

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cármem Maria de Magalhães Mendes e
Cunha Guimarães

**Crenças dos Profissionais de Saúde acerca
de Determinantes de Comportamentos de
Saúde: Construção de um Instrumento de
Avaliação**

Cármem Maria de Magalhães Mendes e Cunha Guimarães **Crenças dos Profissionais de Saúde acerca de Determinantes de Comportamentos de Saúde: Construção de um Instrumento de Avaliação**

UMinho | 2012

Outubro de 2012



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Cármén Maria de Magalhães Mendes e
Cunha Guimarães

**Crenças dos Profissionais de Saúde acerca
de Determinantes de Comportamentos de
Saúde: Construção de um Instrumento de
Avaliação**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela da Costa Maia
e da
Professora Doutora Iolanda Ribeiro

Outubro de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

O primeiro e mais reconhecido agradecimento é dirigido à Professora Doutora Ângela Maia, por me guiar até ao fim, pelos incentivos, paciência e pela enorme disponibilidade, sem os quais não teria sido possível a realização desta tese.

Um sentido e especial agradecimento à Professora Doutora Iolanda Ribeiro, pela disponibilidade, apoio e fundamentais contribuições para a realização desta tese.

A todas as instituições que possibilitaram a recolha de dados, com especial destaque para o Hospital de S. João e para o Hospital da Trofa.

A todos os participantes do estudo, sem os quais o mesmo não teria sido possível realizar.

À Kika, pela ajuda fundamental e incansáveis disponibilidade e entrega.

À Helena Carvalho, pela partilha de conhecimentos e pelos preciosos incentivos.

Aos meus amigos, pela motivação e apoio, pela força, pela presença, pelo carinho, pelas gargalhadas. Por não me deixarem desistir.

À minha família, em especial à minha Mãe, por tudo o que não se consegue colocar por palavras.

Resumo

A definição de Saúde como bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948) é apoiada pelo modelo biopsicossocial (Engel, 1977), que postula que os estados de saúde e doença são influenciados por processos biológicos, psicológicos e sociais. Com efeito, este modelo aponta para o facto de que algumas variáveis psicológicas e sociais aumentam a vulnerabilidade a doenças físicas, enquanto outras aumentam a resistência a doenças. Uma revisão da literatura mostra que, nos últimos anos, tem-se acumulado evidências que sustentam este princípio, uma vez que vários estudos concluem que alguns acontecimentos negativos (e.g., vivência de acontecimentos stressantes ou ser cuidador de doentes crónicos) conduzem a um pior estado de saúde, enquanto a presença de dimensões positivas (e.g., apoio social ou construção de significados) protege a saúde.

Embora vários estudos se tenham debruçado sobre as crenças dos pacientes relativamente às variáveis que afetam a sua saúde/ doença, há muito poucos estudos sobre as crenças dos profissionais de saúde relativamente a este domínio. Acima de tudo, não foi encontrado nenhum instrumento sobre crenças de profissionais de saúde, quer na literatura internacional, quer na nacional.

Por esta razão, estabeleceu-se como objetivo do presente estudo, construir um instrumento de avaliação das crenças dos profissionais de saúde face a determinantes de saúde.

Participaram no estudo 166 médicos e enfermeiros de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos.

Com base na literatura foram criados itens que correspondem às várias dimensões não “físicas” que podem influenciar a saúde. Depois das análises preliminares e da análise psicométrica obteve-se uma escala com 22 itens, que apresenta boa sensibilidade, fidelidade e validade. A análise fatorial exploratória permitiu extrair 3 componentes que explicam um total de 50,66% de variância e que correspondem a três subescalas: “Efeitos dos Acontecimentos de Vida”; “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicas”; “Efeitos das Dimensões Psicológicas”.

Os resultados permitem-nos concluir que os participantes do estudo acreditam, em média, na influência dos acontecimentos de vida e das dimensões psicológicas na doença, assim como creem que esta é dependente de fatores sociais e psicológicos.

Abstract

The definition of health as physical, mental and social well-being (WHO, 1948) is supported by the biopsychosocial model (Engel, 1977), which posits that health and disease states are influenced by biological, psychological and social factors. Indeed, this model points to the fact that social and psychological variables increase vulnerability to physical illnesses, while others increase disease resistance. A review of the literature shows that, in recent years, evidence supporting this principle have been gathered, since several studies have concluded that some negative events (e.g., facing stressful events or being a caregiver of a chronically ill patient) lead to a worse health status, while the presence of positive dimensions (e.g., social support or construction of meaning) protects health.

Although several studies have investigated patients' beliefs regarding variables that affect their health / disease, there are very few studies concerning healthcare professionals' beliefs regarding to such matters. Above all, we found no instrument concerning healthcare professionals' beliefs, both in international literature, as in national literature.

For this reason, we established as the main goal for the current study to build an instrument to assess healthcare professionals' beliefs regarding determinants of health.

A sample of 166 doctors and nurses of both sexes, aged between 22 and 67 years took part of this study.

Based on a literature analysis were created items that correspond to several nonphysical dimensions which may have an influence on health. After the preliminary analyzes and psychometric analysis, a 22 items scale was obtained which shows good sensitivity, reliability and validity. Exploratory Factor analysis allowed us to extract three components that explain a total of 50.66% of the variance and that match three subscales: "Effects of Life Events", "Dependence of the disease regarding social and psychological factors", "Effects of Psychological Dimensions".

The results allow us to conclude that the study participants believe, on average, that life events and psychological dimensions can influence disease, and consider that disease is dependent on social and psychological factors.

Índice Geral

Introdução.....	8
Capítulo I – enquadramento teórico	9
1 – Fatores que influenciam a Saúde.....	9
2 – Crenças dos profissionais de saúde sobre fatores que afetam a saúde	16
2.1 <i>Definição de crenças</i>	16
2.2 <i>Estudos sobre as crenças</i>	16
2.3 <i>Influência das crenças nas práticas</i>	17
2.4 <i>Relevância do estudo das crenças</i>	17
2.5 <i>Objetivos do estudo</i>	18
Capítulo II – Estudo empírico	19
Introdução.....	19
Método	19
<i>Participantes</i>	19
<i>Procedimentos</i>	20
Medidas	21
<i>Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde (ECS-PS)</i>	21
<i>Questionário sociodemográfico</i>	22
Resultados	22
<i>Análise e seleção dos itens</i>	22
<i>Validade de Constructo e Consistência Interna</i>	22
<i>Estatística descritiva</i>	24
Discussão de Resultados	27
<i>Limitações</i>	28
Conclusão.....	29
<i>Direções Futuras</i>	29
Referências Bibliográficas	30
Anexo	34

Listagem de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Tabela 2 – Resultados da Análise em Componentes Principais com rotação *oblimin*

Tabela 3 – Resultados da Análise Exploratória de Dados – Componente 1

Tabela 4 – Resultados da Análise Exploratória de Dados – Componente 2

Tabela 5 – Resultados da Análise Exploratória de Dados – Componente 3

Tabela 6 – Comparação dos Resultados na ECS-PS em função do sexo, profissão e categoria profissional

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Variância pelo número de componentes

Introdução

À medida que a principal causa de morte por doença deixou de ser as doenças infecciosas, o que está associado à emergência de antibióticos, as doenças crónicas passaram a ser a principal preocupação no âmbito da saúde. Esta alteração no *focus* central das causas maiores de morbidade permitiu perceber que grande parte das condições associadas ao desenvolvimento, manutenção e tratamento da maioria das doenças não é independente dos comportamentos, das condições de vida e dos estados psicológicos. Por outro lado, a definição de Saúde como bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948) reconhece a necessidade de considerar o bem-estar global na avaliação de saúde /doença.

O conceito de saúde integrado num modelo biopsicossocial (Engel, 1977) tornou-se um conceito central nas últimas décadas do século vinte, e postula que os estados de saúde e doença são influenciados por processos biológicos, psicológicos e sociais. Com efeito, este modelo aponta para o facto de que algumas variáveis psicológicas e sociais aumentam a vulnerabilidade a doenças físicas, enquanto outras aumentam a resistência a doenças. A investigação sobre o efeito das condições psicológicas e sociais sobre o estado de saúde tem mostrado, de forma inequívoca, que alguns acontecimentos negativos, especialmente quando as condições são crónicas (e.g., vivência de acontecimentos stressantes ou ser cuidador de doentes crónicos) conduzem a um pior estado de saúde, enquanto a presença de dimensões positivas (e.g., apoio social ou construção de significados) protege a saúde.

O estudo sobre a forma como o comportamento e estilo de vida afeta o seu estado de saúde deu origem à exploração dos fatores que contribuem para as escolhas de comportamentos mais ou menos saudáveis. O estudo das crenças de saúde, como determinantes de comportamentos, decorreu naturalmente deste interesse e deu origem a vários modelos. Embora vários estudos se tenham debruçado sobre as crenças dos pacientes relativamente às variáveis que afetam a sua saúde/ doença, há muito poucos estudos sobre as crenças dos profissionais de saúde relativamente a este domínio. Uma revisão da literatura não encontrou qualquer instrumento sobre crenças de profissionais de saúde, quer na literatura internacional, quer na nacional.

Por esta razão, estabeleceu-se como objetivo do presente estudo, construir um instrumento de avaliação das crenças dos profissionais de saúde face a determinantes de saúde.

O primeiro capítulo deste trabalho é constituído por duas partes que providenciam o enquadramento teórico desta dissertação.

No segundo capítulo, é apresentado o estudo empírico, nomeadamente o método, medidas, resultados e respetiva discussão e ainda uma reflexão sobre as limitações encontradas.

Por fim, reflete-se sobre as possíveis implicações deste estudo para investigação futura.

Capítulo I – enquadramento teórico

1 – Fatores que influenciam a Saúde

O modelo biopsicossocial sugere que os processos biológicos, psicológicos e sociais estão envolvidos interativamente, quer nos estados de saúde, quer de doença (MacLaren & Kain, 2007). Este modelo surgiu em 1977 com George Engel, quando este autor sugeriu que nem todos os resultados de saúde são explicáveis por processos genéticos e infecciosos e que, para compreender as doenças, é necessário considerar as interações entre os fatores biológicos tradicionais e as variáveis psicológicas e sociais (Engel, 1977).

Tomando como exemplo a dor, é possível perceber as diferenças entre os modelos biomédico e biopsicossocial: para o primeiro, a dor tem uma origem exclusivamente biológica, enquanto o modelo biopsicossocial explica a dor com base em fatores biológicos (por exemplo, os aspetos físicos e anatómicos da dor), mas também em variáveis psicológicas (nomeadamente, os aspetos emocionais e comportamentais da dor) e sociais (tais como, a influência de sistemas de apoio, como a família e os amigos) (MacLaren & Kain, 2007). Para além disso, é um requisito do modelo biopsicossocial que cada paciente seja tratado de forma individualizada e que o seu problema seja analisado e resolvido de forma personalizada (Robbins, 2006).

Nos últimos anos, o modelo biopsicossocial tem ganho uma aceitação crescente, nos contextos académicos e institucionais ligados à Psicologia da Saúde, à educação para a saúde, mas também nos contextos médicos, nomeadamente da medicina preventiva (Alonso, 2004; MacLaren & Kain, 2007). Ainda assim, são detetadas dúvidas quanto à eficácia terapêutica das intervenções psicológicas e psicossociais em alguns problemas de saúde. Num estudo relacionado com a síndrome do intestino irritável e com fadiga crónica, os médicos que reconheceram a importância dos fatores psicológicos e sociais para a evolução de ambas as doenças, mostraram-se relutantes em explorar fatores psicossociais da vida dos pacientes e em recorrer a tratamentos psicológicos, encaminhando os pacientes para serviços de saúde mental (Raine, Carter, Sensky & Black, 2004). Num outro estudo, é apontado o ceticismo dos profissionais médicos em relação aos fatores de risco psicológicos e psicossociais associados à doença coronária (cf. Andersson, Pesonen & Öhlin, 2007).

Contrariando esta tendência, alguns autores afirmam a necessidade de enquadrar efetivamente na prática médica o modelo biopsicossocial (Alonso, 2004), sobretudo se se considerar a definição de saúde proposta pela OMS (1948) que, por si só, alude já a uma integração biopsicossocial: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

Para além disso, o enquadramento biopsicossocial postula que enquanto algumas variáveis psicossociais aumentam a vulnerabilidade a doenças físicas (e.g., a depressão, grandes mudanças de vida), outras aumentam a resistência a doenças (e.g., otimismo, grande suporte social). E, embora seja necessário obter mais dados sobre os mecanismos fundamentais que explicam este enquadramento

conceptual, a psiconeuroimunologia explica alguns dos mecanismos envolvidos no modelo biopsicossocial (MacLaren & Kain, 2007).

A psiconeuroimunologia (PNI) é um campo que nasceu da observação clínica de que os fatores psicológicos fazem parte da etiologia e curso de muitas patologias (Masek et al, 2000) e foi definida por Ader (1995 cit in Ouakinin, 1999) como “o estudo integrado das funções comportamental, neuronal, endócrina e imunológica, que permitem ao organismo adaptar-se às múltiplas exigências constantemente colocadas pelo seu meio interno e externo” (p. 91). Na base da PNI está o sistema imunológico (SI), que é o sistema responsável por proteger o organismo face a situações estranhas ao nosso corpo, “identificando e eliminando material estranho que contacta ou entra no organismo” (O’Leary, 1990 – adaptado, p. 363), ou seja, fazendo a distinção entre o que é e não é do próprio organismo (Maia, 2002). No âmbito da PNI, tem-se produzido bastante literatura, tendo a saúde física sido relacionada com temas tão diversos como o stress, o humor, o otimismo, o apoio social.

Em alguns estudos, verificou-se que a **vivência de acontecimentos stressantes**, prolongados no tempo ou agudos, mas intensos, provoca alterações no funcionamento do sistema imunológico, que exhibe sinais de diminuição de competência (Maia, 2002), o que pode conduzir ao aumento da vulnerabilidade à doença, e até ao desenvolvimento de doenças ou problemas físicos. Quando o indivíduo já se encontra doente, o stress frequentemente contribui para o agravamento dos sintomas (Edwards, Suresh, Lynch, Clarkson & Stanley, 2001) e dificulta o processo de recuperação.

Em situações como o casamento, divórcio, problemas no emprego ou morte, em que estão envolvidos níveis elevados de stress, é registada uma diminuição da saúde naqueles que experienciam estes acontecimentos (cf revisão realizada por Maia, 2002). De acordo com a mesma revisão, em estudos com estudantes universitários durante a época dos exames escolares, com indivíduos residentes à volta de uma central nuclear que se encontravam sob ameaça, e com cônjuges que, estando num momento de maior tensão na relação, apresentavam mais comportamentos negativos e hostis, foram observadas alterações significativas no funcionamento do sistema imunológico.

Alguns estudos relatam ainda que os acontecimentos de vida negativos ou stressantes estão associados a um maior risco de depressão major e dependência de álcool (Dawson, Grant, & Ruan, 2005; cf. Slopen, Williams, Fitzmaurice, & Gilman, 2011), bem como ao surgimento de outras perturbações do foro psicopatológico, que por sua vez afetam o sistema imunitário.

Uma problemática que tem vindo a tornar-se cada vez mais uma questão de saúde pública e que introduz um elevado nível de stress na vida das vítimas que dela sofrem é a violência doméstica. Para além de morte e trauma imediato, provoca bastantes problemas de saúde, que podem adquirir um carácter crónico, incluindo dor crónica, depressão, ansiedade, abuso de álcool e de outras substâncias (cf. Gerbert et al., 2002).

Por outro lado, os **cuidadores de doentes crónicos** são frequentemente encarados como as potenciais segundas vítimas da doença (Bartolo et al., 2010; Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004). Esta expressão reflete o nível de envolvimento no cuidado ao paciente em que encontram e, em

particular, o stress constante a que estão sujeitos (*idem*). Neste sentido, fala-se de sobrecarga do cuidador (*caregiver burden*), que engloba os problemas físicos, psicológicos, financeiros e sociais experienciados pelo principal cuidador de um membro da família (cf. Bartolo et al., 2010).

De facto, vários estudos referem que, em resultado da sua condição, os cuidadores experienciam frequentemente depressão, ansiedade, fadiga, isolamento social, tensão nas relações interpessoais, pressões financeiras (cf. Tong, Sainsbury, & Craig, 2008), elevado stress, *burnout*, pior saúde física (cf. Poulin et al., 2010), dor física, menor resiliência na resposta a fatores de stress adicionais, isolamento devido à perda da sua companhia e relação, quando a pessoa de quem cuidam é o cônjuge/companheiro (Ranmuthugala, Nepal, Brown, & Percival, 2009) vida social limitada, e problemas de saúde, incluindo perturbações de sono e cansaço (Bartolo et al., 2010). É exemplo disso um estudo que verificou que em casos de apoio a doentes que sofreram um enfarte, após 12 semanas a prestarem cuidados, quase metade dos cuidadores relataram ter sintomas somáticos e de fadiga, sentindo necessidade de ir ao médico (Sit et al., 2004). Em doentes que necessitam de fazer diálise, os cuidadores informais podem experimentar stress relacionado com as responsabilidades de gestão dos tratamentos médicos, das necessidades alimentares, marcações clínicas e questões psicológicas dos doentes (cf. Tong, Sainsbury, & Craig, 2008). Ao mesmo tempo, ter consciência do estado de saúde ou de deterioração de um cônjuge, pessoa amada ou próxima, é uma experiência bastante stressante, mesmo para os indivíduos que não são cuidadores do doente (cf. Poulin et al., 2010).

Contudo, ajudar os outros pode trazer uma componente positiva de bem-estar e de satisfação com a vida a quem ajuda, permitindo a redução dos níveis de depressão, de afeto negativo e de ansiedade (cf. Poulin et al., 2010). Neste sentido, alguns estudos revelam que o cuidar pode ser encarado como uma oportunidade de crescimento, em que a ajuda ativa à pessoa amada pode ser salutar. Foram observados níveis mais elevados de afeto positivo e satisfação com a vida em cuidadores que se percebiam a si próprios como interdependentes, i.e., que partilhavam um destino comum com a pessoa que recebia os seus cuidados, normalmente o cônjuge ou companhia. Nestes casos, foram detetadas mais emoções positivas, como amor e empatia, e menos emoções negativas (Poulin et al., 2010).

Um outro fator psicossocial com impacto na saúde física está relacionado com os **estados emocionais** experienciados pelo indivíduo. Pela ativação de um conjunto de respostas fisiológicas, mas também por mecanismos comportamentais, os estados emocionais negativos produzem resultados negativos sobre o estado de saúde ou doença do indivíduo. Assim, são vários os estudos que apontam para uma associação entre a depressão clínica e a imunossupressão, sendo que quando as pessoas recuperam da depressão, há uma melhoria do funcionamento do sistema imunológico (Maia, 2002). Também o humor deprimido, o luto, as perdas por separação ou divórcio, e o afeto negativo diminuem a competência do sistema imunológico (*idem*).

Em situações de doença, como por exemplo, fadiga crónica, o humor alterado interfere com os sintomas da doença exacerbando-os e, conseqüentemente, intensificando a experiência da doença para

o indivíduo (cf. Edwards, Suresh, Lynch, Clarkson, & Stanley, 2001). Já em casos de dor lombar, o afeto negativo, é um dos preditores de maior incapacidade dos doentes (cf. Sieben et al, 2009). Os pacientes com esta patologia que apresentam níveis mais elevados de medo em relação à dor manifestam comportamentos de evitamento que, paradoxalmente, aumentam o medo a longo prazo, num círculo que produz um impacto negativo no seu funcionamento diário (cf. Coudeyre et al, 2006).

Uma das **características de personalidade** cujo impacto tem sido mais abordado na investigação sobre saúde é a repressão/negação, tendo-se verificado, por exemplo, que indivíduos com maior tendência para o desânimo ou estilo pessimista apresentam pior funcionamento imunológico (cf. Maia, 2002). A utilização de estratégias de inibição, repressão ou negação está relacionada com a existência de mais sintomas físicos, com mais visitas ao médico ou com alterações no sistema nervoso autónomo e no sistema imunológico (Maia, 2002). Estas perturbações são explicadas pelo esforço fisiológico implicado na inibição de emoções que o indivíduo quer expressar e não pode, o que aumenta exponencialmente os seus níveis de stress/ ansiedade e prejudica a sua saúde (*idem*). Assim, será benéfico e salutar que o indivíduo possa empreender tarefas (e.g., falar, escrever) que lhe permitam processar as suas experiências e emoções, bem como expressá-las (Maia, 2022).

Neste sentido, salienta-se a importância da **construção de significados** para o desenvolvimento dos processos tanto de saúde como de doença. Como referem Reis e Fradique (2003), os significados atribuídos às experiências de saúde e doença que os indivíduos estão a vivenciar desempenham um papel fundamental na evolução desses processos, bem como na gestão da recuperação ou reabilitação; influenciam a expressão emocional e os processos de confronto inerentes a essas experiências; determinam o bem-estar do indivíduo e podem constituir-se como fatores de proteção contra as doenças; determinam as atitudes e comportamentos que o indivíduo irá adotar; e são preponderantes na relação terapêutica estabelecida entre médico e doente. Esta construção é acompanhada de uma “avaliação subjetiva de sintomas percebidos, das interpretações sobre as causas e a evolução das doenças, da reflexão e decisão em aderir às prescrições do técnico de saúde, ou da reflexão e decisão sobre a mudança de hábitos ou estilos de vida” (Reis & Fradique, 2003, p. 48).

Em diversas situações de doença, como sejam doença cardíaca, artrite reumatóide, cancro, psoríase, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome de fadiga crónica, doença de Addison, entre outras, as representações do sujeito acerca da mesma afetam a sua adaptação psicológica (cf. Jopson, & Moss-Morris, 2003). À medida que os indivíduos se vão confrontando com a doença, com o sistema dos cuidados de saúde e os seus profissionais, vão estruturando ativa e dinamicamente os seus próprios esquemas mentais e, em função destes, irão lidar (*to cope*) e dar resposta à situação em que se encontram (Silva & Pereira, 2002).

Assim, por exemplo, constata-se que o pensamento catastrófico provoca um aumento da incapacidade e da fadiga em doentes com fadiga crónica (cf. Edwards et al., 2001). Já em casos de doentes que sofreram um ataque cardíaco e que reportam benefícios advindos desse acontecimento, é observado um menor nível de depressão e maior satisfação com a vida (cf. Affleck, Tennen, Croog &

Levine, 1987). Num estudo de Affleck, Tennen, Croog & Levine (1987), os pacientes que, na sequência de um ataque cardíaco, reconsideraram os seus valores, prioridades e relações interpessoais, reorganizando a sua vida, apresentavam menor probabilidade de terem outro ataque cardíaco e menor morbidade a longo prazo. Deste modo, a capacidade de atribuir significados positivos às experiências parece estar relacionada com efeitos benéficos a nível da saúde (Maia, 2002).

Para além das variáveis salientadas pela psiconeuroimunologia, a investigação tem-se debruçado sobre o impacto de muitos outros fatores sobre a saúde física, nomeadamente dos **maus tratos na infância**. Pinto e Maia (*in press*) referem que o abuso e a violência durante o período da infância podem afetar negativamente a saúde na idade adulta. Os mecanismos para esta relação podem incluir, de acordo com uma revisão de Greenfield e Marks (2009), mecanismos comportamentais (e.g., abuso de substâncias, perturbações da alimentação, fumar); mecanismos sociais (e.g., sem-abrigo, revitimização); mecanismos cognitivos (e.g., padrões de vinculação problemáticos; e mecanismos emocionais (e.g., depressão, Perturbação Pós-Stress Traumático). Alguns estudos revelam que histórias de violência física e psicológica por parte de membros da família, sobretudo da parte dos pais, aumentam a probabilidade de os indivíduos serem diagnosticados com um problema físico e de terem sintomas mais severos resultando num pior estado de saúde (cf. Greenfield & Marks, 2009).

Estudos com adultos que sofreram abuso sexual na infância, particularmente com mulheres, revelam que estas tendem a usar com mais frequência os serviços de saúde, relatam mais sintomas físicos, mais visitas ao médico, mais hospitalizações e cirurgias do que pacientes sem história de abusos (cf. Irish, Kobayashi & Delahanty, 2010 e Rodgers et al., 2004). Por outro lado, como resultado do stress traumático sofrido na infância, são observadas manifestações físicas relacionadas com a desregulação do sistema neuroendócrino e do sistema nervoso simpático, que têm impacto noutros sistemas corporais (cf. Irish, Kobayashi & Delahanty, 2010), nomeadamente a nível gastrointestinal, ginecológico, cardiopulmonares, e da dor, ainda que estes possam não ser visíveis até à idade adulta (Irish, Kobayashi & Delahanty, 2010). Estes indivíduos apresentam ainda comportamentos de risco adicionais, como sejam o abuso de substâncias, fumar, comportamentos sexuais de risco, falta de exercício físico regular e má alimentação (cf. Irish, Kobayashi & Delahanty, 2010; Rodgers et al., 2004). Há ainda estudos que estabelecem uma relação de proporcionalidade entre o número de experiências adversas na infância e os riscos posteriores de fumar, obesidade, inatividade física, alcoolismo, consumo de drogas intravenosas, de ter múltiplos parceiros sexuais e uma história de doenças sexualmente transmissíveis (Felitti et al., 1998; Felitti, 2002).

Por outro lado, as adversidades vividas na infância, seja violência na família, abuso físico e sexual, ou negligência, estão frequentemente associadas ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, nomeadamente suscetibilidade aos estados de humor, ansiedade, perturbações da alimentação, Perturbação de Stress Pós Traumático, comportamento anti-social e perturbações da personalidade, entre outras (Irish, Kobayashi & Delahanty, 2010; McLaughlin, Conron, Koenen, &

Gilman, 2010; cf. Rodgers et al., 2004). Por todos estes fatores se compreende que os maus tratos na infância constituem um agente desencadeador de más condições de saúde na idade adulta.

Neste seguimento destaca-se a importância do **estilo de vida** e dos comportamentos que cada indivíduo adota no seu dia-a-dia, e dos benefícios ou prejuízos que podem acarretar para a sua saúde.

Assim, o consumo de tabaco e álcool, má alimentação, falta de atividade física e má gestão do stress são fatores de risco para a ocorrência de doenças não transmissíveis (e.g., doenças cardiovasculares, cancro, diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade, osteoporose, depressão e doenças respiratórias crónicas) (Trindade & Carvalho Teixeira, 2004) e para o aumento da mortalidade (Lachman & Agrigoroaei, 2010). Muitos destes comportamentos estão relacionados com características psicológicas ou com respostas comportamentais dos indivíduos ao stress, e provocam a diminuição da resposta do sistema imunológico (Maia, 2002).

Como já foi referido anteriormente, as representações, atitudes e crenças dos indivíduos influenciam de diversas formas o seu comportamento. Perante uma situação de doença, os comportamentos de resposta do indivíduo aos sintomas (e.g., utilização dos serviços de saúde, a adesão às prescrições médicas) são determinantes para a evolução da doença e para a recuperação do seu estado de saúde. De acordo com Silva e Pereira (2002), “o conceito de **adesão terapêutica** não se aplica apenas à ingestão de fármacos, mas a qualquer outro tipo de recomendação ou prescrição médica (e.g., deixar de fumar, fazer exercício físico, efetuar exames de rastreio, entre outras)” (p. 287). Contudo, muitos aspetos podem influenciar a decisão do paciente aderir ao tratamento. Num estudo com pacientes com síndrome de intestino irritável, os que apresentavam maior probabilidade de tomar a medicação proposta tinham sintomas físicos mais severos e acreditavam que a medicação apresentada teria um elevado sucesso no controlo dos sintomas (Goldring, Taylor, Kemeny & Anton, 2002). Em pacientes com hipertensão, as razões para aderir ao tratamento incluem crença no médico, medo de complicações da hipertensão e desejo de controlar a pressão arterial. O não cumprimento da terapêutica recomendada estava associado a melhoras percebidas no estado de saúde, desaprovação geral em relação aos medicamentos e preocupação em relação aos efeitos secundários (cf. Ross, Walker & MacLeod, 2004). Num outro estudo, constatou-se que crenças mais desfavoráveis em relação aos fármacos dificultavam a toma dos mesmos; crenças negativas em relação aos médicos e à medicina reduziam a adesão ao regime terapêutico (Silva & Pereira, 2002). Para além disso, as respostas emocionais à doença também interferem com os comportamentos de adesão, na medida em que pacientes ansiosos ou deprimidos podem ser menos colaborativos devido à doença psiquiátrica (cf. Ross, Walker & MacLeod, 2004).

Um outro grupo de estudos diz respeito ao efeito do **apoio social** na saúde física, sendo que alguns estudos prospetivos mostraram que a longevidade está relacionada com a pertença a grupos sociais fortes, sendo a perceção de suporte social um fator protetor face a stressores (cf. Cohen & Herbert, 1996). Antes de mais, convém referir que um vasto conjunto de investigadores sustenta a definição de apoio social enquanto “interações sociais que envolvem uma relação recíproca que é dada

e recebida pelos membros de uma rede social em que se criou um sentido de pertença” (Sit et al., 2004, p. 818). São ainda identificadas algumas dimensões do apoio social, que podem influenciar a saúde, como sejam o apoio emocional (sentir-se compreendido por alguém próximo); apoio instrumental (assistência financeira); apoio informacional (feedback de apoio ao indivíduo na prossecução dos seus objetivos) (cf. White, Philogene, Fine, & Sinha, 2009; Sit et al., 2004). As interações sociais de elevada qualidade são aquelas em que o apoio social é elevado e a tensão/ stress é baixa (Lachman, & Agrigoroaei, 2010). Com efeito, a necessidade de estabelecer relações positivas e seguras remonta já à infância, ao contexto da relação de vinculação, que se reflete na idade adulta no desejo de ter suporte social e nos ganhos físicos deste suporte. Sabendo que o apoio social nem sempre é encontrado em todas as relações, mesmo nas mais próximas, o ser humano beneficia das relações positivas e procura relações próximas durante o seu percurso de vida (Beck, 2007).

Constata-se, então, que as pessoas casadas apresentam melhor estado de saúde do que as não casadas, pois o casamento está consistentemente associado a benefícios para a saúde, dado que muitas relações maritais fornecem bastante suporte mútuo entre os cônjuges (cf. Beck, 2007). Contudo, as relações próximas também podem influenciar negativamente a saúde, na medida em que se constituam como fontes significativa de stress (e.g., casamentos infelizes) (cf. Beck, 2007).

Num estudo de White, Philogene, Fine, & Sinha (2009) observou-se que uma rede de suporte social extensa, i.e., para além das relações familiares é um fator chave para um melhor estado de saúde entre pessoas mais velhas. Por outro lado, os indivíduos que estão socialmente integrados e experienciam relações positivas apresentam melhor estado de saúde do que os que estão isolados ou envolvidos em relações de tensão/ stressantes (cf. Lachman, & Agrigoroaei, 2010). Mais ainda, de acordo com a revisão realizada por Beck (2007), indivíduos com mais laços sociais têm menor probabilidade de desenvolver infeções virais, e têm menos complicações na gravidez, menos dor relacionada com artrite, recuperação mais rápida de cirurgia e menor pressão sanguínea. De forma indireta, o apoio social pode contribuir para comportamentos positivos de saúde em pessoas que já estão doentes, pois familiares envolvidos podem contribuir para que o doente cumpra o regime terapêutico (Beck, 2007).

Inversamente, o isolamento social, a falta de apoio social, ou o suporte social inadequado são fatores de stress crónicos e agudos, produzem efeitos nos sistemas imunológico, metabólico e cardiovascular, bem como nos comportamentos relacionados com a saúde, constituindo-se como fatores de risco moderados para um estado de saúde deficiente (White, Philogene, Fine, & Sinha, 2009). Também nas pessoas mais idosas, alguns fatores fisiológicos, o funcionamento imunológico, e processos inflamatórios podem ser agravados por situações de baixo suporte social ou isolamento social (cf. Lachman, & Agrigoroaei, 2010).

Constata-se, assim, que o apoio social protege o indivíduo aquando da ocorrência de fatores de stress, reduz o impacto das respostas fisiológicas a fatores de stress e funciona como protetor do seu estado de saúde (Beck, 2007).

2 – Crenças dos profissionais de saúde sobre fatores que afetam a saúde

2.1 Definição de crenças

Segundo Fishbein e Ajzen (1975, cit in Teixeira, Pais-Ribeiro & Maia, 2012), crenças são julgamentos subjetivos decorrentes da percepção de um indivíduo face a uma ideia ou objeto específico, estabelecendo uma relação entre a compreensão que o sujeito faz de si próprio e do mundo que o rodeia. De acordo com as mesmas fontes as crenças implicam, assim, as construções do indivíduo sobre algo que este acredita ser verdade, e por isso mesmo são detentoras de uma veracidade relativa, resultando de processos psicológicos associados ao funcionamento cognitivo. Diferenciam-se, assim, do conhecimento (que implica objetividade) e das atitudes (que implicam afetividade).

Aplicando este conceito ao domínio da saúde, podemos encontrar autores que se centram em comportamentos de saúde e aqueles que desenvolveram modelos sobre a forma como as crenças afetam a saúde, partindo do princípio que estas crenças influenciam os comportamentos de saúde.

Matarazzo (1984) distingue dois tipos de comportamentos, os “patogénicos” (ou hábitos prejudiciais para a saúde, tais como fumar, ter uma má alimentação, beber grandes quantidades de álcool) e os “imunogénicos” (ou comportamentos de proteção da saúde, tais como a realização de check-ups médicos regulares, dormir e comer adequadamente, entre outros) (Ogden, 2004). Kasl e Cobb (1996, cit in Ogden, 2004) definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente o comportamento de saúde (que pretende evitar o aparecimento de uma doença), o comportamento de doença (que visa encontrar um tratamento) e o comportamento de doente (que tem como objetivo ficar saudável).

Segundo Herrera e Posada (2008), as crenças sobre os cuidados de saúde constituem-se como ideias ou verbalizações que as pessoas expressam sobre a forma como mantêm ou recuperam a sua saúde, o que se espelha nas condutas de saúde que adotam. Segundo as mesmas autoras, as crenças emergem e evoluem dentro do contexto social e cultural do indivíduo, embora se espere que cada pessoa elabore, aceite, conserve e utilize um repertório próprio de crenças sobre cuidados de saúde.

2.2 Estudos sobre as crenças

Vários são os estudos que se têm debruçado sobre as crenças dos pacientes e os seus efeitos sobre a doença, a sua evolução e os seus resultados. Street e Haidet (2011) referem que as crenças de saúde dos pacientes (e.g., causa da doença, capacidade de controlar a doença, valor de diferentes tratamentos) predizem comportamentos de saúde tais como adesão terapêutica, utilização de serviços de saúde e decisões relativamente aos estilos de vida.

Outros estudos têm procurado averiguar se os profissionais de saúde estão conscientes das crenças que os pacientes têm sobre a sua saúde / doença, tendo verificado que, globalmente, os profissionais de saúde têm pouca consciência relativamente às crenças dos pacientes (cf. Street & Haidet, 2011).

As crenças dos profissionais de saúde sobre causas “não médicas” de doenças provavelmente terá impacto nas suas práticas clínicas, nomeadamente na forma como exploram a história da doença e do doente, a importância que dão às condições e estilos de vida e nas suas práticas de promoção da saúde. Curiosamente, há poucos estudos sobre crenças dos profissionais de saúde relativamente a determinantes de saúde / doença, tal como é descrito na revisão efetuada por Teixeira, Pais-Ribeiro e Maia (2012).

2.3 Influência das crenças nas práticas

Uma das aplicações práticas do contributo do estudo das crenças de saúde espelha-se na tese de McKeown (1979, cit in Ogden, 2004), segundo a qual o declínio de doenças infecciosas verificado nos últimos três séculos é melhor compreendido tendo em conta fatores sociais e ambientais do que as intervenções médicas; por outras palavras, o comportamento humano e social é determinante na evolução e predomínio das doenças.

Por outro lado, numa revisão efetuada por Street e Haidet (2011) verificou-se que as crenças de saúde dos pacientes (e.g., causa da doença, capacidade de controlar a doença, valor atribuído a diferentes tratamentos) predizem os seus comportamentos de saúde tais como adesão ao tratamento, utilização de serviços de saúde e decisões quanto ao estilo de vida.

Contudo, é importante referir que a existência de crenças ou de um nível de conhecimentos adequado acerca da saúde não garantem a presença de um conjunto de hábitos de saúde ou a ausência de comportamentos de risco (cf. San Pedro & Roales-Nieto, 2006). Em alguns estudos realizados com profissionais médicos no âmbito do consumo de tabaco, constatou-se que tendo conhecimento dos efeitos prejudiciais do tabaco para a saúde, os médicos fumadores consideravam como perigoso o consumo de um número de cigarros muito inferior em relação àquele que era o seu, demonstrando incoerência entre as suas crenças e o seu comportamento (San Pedro & Roales-Nieto, 2006). Ao mesmo tempo, os médicos fumadores mostraram-se menos predispostos a questionar os seus pacientes acerca de hábitos tabágicos, a aconselhá-los em relação à cessação tabágica e a providenciar assistência nesse sentido, na medida em que não identificavam a cessação tabágica como uma intervenção prioritária (Pipe, Sorensen, & Reid, 2009).

2.4 Relevância do estudo das crenças

O estudo das crenças pode contribuir para melhorar as práticas de saúde, quer na perspetiva de atuação dos pacientes, quer na dos profissionais de saúde.

Herrera e Posada (2008) salientam a importância de conhecer as crenças que os pacientes têm sobre cuidados de saúde, de forma a potenciar a aceitação destes ao tratamento e produzir cuidados de saúde mais efetivos. Por outro lado, verificou-se que uma consciência mais aprofundada das crenças de saúde dos pacientes permite aos profissionais de saúde identificar diferenças entre a sua perceção do estado de saúde dos pacientes e a dos próprios pacientes e poderá conduzir a decisões mais

baseadas nas necessidades e expectativas dos pacientes do que nas dos profissionais de saúde (cf. Street & Haidet, 2011). Os mesmos autores afirmam que o estudo das crenças poderá conduzir a mudanças ao nível educacional, no sentido de dotar os profissionais de saúde de mais competências para identificar as crenças dos pacientes e, assim, integrar estas informações na sua prática clínica (Street & Haidet, 2011). Por outro lado, parece-nos que conhecer as crenças dos profissionais de saúde, nomeadamente sobre a relação entre fatores psicossociais e doença, pode permitir direcionar as necessidades de formação nesta área. Apesar da relevância que este tema pode ter, não encontramos na literatura qualquer referência.

2.5 Objetivos do estudo

Face ao que foi exposto, e após uma revisão da literatura ter permitido constatar que não existe nenhum instrumento que pretenda avaliar as crenças que os profissionais de saúde têm sobre fatores psicossociais e doença, estabeleceu-se como objetivo do presente estudo construir um instrumento de avaliação das crenças dos profissionais de saúde face a determinantes de saúde. De modo a compreender-se melhor este domínio, exploraram-se eventuais diferenças nessas crenças em função do sexo, profissão e categoria profissional do sujeito.

Capítulo II – Estudo empírico

Introdução

A literatura que revemos na primeira parte deste trabalho mostra de forma inequívoca que um conjunto de fatores de ordem emocional, social, psicológica e situacional afeta quer os comportamentos de risco para a saúde, quer a emergência de queixas de saúde, quer ainda o desenvolvimento de doenças e a sua evolução, nomeadamente por afetarem estilos de vida e comportamentos de adesão terapêutica.

Os profissionais de saúde, quer nas suas atividades clínicas, quer no papel de contribuírem para a prevenção da doença, agem de acordo com um conjunto de princípios e crenças.

No entanto, verificamos que não existia na literatura um instrumento que procurasse avaliar as crenças dos profissionais de saúde sobre os fatores psicossociais que afetam a doença, pelo que o objetivo deste trabalho foi o desenvolvimento de um instrumento original que avalie as crenças dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

No presente capítulo começamos por descrever o método utilizado na investigação, detalhando os participantes e procedimentos de administração dos questionários. De seguida, centra-se nos instrumentos utilizados e respetiva elaboração dos itens. São ainda apresentados os resultados das análises qualitativas e quantitativas dos itens, assim como as características psicométricas dos resultados (sensibilidade, fidelidade e validade). Por último, são discutidos os resultados.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 166 indivíduos (cf. tabela 1), 93 do sexo feminino (56.4%) e 72 do sexo masculino (43.6%), com idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos ($M=37.57$; $DP= 10.95$). A maioria dos participantes do estudo é casada (56.4%), sendo que os restantes são solteiros (35.6%, $N=58$), divorciados (6.7%, $N=11$), viúvos (0.6%, $N=1$) ou indivíduos a viver em união de facto (0.6%, $N=1$). Em relação à profissão, 53.6% ($N= 89$) dos participantes são enfermeiros e 46.4% ($N= 77$) são médicos.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

		Amostra Total (N=166)	
Idade		M= 37.57 (DP= 10.95)	
		N	%
Sexo	Feminino	93	(56.4)
	Masculino	72	(43.6)
Estado Civil	Solteiro	58	(35.6)
	Casado	92	(56.4)
	Divorciado	11	(6.7)
	Viúvo	1	(0.6)
	União de facto	1	(0.6)
Nacionalidade	Portuguesa	159	(95.8)
	Espanhola	3	(1.8)
	Brasileira	2	(1.2)
	Angolana	1	(0.6)
	Canadiana	1	(0.6)
Profissão	Médicos	77	(46.4)
	Enfermeiros	89	(53.6)
Especialidade	Generalistas	93	(57.8)
	Especialistas	68	(42.2)

Procedimentos

A seleção dos participantes para esta investigação foi realizada com base numa amostra de conveniência, por questões de acessibilidade a determinados serviços de saúde da região Norte litoral de Portugal Continental. Assim, foram inquiridos profissionais de saúde de cerca de 30 estabelecimentos de saúde.

A amostra deste estudo foi conseguida de duas formas: por conveniência e pelo método *snowball*. Assim, para a obtenção da amostra por conveniência, foram enviados pedidos de autorização para a realização do estudo à direção de estabelecimentos de saúde da região Norte litoral de Portugal Continental. Esta recolha foi individual, sendo que foram explicados aos participantes os objetivos do estudo e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. O preenchimento do questionário era efetuado sem a presença da investigadora e este era colocado, após preenchimento, em envelope fechado. Além deste método de recolha, foi utilizado o método de *snowball*: foram entregues vários questionários a alguns elementos-chave, que os distribuíram nos seus locais de trabalho, pedindo a colaboração dos colegas para o preenchimento dos mesmos. Nestes casos, dentro do envelope, juntamente com o questionário, constava a explicação do estudo e de garantia da confidencialidade.

Medidas

Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde (ECS-PS)

A ECS-PS procura avaliar as crenças que os profissionais de saúde têm sobre os fatores psicossociais que conduzem ao aparecimento, evolução e desenvolvimento de sintomas de doença.

Para a elaboração dos itens, considerou-se um modelo de saúde em que as experiências de vida, o estado emocional e dimensões como suporte social e *coping* afetam a saúde. Assim, a formulação dos itens foi efetuada de modo a espelhar os dados da literatura que foram descritos na primeira parte deste trabalho. Deste modo, foram incluídas questões relativas à vivência de acontecimentos stressantes (4 itens), história de maus-tratos na infância (4 itens), ser cuidador de doentes crónicos (4 itens), estados emocionais (4 itens), estilos de vida (4 itens), características da personalidade (4 itens), construção de significados (4 itens), adesão terapêutica (4 itens) e apoio/isolamento social (4 itens), num total de 36 itens.

A construção dos itens envolveu a adoção de critérios comportamentais (procurou-se que os itens expressassem comportamentos e não abstrações), de objetividade, simplicidade (cada item deve expressar uma única ideia), clareza (os itens devem ser compreensíveis para todos os sujeitos) variedade (os itens devem variar em termos de linguagem e de escalas de preferência, para evitar o erro de respostas estereotipadas) e credibilidade (os itens não devem parecer despropositados) (Almeida & Freire, 2007; Pasquali, 2001).

Optou-se por um formato de resposta tipo *likert* de 5 pontos, uma vez que é mais sensível a diferenças individuais (Zimmerman & Kitsantas, 2005). Neste formato, cada item segue uma escala de pontos (na situação adotada, 5 pontos – desde “Não concordo mesmo nada” até “Concordo plenamente”), que exprimem a intensidade de acordo do sujeito com o item em questão (Pasquali, 2001). Optou-se por não colocar nenhuma resposta intermédia (do tipo “Não concordo nem discordo”), no sentido evitar a tendência dos participantes a escolher predominantemente este tipo de resposta.

Seguindo as indicações da literatura (Almeida, 1988; Pasquali, 2001), foi efetuada a reflexão falada dos itens com médicos e enfermeiros, assim como com técnicos e especialistas. Alguns dos sujeitos sugeriram que o instrumento era longo e que, num contexto que não o daquela reflexão, se recusariam a colaborar por falta de tempo. No que se refere aos itens, a maioria não suscitou dúvidas na sua compreensão, embora alguns tenham sido apontados como redundantes. Da análise das respostas, resultou a reformulação de alguns itens e a eliminação de 11 por terem os mesmos sido considerados redundantes e pouco claros.

Questionário sociodemográfico

Para obtenção das características sociodemográficas da população em estudo, foi desenvolvido um Questionário Sociodemográfico, com o objetivo de avaliar variáveis como o sexo, idade, estado civil, nacionalidade, profissão, especialidade, anos de especialidade e local de trabalho.

Resultados

Análise e seleção dos itens

A versão da ECS-PS aplicada incluía 25 itens. Na análise e seleção dos mesmos fixaram-se três critérios: a) apresentar um *poder discriminativo* superior ou igual a 0.30, b) ter saturações superiores a 0.40 e c) influenciar de modo adequado o coeficiente de consistência interna isto é, se retirados não se observa um incremento no *alpha*. Com base nestes critérios, foram eliminados 3 itens.

Assim, o instrumento atual tem 22 itens (ver Anexo), que se dividem em três subescalas. Na primeira subescala, as correlações item-total variam entre 0.559 e 0.744, com valor médio de 0.634. Na segunda subescala, as correlações item-total variam entre 0.511 e 0.620, com valor médio de 0.551. Por fim, na terceira subescala, as correlações item-total variam entre 0.413 e 0.578, com valor médio de 0.497.

Validade de Constructo e Consistência Interna

De modo a ser avaliada a validade de constructo da ECS-PS procedeu-se à análise em componentes principais com rotação *oblimin*, com recurso ao *software* estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* – (versão 19.0).

Uma vez que este é um estudo exploratório e não havia conhecimento prévio da estrutura do instrumento, para determinar o número de componentes a extrair foram analisados os valores de *eigenvalue* e a análise do *scree plot*, isto é, o gráfico da variância pelo número de componentes, onde os pontos no maior declive são indicativos do número apropriado de componentes a reter (Pestana & Gageiro, 2005, p. 499). A representação gráfica (cf. Gráfico 1) aponta para a presença de três componentes principais.

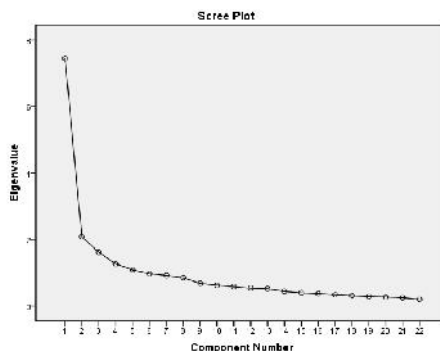


Gráfico 1 – Variância pelo número de componentes.

Registaram-se cinco componentes com *eigenvalues* superiores a 1 mas a análise do *scree plot* sugere a possibilidade de uma solução com 3 componentes, tendo-se adotado como critério de extração este número de componentes, que no seu total explicam 50,66% da variância.

Tabela 2

Resultados da Análise em Componentes Principais com rotação oblimin

	Componente 1	Componente 2	Componente 3
Ser cuidador de doentes crónicos	.812		
Ser cuidador de doentes crónicos	.762		
Ser cuidador de doentes crónicos	.729		
Morte de ente querido	.715		
Problemas de vida	.693		
Problemas de vida	.692		
Apoio / isolamento social	.679		
História de maus tratos na infância	.671		
História de maus tratos na infância	.662		
Vivência de acontecimentos stressantes	.654		
Apoio / isolamento social	.644		
Evolução da doença		.831	
Evolução da doença		.755	
Evolução da doença		.736	
Saúde mental			.699
Controlo da doença			.693
Características de personalidade			.688
Construção de significados			.627
Problemas psicológicos			.611
Problemas psicológicos			.601
Problemas psicológicos			.572
Problemas psicológicos			.531
Variância Explicada	33.85%	9.48%	7.33%
Consistência Interna	.899	.728	.789

A componente 1 corresponde à subescala “Efeitos dos Acontecimentos de Vida”, que é composta por itens que afirmam que as experiências negativas que os indivíduos experienciam afetam a sua saúde.

A componente 2 corresponde à subescala “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos”, que inclui os itens que afirmam que o aparecimento ou evolução da doença não são influenciados pelos acontecimentos ou comportamentos dos indivíduos. Para efeitos de comparação desta subescala com as restantes, os itens foram invertidos.

Por fim, a componente 3 corresponde à subescala “Efeitos das Dimensões Psicológicas”, que inclui itens que afirmam que as características psicológicas dos indivíduos afetam a saúde dos mesmos.

Verifica-se uma correlação forte entre as subescalas “efeitos dos acontecimentos de vida” e “efeitos das dimensões psicológicas” (0.512).

Relativamente à consistência interna, as três subescalas apresentam valores acima de .70, conforme pode ser verificado na tabela 2. Estes valores são superiores ao que é consensualmente adotado na literatura como valores mínimos (cf. Pestana & Gageiro, 2005).

Estatística descritiva

Nas tabelas 3, 4 e 5 apresentam-se os valores da média, desvio padrão e amplitude e os resultados dos testes de aderência à normalidade em função das variáveis sexo, profissão e categoria profissional. Estes indicam que não se cumpre o pressuposto da normalidade pelo que nas análises seguintes se recorreu a testes não paramétricos.

Tabela 3

Resultados da Análise Exploratória de Dados: Componente 1

Componente 1	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>KS</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo						
Masculino	3.09	.090	4.00	.062	72	.200
Feminino	3.09	.080	3.45	.063	91	.200
Profissão						
Médico	3.17	.100	4.00	.086	76	.200
Enfermeiro	3.01	.069	3.00	.076	88	.200
Categoria Profissional						
Generalista	3.10	.077	3.45	.073	92	.200
Especialista	3.07	.100	4.00	.083	67	.200

Tabela 4

Resultados da Análise Exploratória de Dados: Componente 2

Componente 2	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>KS</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo						
Masculino	4.35	.075	2.33	.203	72	.000
Feminino	4.55	.062	2.67	.267	93	.000
Profissão						
Médico	4.51	.058	1.67	.235	77	.000
Enfermeiro	4.39	.080	3.33	.248	89	.000
Categoria Profissional						
Generalista	4.37	.076	3.33	.219	93	.000
Especialista	4.55	.065	2.33	.259	68	.000

Tabela 5

Resultados da Análise Exploratória de Dados: Componente 3

Componente 3	<i>M</i>	<i>DP</i>	Amplitude	<i>KS</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo						
Masculino	3.58	.074	2.88	.091	72	.200
Feminino	3.56	.065	2.75	.097	91	.035
Profissão						
Médico	3.62	.074	2.75	.086	76	.200
Enfermeiro	3.50	.064	2.88	.091	88	.070
Categoria Profissional						
Generalista	3.56	.066	2.88	.090	92	.062
Especialista	3.55	.076	2.75	.121	67	.016

Diferenças das crenças sobre a doença em função do sexo, profissão e categoria profissional

Na tabela 6 apresentam-se os resultados do teste de Mann-Whitney (diferenças em função do sexo, profissão e categoria profissional).

Tabela 6

Comparação dos resultados na ECS-PS em função do sexo, profissão e categoria profissional.

Sexo		Ordem Média	<i>U</i>	<i>p</i>
C1	Masculino	82.87	3213.500	.834
	Feminino	81.31		
C 2	Masculino	74.15	2710.500	.029*
	Feminino	89.85		
C 3	Masculino	82.78	3219.500	.850
	Feminino	81.38		
Profissão				
C 1	Médico	86.70	3024.500	.292
	Enfermeiro	78.87		
C 2	Médico	84.28	3366.500	.840
	Enfermeiro	82.83		
C 3	Médico	87.27	2981.500	.231
	Enfermeiro	78.38		
Categoria profissional				
C 1	Generalista	80.80	3008.000	.796
	Especialista	78.90		
C 2	Generalista	76.70	2752.500	.145
	Especialista	87.02		
C 3	Generalista	80.47	3038.500	.879
	Especialista	79.35		

*Nota: * p < .05*

C 1: Subescala “Efeitos dos Acontecimentos de Vida”

C 2: Subescala “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos”

C 3: Subescala “Efeitos das Dimensões Psicológicas”

O teste de Mann-Whitney apenas revelou diferenças estatisticamente significativas ao nível da dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos, em função do sexo do participante, sendo que os profissionais de saúde do sexo feminino creem que há uma maior dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos do que os do sexo masculino.

Discussão de Resultados

Esta tese enquadra-se na literatura sobre determinantes de saúde e visou a construção de um instrumento que avaliasse, em profissionais de saúde, as suas crenças face a determinantes de saúde. Além disso, pretende-se analisar a existência de diferenças nas crenças dos profissionais de saúde em função do sexo, da profissão ou da categoria profissional dos participantes.

A escala construída, que designamos por Escala de Crenças de Saúde para Profissionais de Saúde (ECS-PS), revelou, na análise psicométrica a existência de 3 componentes, que se constituem como as três subescalas do instrumento. Assim, a subescala “Efeitos dos Acontecimentos de Vida” é composta por itens que afirmam que as experiências negativas que os indivíduos experienciam afetam a sua saúde. Neste caso, prevê-se que um valor elevado nesta subescala indique que o sujeito acredita que os acontecimentos, condições e história de vida negativos tornam mais provável a presença de queixas e/ou sintomas, maior utilização dos serviços de saúde, mais comportamentos de risco para a saúde e maior vulnerabilidade à doença.

Nesta subescala a média de pontuações dos profissionais que participaram neste estudo foi de 3.08 (DP=0.76), variando os resultados entre 1.00 e 5.00. Este resultado significa que os participantes creem, embora moderadamente, que os acontecimento de vida podem ser um determinante da saúde / doença.

A subescala “Dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos” inclui os itens que afirmam que o aparecimento ou evolução da doença são influenciados pelos acontecimentos ou comportamentos dos indivíduos. Para efeitos de comparação desta subescala com as restantes, a cotação dos itens é invertida, uma vez que a formulação dos itens afirma a independência dos fatores sociais e psicológicos face à doença. Nesta subescala, considerando as cotações invertidas, a média de pontuações dos sujeitos do estudo foi de 4.45 (DP=0.65), variando os resultados entre 1.67 e 5.00. Este resultado significa que os participantes recusam a independência da doença face a estes fatores e creem, fortemente, que os acontecimentos ou comportamentos dos indivíduos afetam o aparecimento ou evolução da doença.

Por fim, a subescala “Efeitos das Dimensões Psicológicas” inclui itens que afirmam que as características psicológicas dos indivíduos afetam a saúde dos mesmos. Neste caso, prevê-se que supõe-se que um valor elevado nesta subescala sugira que o sujeito acredita que as estratégias de regulação emocional, a saúde mental, a perceção de controlo da doença e a atribuição de significado positivo para a doença tornam menos provável a presença de queixas e/ou sintomas, menor utilização dos serviços de saúde, menos comportamentos de risco para a saúde e menor vulnerabilidade à doença.

Nesta subescala a média de pontuações dos sujeitos do estudo foi de 3.56 (DP=0.62), variando os resultados entre 2.13 e 5.00. Este resultado significa que os participantes creem, embora moderadamente, que as dimensões psicológicas podem ser um determinante da saúde / doença.

Salienta-se que, por não haver nenhum instrumento com características semelhantes, não é possível fazer comparações em termos da estrutura do instrumento ou dos resultados obtidos com a aplicação do mesmo.

Verificou-se uma correlação forte entre as subescalas “efeitos dos acontecimentos de vida” e “efeitos das dimensões psicológicas”, o que poderá ser explicado pelo facto de medirem diferentes efeitos mas com as mesmas consequências (e.g., apresentação de queixas físicas sem explicação médica como consequência de cuidar de doentes crónicos – item da subescala “efeitos dos acontecimentos de vida” – mas também como consequência de ter problemas psicológicos – item da subescala “efeitos das dimensões psicológicas”).

Ao averiguar a existência de diferenças nas crenças dos profissionais de saúde em função do sexo, profissão e categoria profissional, apenas se verificou como significativo que os profissionais de saúde do sexo feminino creem que há uma maior dependência da doença face a fatores sociais e psicológicos do que os do sexo masculino. Embora não haja literatura sobre crenças dos profissionais de saúde relativamente a determinantes de saúde / doença, outros estudos encontraram diferenças de género em pacientes. Com efeito, Brito e Camargo (2011) no seu estudo sobre representações sociais, crenças e comportamentos de saúde, verificaram diferenças de género ao nível de comportamentos protetores de saúde.

Limitações

Refletindo sobre algumas limitações do nosso estudo, começamos por salientar que foi utilizado um reduzido número de participantes. Embora tenha resultado das dificuldades de acesso ao tipo de população em estudo, esta limitação influencia o poder das análises estatísticas, que poderia ser potenciado com um maior número de sujeitos.

Uma segunda limitação remete para a não-representatividade da amostra, apenas localizada no Norte litoral de Portugal Continental. Embora tenha resultado do facto de esta ser uma amostra de conveniência, esta limitação condiciona a generalização destes dados para a população portuguesa de profissionais de saúde.

Outra limitação prende-se com a escala de *likert*, que devido à não existência de uma opção do tipo “Não concordo nem discordo” obriga os participantes a posicionarem-se perante todos os itens. Embora esta tenha sido uma decisão, esta opção pode resultar num enviesamento dos resultados devido ao desequilíbrio de respostas negativas (2) e positivas (3).

Conclusão

O objetivo deste estudo era a elaboração de uma escala de crenças sobre determinantes de saúde para profissionais de saúde. Baseada na revisão da literatura foram criados itens e construída uma escala, que se mostrou psicometricamente viável. Assim, o principal objetivo foi atingido e pode ser posta ao serviço do estudo da relação entre crenças dos profissionais e as suas práticas, bem como pode fundamentar formas de formação que tornem mais consistente o seu conhecimento sobre fatores que determinam a saúde/doença. O instrumento que emerge deste estudo pode agora ser utilizado na investigação. No ponto seguinte sugerimos algumas das linhas de investigação que podem dar continuidade a este estudo.

Direções Futuras

Face às duas primeiras limitações apresentadas (reduzido número de participantes e não-representatividade da amostra), sugerimos que este estudo seja reproduzido nacional ou, pelo menos, regionalmente. Desta forma será possível ter valores mais aproximados da população portuguesa de profissionais de saúde.

Relativamente à limitação da pontuação *likert*, sugerimos que esta seja alterada para uma opção par, com seis dimensões, sendo três positivas e três negativas.

Consideramos que poderá ser importante aferir o impacto que a aplicação deste instrumento poderá ter ao nível das práticas clínicas e da necessidade de formação percebida pelos profissionais de saúde. Com efeito, supomos que a mera resposta ao instrumento poderá ter efeitos nos profissionais de saúde, que se veem confrontados com dimensões e questões potencialmente desconhecidas. Prevemos que, face ao preenchimento do questionário, surjam dúvidas, necessidades de aprofundar conhecimentos e, eventualmente, motivação para a mudança das práticas clínicas.

Esta ideia vai de encontro ao que foi verificado num estudo recente, onde os investigadores concluíram que o facto de a formação médica ocorrer, em grande medida, sob uma vertente biomédica pode contribuir para que os profissionais de saúde apresentem dificuldades em lidar com uma doença como a obesidade (que é maioritariamente de causa comportamental), como os próprios indicam, cuja principal forma de tratamento reside, precisamente, na mudança desses comportamentos (cf. Teixeira, Pais-Ribeiro e Maia, 2012).

Por fim, consideramos que poderá ser interessante administrar este instrumento com o objetivo de comparar profissionais de saúde mental (psicólogos da saúde e psiquiatras) com restantes profissionais de saúde, no sentido de averiguar se os primeiros estão mais conscientes da existência de determinantes de saúde / doença do que os segundos. A exploração dos resultados nesta escala com outros profissionais pode ainda constituir uma fonte de informação sobre crenças, e informar sobre eventuais necessidades de formação.

Referências Bibliográficas

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35.
- Almeida, L. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação – 4ª Edição*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53, 239-244.
- Andersson, S. I., Pesonen, E. & Öhlin, H. (2007). Perspectives that lay persons with and without health problems show toward coronary heart disease: An integrated biopsychosocial approach. *Heart and Lung*, 36(5), 330-338.
- Bartolo, M., De Luca, D., Serrao, M., Sinforiani, E., Zucchella, C., & Sandrini, G. (2010). Caregiver burden and needs in community neurorehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 818-822.
- Beck, L. (2007). Social status, social support, and stress: A comparative review of the health consequences of social control factors. *Health Psychology Review*, 1(2), 186-207.
- Brito, A. M. M & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, 19, 1, 283-303.
- Cohen, S. & Herbert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from a perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Coudeyre, E., Rannou, F., Tubach, F., Baron, G., Coriat, F., Brin, S., Revel, M., & Poiraudau, S. (2006). General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*, 124, 330-337.
- Edwards, R., Suresh, R., Lynch, S., Clarkson, P., & Stanley, P. (2001). Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 64-68.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.

- Gerbert, B., Gansky, S. A., Tang, J. W., McPhee, S. J., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., & Caspers, N. (2002). Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians' beliefs and behaviours. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 82-90.
- Goldring, A. B., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Anton, P. A. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions on inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21(3), 219-228.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2009). Profiles of physical and psychological violence in childhood as a risk factor for poorer adult health: Evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the U. S.. *Journal of Aging Health*, 21 (7), 943-966.
- Herrera, E. M. & Posada, M. L. A. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermaria*, XXVI, 1, 112-123.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long- term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Jopson, N. M., & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 503-511.
- Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2010). Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLoS ONE*, 5(10), e13297.
- MacLaren, J. E. & Kain, Z. N. (2007). Perioperative biopsychosocial research: The future is here. *Journal of Clinical Anesthesia*, 19, 410-412.
- Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 207-225.
- Masek, K., Petrovicky, P., Sevcik, J., Zidek, Z., Frankova, D. (2000). Past, present and future of psychoneuroimmunology. *Toxicology*, 142, 179-188.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the Stress Sensitization Hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40(10), 1647-1658.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde (2ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 363-382.
- WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

- Ouakinin, S. (1999). Mediadores de integração entre o Sistema Nervoso Central e o Sistema Imunitário – A SIDA numa abordagem psiconeuroimunológica. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 1, 2, 91-111.
- Pasquali, L. (2001). Testes referentes a constructo: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Eds.), *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração*. Brasília: Unb.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, R., & Maia, A. (in press). The relationship between childhood adverse experiences and psychopathology: the contribution of official records vs self-reports. *Child and Adolescent Mental Health*
- Pipe, A., Sorensen, M., & Reid, R. (2009). Physician smoking status, attitudes towards smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 118-123.
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Ubel, P. A., Smith, D. M., Jankovic, A., & Langa, K. M. (2010). Does a helping hand mean a heavy heart? Helping behaviour and well-being among spouse caregivers. *Psychological Aging*, 25(1), 108-117.
- Raine, R., Carter, S., Sensky, T., & Black, N. (2004). General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: Qualitative study. *British Medical Journal*, 328, 1354-1357.
- Ranmuthugala, G., Nepal, B., Brown, L., & Percival, R. (2009). Impact of home based long term care on informal carers. *Australian Family Physician*, 38(8), 618-620.
- Reis, J. C., & Fradique, F. S. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(1), 47-57.
- Robbins, A. (2006). Biopsychosocial aspects in understanding and treating depression in men: A clinical perspective. *Journal of Men's Health & Gender*, 3(1), 10-18.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behaviour. *Child Abuse & Neglect*, 28, 575-586.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- San Pedro, E. M., & Roales-Nieto, J. G. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 99-110.
- Sieben, J. M., Vlaeyen, J. W., Portegijs, P. J., Warmenhoven, F. C., Sint, A. G., Dautzenberg, N., Romeijnders, A., Arntz, A., & Knottnerus, J. A. (2009). General practitioners' treatment orientations towards low back pain: Influence on treatment behaviour and patient outcome. *European Journal of Pain*, 13(4), 412-418.

- Silva, N. S., & Pereira, M. G. (2002). Representações de saúde e comportamentos em utentes de centros de saúde da zona norte. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 289-303.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in the home: The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(7), 816-824.
- Slopen, N., Williams, D. R., Fitzmaurice, G. M., & Gilman, S. E. (2011). Sex, stressful life events, and adult onset depression and alcohol dependence: Are men and women equally vulnerable? *Social Science & Medicine*, 73, 615-622.
- Street, R. L. Jr & Haidet, P. (2011). How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 1, 21-27.
- Teixeira, F. V., Pais-Ribeiro, J. L. & Maia, A. R. P. C. (2012). Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 2, 254-262.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. C. (2008). Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23, 3960-3965.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2004). A Psicologia no Plano Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com o estilo de vida nas áreas prioritárias da região de saúde de Lisboa. *Análise Psicológica*, 22, 4, 779-786
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-1878.
- Zimmerman, B. J., & Kitsantas, A. (2005). Homework practices and academic achievement: The mediating role of self-efficacy and perceived responsibility beliefs. *Contemporary Educational Psychology*, 30, 397-417.

Anexo

Sexo: F ____ M ____ Idade: ____ Nacionalidade: ____ Estado Civil: ____
 Profissão: ____ Ano de fim de curso: ____
 Especialidade: ____

Há quantos anos na especialidade: ____ Cidade onde trabalha: ____

Instituição principal onde trabalha: ____

ECS-PS
 (Guimarães & Maia, 2008)

Investigadores da Universidade do Minho estão a procurar fazer uma caracterização daquilo que os profissionais de saúde pensam sobre os factores que afectam a saúde. Para isso, contamos consigo e agradecemos esta colaboração!

Para responder às perguntas que se seguem deve assinalar para cada uma delas o grau em que concorda com cada uma das afirmações, assinalando com uma cruz no número correspondente. Deve responder a todos os itens não deixando nenhum em branco. Não existem respostas certas ou erradas por isso deve responder de acordo com aquilo em que acredita.

Não concordo mesmo nada ①	Concordo pouco ②	Concordo ③	Concordo a maioria das vezes ④	Concordo plenamente ⑤
------------------------------	---------------------	---------------	-----------------------------------	--------------------------

1. As pessoas que experienciam acontecimentos stressantes como um desastre natural, desemprego, guerra ou conflitos conjugais, ficam mais vulneráveis à doença	①	②	③	④	⑤
2. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para apresentar queixas físicas sem explicação médica	①	②	③	④	⑤
3. Pacientes com história de maus-tratos na infância terão mais tendência para apresentar mais sintomas físicos na idade adulta	①	②	③	④	⑤
4. Os problemas de vida que os pacientes estão a enfrentar aumentam a probabilidade de desenvolver sintomas físicos	①	②	③	④	⑤
5. Pacientes sem problemas psicológicos apresentam menos sintomas físicos do que pacientes com problemas psicológicos	①	②	③	④	⑤
6. Nos doentes otimistas e positivos existe uma melhor recuperação da doença do que nos doentes pessimistas	①	②	③	④	⑤
7. Em muitos casos, os sintomas das pessoas decorrem mais de problemas psicológicos do que de problemas físicos	①	②	③	④	⑤
8. As pessoas com mais problemas de vida têm maior probabilidade de ficarem doentes	①	②	③	④	⑤
9. A morte de um ente querido poderá aumentar a vulnerabilidade das pessoas para desenvolver sintomas e doenças	①	②	③	④	⑤
10. Muitas vezes as pessoas procuram os médicos do serviço de saúde para tratar problemas psicológicos	①	②	③	④	⑤
11. Pessoas com problemas psicológicos exacerbam os sintomas físicos (por exemplo, apresentam limiar de dor mais baixo) do que pessoas sem problemas psicológicos	①	②	③	④	⑤
12. A evolução de uma doença depende apenas do seguimento da terapêutica	①	②	③	④	⑤
13. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para utilizar os serviços de saúde	①	②	③	④	⑤
14. Nada do que os pacientes façam, para além de realizar a terapêutica adequada, vai afectar a evolução da sua doença	①	②	③	④	⑤
15. Se os pacientes sentirem que podem controlar a sua doença, terão provavelmente resultados mais positivos e uma melhor evolução da doença	①	②	③	④	⑤
16. As pessoas que seguem melhor os tratamentos prescritos são as mentalmente mais saudáveis	①	②	③	④	⑤
17. Os pacientes com muito apoio social podem viver mais anos do que os que vivem sós ou que não têm amigos	①	②	③	④	⑤
18. O efeito sobre a saúde de estar isolado socialmente pode ser comparável ao efeito de, por exemplo, fumar, ser obeso ou não realizar actividade física	①	②	③	④	⑤
19. Se os pacientes encontrarem um significado positivo para a sua doença (por exemplo, dar mais valor à vida) terão provavelmente uma melhor evolução dessa doença	①	②	③	④	⑤
20. Os pacientes com história de abuso físico ou sexual na infância vão provavelmente utilizar mais os serviços de saúde do que aqueles que não tenham sido abusados	①	②	③	④	⑤
21. Quem cuida de doentes crónicos tem mais tendência para desenvolver sintomas de doença	①	②	③	④	⑤
22. A evolução da doença depende apenas dos pacientes	①	②	③	④	⑤