). A systematic review of the relationship between parenting styles and children's physical activity. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, *20*(sup-2), 228-246.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model (pp. 487-496). *Washington, DC: American Psychiatric Association*.

Darby, R. S., Henniger, N. E., & Harris, C. R. (2014). Reactions to physician-inspired shame and guilt. *Basic and Applied Social Psychology*, *36*(1), 9-26.

De Castella, K., Byrne, D., & Covington, M. (2013). Unmotivated or motivated to fail? A cross-cultural study of achievement motivation, fear of failure, and student disengagement. *Journal of educational psychology*, *105*(3), 861.

Dumith, S. C. (2008). Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. *Revista brasileira de atividade física & saúde*, *13*(2), 110-120.

Elliot, A. J. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational psychologist*, *34*(3), 169-189.

Elliot, A. J., & Church, M. A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of personality and social psychology*, *72*(1), 218.

Fingerman, K. L., & Birditt, K. S. (2011). Relationships between adults and their aging parents. In *Handbook of the psychology of aging* (pp. 219-232). Academic Press.

- Fingerman, K. L., Cheng, Y. P., Tighe, L., Birditt, K. S., & Zarit, S. (2012). Relationships between young adults and their parents. In *Early adulthood in a family context* (pp. 59-85). Springer, New York, NY.
- Fulton, J. J., Kiel, E. J., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). Associations between perceived parental overprotection, experiential avoidance, and anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(2), 200-211.
- Galvin, B. M., Randel, A. E., Collins, B. J., & Johnson, R. E. (2018). Changing the focus of locus (of control): A targeted review of the locus of control literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 39(7), 820-833.
- Garcia, O. F., Fuentes, M. C., Gracia, E., Serra, E., & Garcia, F. (2020). Parenting warmth and strictness across three generations: Parenting styles and psychosocial adjustment. *International Journal of environmental research and public health*, 17(20), 7487.
- Georgiou, S. N., Ioannou, M., & Stavrinides, P. (2017). Parenting styles and bullying at school: The mediating role of locus of control. *International Journal of School & Educational Psychology*, 5(4), 226-242.
- Geng, F., Zou, J., Liang, Y., Zhan, N., Li, S., & Wang, J. (2021). Associations of positive and adverse childhood experiences and adulthood insomnia in a community sample of Chinese adults. *Sleep Medicine*, 80, 46-51.
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The Health Belief Model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 211-214.
- Gochman, D. S. (1982). Labels, systems and motives: some perspectives for future research and programs. *Health education quarterly*, 9(2-3), 167-174.
- Godinho, C. A., Alvarez, M. J., Lima, L., & Godinho, C. (2014). Psicologia da alimentação saudável: Recomendações, preditores e promoção do consumo de frutas e vegetais. *Psicologia Social da Saúde: Investigação e Intervenção em Portugal*, 1, 43-67.

Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, *143*(11), 1117.

Heidemeier, H., & Staudinger, U. M. (2015). Age differences in achievement goals and motivational characteristics of work in an ageing workforce. *Ageing & Society*, *35*(4), 809-836.

Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC research notes*, *5*(1), 1-8.

Hennessy, E., Hughes, S. O., Goldberg, J. P., Hyatt, R. R., & Economos, C. D. (2012). Permissive parental feeding behavior is associated with an increase in intake of low-nutrient-dense foods among American children living in rural communities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*(1), 142-148.

Hubbs-Tait, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *Journal of the American Dietetic Association*, *108*(7), 1154-1161.

Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, *3*(1).

Ismatulloev, A. N., & Nazarov, A. M. (2022). The level of subjective control and its influence on the activity of the person. *Science and Education*, *3*(2), 751-754.

Ismawati Sharkawi, Z. M., & Rezai, G. (2014). Healthy eating: the preventive factors among Malaysians. *Age*, *18*(20), 150.

Jacobs-Lawson, J. M., Waddell, E. L., & Webb, A. K. (2011). Predictors of health locus of control in older adults. *Current Psychology*, *30*(2), 173-183.

Jadon, P. S., & Tripathi, S. (2017). Effect of authoritarian parenting style on self esteem of the child: A systematic review. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 3(3), 909-913

Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PloS one*, 8(5), e63920.

Kwon, K. A., Yoo, G., & Bingham, G. E. (2016). Helicopter parenting in emerging adulthood: Support or barrier for Korean college students' psychological adjustment?. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 136-145.)

Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting styles: A closer look at a well-known concept. *Journal of child and family studies*, 28(1), 168-181.

Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.

Lupi, S., Bagordo, F., Stefanati, A., Grassi, T., Piccinni, L., Bergamini, M., & Donno, A. D. (2015). Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in northern Italy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 51, 154-161.

Maccoby, E. E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parentchild interaction. In Hetherington, E. M. (Ed.) & Mussen, P. H. (Series Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 4: Socialization, personality and social development* (pp. 1 – 101). New York: Wiley

Marques, M. C. I. (2010). *Qualidade de vida no trabalho e comportamentos de saúde dos trabalhadores de uma empresa multinacional* (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior (Portugal)).

Marques, J. I. C. (2012). *Intergeracionalidade de estilos educativos parentais: continuidade ou mudança?: concordância ou discordância?* (Doctoral dissertation).

Mautner, D., Peterson, B., Cunningham, A., Ku, B., Scott, K., & LaNoue, M. (2017). How Multidimensional Health Locus of Control predicts utilization of emergency and inpatient hospital services. *Journal of health psychology, 22*(3), 314-323.

Mercer, D. A., Ditto, B., Lavoie, K. L., Campbell, T., Arsenault, A., & Bacon, S. L. (2018). Health locus of control is associated with physical activity and other health behaviors in cardiac patients. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 38*(6), 394-399.

Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child abuse & neglect, 37*(11), 917-925.

Muhith, A., Winarti, E., Perdana, S. S., Haryuni, S., Rahayu, K. I. N., & Mallongi, A. (2020). Internal locus of control as a driving factor of early detection behavior of cervical cancer by inspection visual of acetic acid method. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 8*(E), 113-116.

Nastas, L. E., & Sala, K. (2012). Adolescents' emotional intelligence and parental styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 33*, 478-482.

Neymotin, F., & Nemzer, L. R. (2014). Locus of control and obesity. *Frontiers in endocrinology, 5*, 159.

World Health Organization. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. World Health Organization.

Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61*(4), 265-274.

Pfeiffer, C., Speck, M., & Strassner, C. (2017). What leads to lunch—How social practices impact (non-) sustainable food consumption/eating habits. *Sustainability*, 9(8), 1437

Philips, N., Sioen, I., Michels, N., Sleddens, E., & De Henauw, S. (2014). The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 1-14.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 97.

Quek, S. J., Sim, Y. F., Lai, B., Lim, W., & Hong, C. H. (2021). The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 22(1), 83-92.

Rajabi, G., & Abasi, G. (2012). An investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with internalized shame in students.

Roazzi, A., Attili, G., Pentima, L. D., & Toni, A. (2016). Locus of control in maltreated children: the impact of attachment and cumulative trauma. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology*, 91(1), 93-114.

de Brito, A., Mondelo, G. P., & Remor, E. (2018). Crenças de saúde e cognições de doenças. *Bases teóricas da Psicologia da Saúde*, 1.

de Roo, M., Veenstra, R., & Kretschmer, T. (2021). Internalizing and Externalizing Correlates of Parental Overprotection as Measured by the EMBU: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Rodenburg, G., Kremers, S. P., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2014). Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutrition*, 17(5), 960-969.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology, 91*(1), 93-114.

Rogers, R. W., & Prentice-Dunn, S. (1997). *Protection motivation theory*. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants* (p. 113–132). Plenum Press.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. *Journal of Family Theory & Review, 2*(1), 73-87.

Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied, 80*(1), 1.

Rucas, S. L., & Miller, A. A. (2013). Locus of control and sleep in evolutionary perspective. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology, 7*(2), 79-96.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0099208>

Savitha, K., & Venkatachalam, J. (2016). Perceived Parenting Styles and Personality Factors—A Study. *International Journal of Indian Psychology, 3*(4), 21-33.

Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients, 10*(6), 706.

Schakarowski, F. B., Mottin, C. C., & De Castro, E. K. (2020). Percepção da doença e de risco na obesidade: revisão sistemática. *Salud & Sociedad, 11*, e3737-e3737.

Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health psychology, 35*(11), 1178.

Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 17(2), 95-107.

Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., De Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International journal of pediatric obesity*, 6(2Part2), e12-e27.

Sousa, V. G. R. T. D. (2017). *Crenças, atitudes, literacia e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários* (Doctoral dissertation).

Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of public health*, 34(suppl\_1), i3-i10.

Staniszewska, A., Olejniczak, D., & Dąbrowska-Bender, M. (2017). Health behaviors and health locus of control in patients with epilepsy. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(11), 77-85.

Stenholm, S., Head, J., Kivimäki, M., Kawachi, I., Aalto, V., Zins, M., ... & Vahtera, J. (2016). Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *International journal of epidemiology*, 45(4), 1260-1270.

Strickland, B. R. (2016). Internal versus external locus of control. *Perceiv. Control*, 5, 23-44.

Swartz, T. T., Kim, M., Uno, M., Mortimer, J., & O'Brien, K. B. (2011). Safety nets and scaffolds: Parental support in the transition to adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 73(2), 414-429.

Uma, K., & Manikandan, K. (2014). Parenting style as a moderator of locus of control, self-esteem and academic stress among adolescents. *Scholars World-International Refereed Multidisciplinary Journal of Contemporary Research*, 2(3), 64-73.



Varshini, A., Rani, S. L., & Brundha, M. P. (2020). Awareness of annual doctor checkups among general population. *Drug Invention Today*, 14(2).

Varma, V. R., Dey, D., Leroux, A., Di, J., Urbanek, J., Xiao, L., & Zipunnikov, V. (2017). Re-evaluating the effect of age on physical activity over the lifespan. *Preventive medicine*, 101, 102-108.

Vaterlaus, J. M., Patten, E. V., Roche, C., & Young, J. A. (2015). # Gettinghealthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Computers in Human Behavior*, 45, 151-157.

Vargas Leon, J. C. (2016). *Factores psicológicos asociados a la práctica del ejercicio físico en estudiantes universitarios* (Master's thesis, Vargas Leon, Juan Carlos).

Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1-17.

Whitelock, E., & Ensaff, H. (2018). On your own: older adults' food choice and dietary habits. *Nutrients*, 10(4), 413.

World Health Organization. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. World Health Organization.73.

## Anexos

### Consentimento informado

Solicito por este meio a sua participação num inquérito sobre comportamentos dos pais para com os filhos durante a infância e perceção de controlo sobre os acontecimentos que afetam a sua saúde.

Este estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica por Marta Carona, orientada pela Prof. Dra. Elisa Kern de Castro, da Universidade Lusíada de Lisboa.

O estudo destina-se a participantes com mais de 18 anos e só irá prosseguir após o seu consentimento. Todos os dados recolhidos serão anónimos, pelo que o participante não poderá ser identificado.

Não há qualquer risco associado à participação, mas se, por qualquer motivo, se sentir incomodado com alguma das perguntas, pode desistir a qualquer momento, ou contactar o responsável pelo estudo. O tempo estimado para o completar é de 15 minutos.

Se desejar obter alguma informação adicional ou um relatório com os resultados de investigação. Pode contactar através do e-mail de Marta Carona: [marta.smcarona@gmail.com](mailto:marta.smcarona@gmail.com).

#### **Aceita Participar neste estudo?**

Sim

Não

#### ***Questionário sociodemográfico***

Por favor responda às seguintes questões antes de iniciar os restantes questionários

#### **Sexo**

Feminino       Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Filhos:**

Sim       Não

**Se respondeu sim à pergunta anterior. Quantos?** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Solteiro/a       Casado/a       União de facto

Viúvo/a       Separado(a)/Divorciado(a)

**Situação profissional:**

Estudante     Empregado(a)     Desempregado(a)     Trabalhador-Estudante

Reformado

**Ocupação/ Profissão:** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade:**

Ensino Básico     Ensino Secundário     Licenciatura

Mestrado       Doutoramento

**Existência de doenças crónicas:**

Sim       Não

**Se respondeu sim à pergunta anterior. Qual?** \_\_\_\_\_

**Historial de doenças crónicas na família:**

Sim       Não

**Se respondeu sim à pergunta anterior. Qual?** \_\_\_\_\_

Como classificaria a qualidade da sua saúde neste momento?

Péssima     Má     Moderada     Boa     Excelente

Como classificaria a qualidade da sua saúde nos últimos 5 anos?

Péssima     Má     Moderada     Boa     Excelente

Numa escala de 0 a 10, sendo 0=nenhuma preocupação e 10=muita preocupação, qual diria ser o seu nível de preocupação em ter um bom estado de saúde? (coloque um círculo em volta do número)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Numa escala de 0 a 10, sendo 0=nenhum e 10=muito, qual considera ser o seu nível de conhecimento acerca do que é um comportamento saudável e um comportamento de risco?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde**

Assinale nas questões abaixo o quanto concorda com cada uma das afirmações, sendo que: 1-Discordo completamente, 2-Discordo moderadamente, 3- Discordo ligeiramente, 4- Concordo ligeiramente, 5- Concordo moderadamente, 6- Concordo completamente

	1	2	3	4	5	6
1-Se eu ficar doente é o meu próprio comportamento que determina quão cedo voltarei a ficar bem						
2-Faça eu o que fizer se eu tiver que ficar doente (i.e. se estiver destinado), eu irei ficar doente						
3- Ter contacto frequente com o meu médico é a melhor forma de evitar ficar doente						
4- A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-me por acaso						
5- Sempre que não me sinto bem eu devo consultar um profissional de saúde qualificado						
6- Eu tenho controlo sobre a minha saúde						
7- A minha família contribui muito para eu ficar doente ou permanecer saudável						
8- Quando eu fico doente a culpa é minha						
9- A sorte é muito importante para determinar o quão cedo eu irei recuperar de uma doença						
10- Os profissionais de saúde controlam a minha saúde						
11- A minha saúde é, em grande parte, uma questão de sorte						
12- O que mais influencia a minha saúde é aquilo que eu faço						
13- Se eu tomar conta de mim próprio, eu posso evitar ficar doente						
14-Quando eu recupero de uma doença é geralmente porque outras pessoas (por exemplo, médicos, enfermeiros, familiares, amigos) cuidaram bem de mim						
15- Faça eu o que fizer é provável que fique doente						
16- Se estiver destinado eu continuarei saudável						
17- Se eu adotar comportamentos adequados, eu posso continuar saudável						
18- Em relação á minha saúde, eu só posso fazer o que os médicos me disserem para fazer						

**EMBU-M**

As seguintes questões são relativas às memórias relativamente aos comportamentos dos seus pais durante a sua infância e adolescência. Considere qual a resposta que mais se adequa e responda separadamente com um X para os comportamentos do pai e para os comportamentos da mãe.

		Não/nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem explicarem porquê	Pai				
	Mãe				
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai				
	Mãe				
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai				
	Mãe				
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai				
	Mãe				
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai				
	Mãe				
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens da minha vida	Pai				
	Mãe				
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai				
	Mãe				
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que as outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai				
	Mãe				
9. Os meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai				
	Mãe				
10. Através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai				
	Mãe				
11. Eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai				
	Mãe				
12. Se as coisas me corressem mal eu sentia que os meus pais me tentavam confortar ou encorajar	Pai				
	Mãe				
13. Eu era tratado como a “ovelha ranhosa” ou como o “bode expiatório” da família	Pai				
	Mãe				
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai				
	Mãe				
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do meus irmãos do que de mim	Pai				
	Mãe				
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai				
	Mãe				

17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas	Pai				
	Mãe				
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai				
	Mãe				
19. Sentia que havia ternura entre mim e os meus pais	Pai				
	Mãe				
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai				
	Mãe				
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai				
	Mãe				
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai				
	Mãe				
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem-sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	Pai				
	Mãe				

### *Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde*

Assinale a opção que melhor corresponde a cada comportamento do dia-a-dia em diversas áreas associadas à saúde. Por favor, responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios: A – Quase sempre (90% ou mais das vezes) B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes) C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes) D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes) E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1 - Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana					
2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente					
3 - Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex: corrida, ténis, natação, futebol, etc.)					
4 - Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho					
5 - Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal					
6 - Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes					
7 - Bebo, no máximo, duas bebidas alcoólicas por dia					
8 - Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado					
9 - Mantenho as minhas vacinas em dia					
10 - Verifico anualmente a minha pressão arterial					
11 - Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes					
12 - Vou anualmente ao médico fazer um checkup					
13 - Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais					
14 - Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade					
15 - Quando viajo de carro coloco o cinto de segurança					
16 - Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico					
17 - Evito fumar					
18 - Evito ingerir alimentos com gordura					
19 - Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca- cola					
20 - Evito tomar tranquilizantes					



21 - Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (ex: bolos, chocolates, rebuçados, etc.)					
22 - Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco					
23 - Evito os ambientes muito ruidosos					
24 - Evito os ambientes que tenham o ar poluído					
25 - Evito mudar de parceiro sexual					
26 - Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal					
27 - Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções					

Fim do questionário

Obrigada pela sua participação!

Se tiver alguma dúvida ou comentário a acrescentar insira-o neste espaço

--