

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DIMENSÕES DE PERSONALIDADE EM JOVENS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS

Barbara Gonzalez¹ & J. Pais Ribeiro²

¹Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa

²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

RESUMO: O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em estudantes universitárias da licenciatura em Psicologia de uma Universidade de Lisboa. Os participantes foram 270 estudantes, do sexo feminino, de 18 a 30 anos ($M=21,69$; $DP=2,11$). Os comportamentos de saúde foram avaliados com o Questionário de Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 1993) e, as dimensões de personalidade foram avaliadas com o Inventário de Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). As correlações estatisticamente significativas obtidas entre os comportamentos de saúde são baixas a muito baixas, assim como as obtidas entre os comportamentos de saúde e as dimensões de personalidade, sugerindo que a relação entre eles não é forte. O teste t de diferença de médias mostra uma diferença significativa entre os dois grupos etários (18-21 e 22-30), $t(270)=-2,11$, $p<0,03$, para a faceta 5 (Ideias) da dimensão Abertura à Experiência, com valor superior no segundo grupo, o que, relativamente à dimensão global, não é congruente com a literatura. Vários outros resultados não são congruentes com a literatura, eventualmente devido à especificidade da amostra deste estudo. Na globalidade, os resultados parecem mostrar que os factores de personalidade são fracos preditores dos comportamentos de saúde, relacionando-se com o facto de factores psicológicos gerais explicarem apenas uma pequena proporção da variância dos comportamentos de saúde, ao contrário do que acontece com factores sócio-cognitivos relativos a actividades específicas.

Palavras chave: Comportamentos de saúde, Dimensões de personalidade.

HEALTH BEHAVIOURS AND PERSONALITY DIMENSIONS IN YOUNG COLLEGE STUDENTS

ABSTRACT: The purpose of this study was to inspect the relationship between health behaviours and personality dimensions in female Psychology college students, of a Lisbon University. Participants were 270 female students, age 18-30 ($M=21,69$; $SD=2,11$). We measured health behaviours with Health Behaviour Questionnaire (Ribeiro, 1993) and personality dimensions with NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). Correlation between health behaviours, and between health behaviours and personality dimensions, shows statistically significant but low and very low correlations, suggesting that the relation between these two is not strong. T test for mean differences shows a statistically significant difference between the two age groups (18-21 e 22-30), $t(270)=-2,11$, $p<0,03$, for facet 5 (Ideas) of Overture to Experience dimension, being higher in the second group, what, in what comes to the global dimension, is not congruent with literature. Some other results were not congruent with the literature, suggesting that the sample of this study has some particularities to be investigated. Overall, the results seem to show that

personality dimensions are weak predictors of health behaviours, relating to the fact that personality dimensions accounts for only a small proportion of the variance in the health practices index, which is a common finding when general psychological factors, rather than socio-cognitive factors related to specific activities, are assessed.

Key words: Health behaviours, Personality dimensions.

Na medida em que, segundo Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas, e Hervig (1994) “(...) *the principle impetus for personality studies within the health domain has been identification of psychological characteristics that influence health and health processes*”(p. 279), pretendemos investigar a relação existente entre a adopção de comportamentos de saúde e a predominância de dimensões de personalidade nos indivíduos, partindo do pressuposto de que a predominância de determinadas dimensões de personalidade no sujeito, coincide com diferentes formas de encarar a saúde, e de se comportar face a esta.

Para Trobst et al. (2000), embora relativamente aos factores na base da prática dos comportamentos, incluindo os de saúde, as abordagens sócio-cognitivas enfatizam muitas vezes o papel da informação na formação de atitudes e na mudança de comportamentos (e.g., Modelo de Crenças de Saúde), o comportamento de saúde não consiste simplesmente na realização de escolhas informadas, predito por factores sócio-cognitivos, sendo um processo mais complexo, com componentes emocionais e motivacionais profundamente enraizados em traços de personalidade.

Comportamento de saúde

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

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

De uma forma mais abrangente, Carmody (1997) referiu que, qualquer comportamento que afecta a saúde, positiva ou negativamente, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde, sendo difícil imaginar qualquer actividade ou comportamento que não afecte a nossa saúde de alguma forma, directa ou indirectamente.

Evolução das concepções sobre as relações entre comportamento e saúde

Segundo Matarazzo (1984), nos últimos 300 anos, os avanços significativos verificados nos países industrializados, no âmbito da higiene, saúde pública e microbiologia, resultaram numa marcada diminuição da mortalidade e morbidade por causa de agentes patológicos microbiológicos, passando a causa a radicar em doenças e acontecimentos associados aos próprios padrões comportamentais, o que veio trazer um necessário interesse pela influência dos comportamentos na saúde e doença.

No Alameda County Study, um estudo longitudinal sobre factores que associados à saúde, Belloc e Breslow (1972, cit. in Matarazzo & Leckliter, 1988) identificaram sete comportamentos altamente correlacionados com a subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas de sono diárias; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições (4); dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Ficou demonstrado que, quanto menos destas rotinas positivas o indivíduo seguisse no ano de início do estudo, maior era o risco progressivo de que viesse a morrer nos 4 anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres.

Antonovsky (1979, cit. in Matarazzo, 1984), na sua abordagem à questão da saúde, foi inovador ao preconizar a abordagem das diferenças inter-individuais na saúde e doença a partir da abordagem de “salutogenesis” (origens de saúde) e não de “pathogenesis” (origem de patologia). Neste sentido, segundo Breslow e Breslow (1993) o conceito de saúde física foi sendo redefinido sucessivamente, para se afastar cada vez mais da simples ausência de incapacidade, englobando níveis mais elevados de saúde, como a ausência de doenças crónicas, sintomas desagradáveis de qualquer tipo e mais energia para a vida.

De acordo com Vickers, Conway, e Hervig (1994) a asserção de que os comportamentos de saúde tendem a associar-se em padrões comportamentais, tornando o comportamento de saúde multidimensional, tem importantes implicações para a conceptualização, medida e modificação deste comportamento, implicando que os modelos teóricos não deveriam tratar o comportamento de saúde como uma única entidade. Para os autores, podemos identificar duas grandes categorias: Comportamento Preventivo (contendo a dimensão de comportamentos de saúde de “manutenção e melhoria do bem-estar” e a dimensão de “evitamento ou minimização dos efeitos dos acidentes”) e Tomada de Risco (contendo a dimensão de “riscos primariamente relacionados com exposição evitável a perigos enquanto peão ou condutor de automóvel” e a dimensão “evitamento de substâncias que poderiam afectar negativamente a saúde” (e.g., tabaco e álcool) e, em menor grau, outros factores que poderiam prejudicar a capacidade adaptativa do organismo (e.g., germes, poluição). O evitamento de substâncias, embora sendo conceptualmente um elemento da Tomada de Risco, estava também ligado, de forma empírica, ao Comportamento Preventivo.

Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade

Relativamente à relação entre traços de personalidade, estilos de vida e saúde, Suls e Rittenhouse (1990, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste) forneceram uma síntese de três grandes caminhos pelos quais as disposições de personalidade poderiam estar associadas a um risco acrescido de problemática de saúde.

Em primeiro lugar, o modelo da *hiper-reactividade induzida pela personalidade* sugere que certas pessoas, devido à tendência para avaliar as situações como mais stressantes que o apropriado, ou, por comportamentos que resultam em respostas neuroendócrinas elevadas, têm predisposição para responder aos stressores com reactividade fisiológica exagerada, o que, se for elevado em intensidade e/ou frequência, pode aumentar o risco de doença.

Em segundo, o modelo da *predisposição constitucional* diz que, as disposições de personalidade associadas com o risco de doença, podem simplesmente ser marcas de alguma debilidade física congénita ou anormalidade do sistema orgânico, que aumenta a susceptibilidade à doença e, nesta linha, o estilo de personalidade em si mesmo pode não ter qualquer efeito adverso na saúde física; este modelo tem muito em comum com a teoria de Eysenck (1967, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997) dos traços de personalidade herdáveis (e.g., N e E), alguns componentes do padrão de comportamento tipo A (Kranz & Durel, 1983, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), ou a combinação de traços na afectividade negativa (Friedman & Booth-Kewley, 1987, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

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

O “European Health and Behaviour Survey” (Wardle & Steptoe, 1991), um estudo internacional com população universitária, com o objectivo de aferir os comportamentos de saúde, crenças e conhecimento sobre as relações entre saúde e doença, avaliou cinco grandes classes de comportamentos de saúde: (a) uso de substâncias; (b) práticas de saúde positivas; (c) hábitos de dieta e alimentação; (d) comportamento de condução e (e) cuidados de saúde preventivos. Num sub-grupo desse estudo, em quatro países Europeus, como parte do Steptoe et al. (1994) observaram que, embora se tenha verificado um padrão predominante de práticas de saúde positivas em ambos os sexos, em cada um dos países, o índice médio de comportamentos de saúde foi superior no sexo feminino do que no sexo masculino, reflectindo a consideração geral que as mulheres apresentam comportamentos mais saudáveis num vasto conjunto de actividades. Relativamente à relação dos comportamentos com

dimensões de personalidade, verificou-se que os factores de personalidade explicaram apenas uma pequena proporção de variância no índice de práticas de saúde, o que os autores consideraram um resultado comum quando são aferidos factores psicológicos gerais, e, não, atitudes e crenças ligadas a actividades específicas. O índice de comportamentos de saúde foi positivamente associado a E e, negativamente, ao N e Psicoticismo, sugerindo que os homens e mulheres com estilos de vida saudáveis têm probabilidade de ser extrovertidos e otimistas, com baixas pontuações de psicoticismo e de crenças na influência dos factores do acaso na manutenção da saúde. Segundo os autores, a E pode ser um marcador para a sociabilidade, reflectindo a natureza participativa de algumas práticas de saúde, em conformidade com estudos anteriores que mostraram a existência de comportamentos de saúde mais positivos em pessoas com redes de suporte social mais fortes (e.g., Gottlieb & Green, 1984, cit. in Steptoe et al., 1994).

Investigando as relações entre dimensões de personalidade e comportamentos de saúde em estudantes universitários, Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997) verificaram que os comportamentos de saúde foram ligeiramente superiores nos homens que nas mulheres. No sexo masculino, foram encontradas correlações positivas de C e A com maiores comportamentos e atitudes saudáveis, e de N com menores comportamentos saudáveis. No sexo feminino, (a) as mulheres com pontuações mais elevadas em C e A apresentaram mais comportamentos e atitudes saudáveis; (b) as mulheres que obtiveram pontuações mais elevadas nas dimensões N, E e O, apresentaram menores comportamentos de saúde; (c) as mulheres que tiveram níveis mais elevados nas facetas Hostilidade, Assertividade, Vulnerabilidade e Procura de Excitação, em conjugação com níveis mais baixos de C, apresentaram menores comportamentos de saúde (ver se b ou c apresentaram menores comportamentos de saúde). Estes resultados suportaram claramente a importância da C e A como preditores dos comportamentos de saúde, levando os autores a referir, relativamente à A, que os resultados são bastante consistentes com os de estudos anteriores (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Friedman et al., 1995, cit. in Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), sugerindo que facetas da A, como a Confiança e a Rectidão, são factores de saúde chave.

Ingledeu e Brunning (1999), investigando as relações entre personalidade, comportamento preventivo de saúde e optimismo relativo à possibilidade de futuros problemas de saúde, verificaram um efeito interactivo positivo da A e C no comportamento preventivo de saúde e, um efeito interactivo negativo de C e O, sendo o comportamento preventivo mais elevado quando a primeira dimensão é elevada e a segunda baixa. À luz dos resultados, lançaram a hipótese de que a A e a C se combinam para produzir uma apetência geral para as normas sociais, levando a que os indivíduos tenham grande probabilidade de adoptar determinado comportamento preventivo, à medida que ele se torna normativo.

Numa investigação das relações entre personalidade, comportamentos alimentares e sintomas psicológicos relacionados com as desordens alimentares, numa amostra de mulheres universitárias, Brookings e Wilson (1994) verificaram que todas as facetas da Extroversão correlacionaram positivamente com a medida de Desejo de Magreza e, negativamente com a medida de Desconfiança Interpessoal, sugerindo a associação da E com uma crescente valorização da importância de um corpo magro, devido, talvez, à saliência de ocasiões sociais em que os extrovertidos se envolvem, mas diminutos sentimentos de desconfiança e relativamente aos outros. Verificaram-se ainda correlações negativas, relativamente pouco significativas, entre as facetas de O e as medidas de desordem alimentar.

Um estudo similar ao anterior (Podar, Hannus, & Allik, 1999), envolvendo um grupo de pacientes com perturbações do comportamento alimentar clinicamente diagnosticadas, um grupo num programa para redução de peso e um grupo de controlo. O grupo com perturbações do comportamento alimentar obteve uma pontuação significativamente mais baixa em E e nas suas facetas Calor, Gregariedade e Emoções Positivas que os outros dois grupos, e mais baixo que o grupo de controlo em Actividade; relativamente à O, o grupo de controlo obteve uma pontuação significativamente mais elevada, mas, relativamente às suas facetas, o grupo com perturbações alimentares pontuou significativamente mais alto que o de controlo em Sentimentos, Acções e Ideias e, o grupo do programa de redução de peso obteve valores significativamente mais elevados em Fantasia, Estética e Ideias. Assim, a E, em primeiro lugar e, a O, em segundo, pareceram funcionar como protectoras relativamente a problemas alimentares.

Na medida em que a auto-percepção de saúde é considerada um forte preditor do estado de saúde e de factores como morte prematura, uso dos serviços de saúde e doença psiquiátrica (Benyamini et al., 1999; Hupert & Whittington, 1995; Idler et al., 1999, cit. in Goodwin & Engstrom, 2002), Goodwin e Engstrom investigaram a influência potencial dos factores de personalidade na auto-percepção de saúde, em contexto comunitário, tendo verificado que valores elevados em O, E e C contribuíram para percepção de saúde mais positiva, mesmo entre os sujeitos com problemas médicos.

Numa análise da relação entre os cinco factores de personalidade e quatro dimensões de comportamentos de saúde, Booth-Kewley e Vickers (1994) observaram que a E correlacionou positivamente com a dimensão de manutenção e melhoria do bem-estar, com a dimensão de controlo de acidentes e com uma tendência em para maior risco de uso de substâncias, o que foi consistente com investigação existente (e.g., Labouvie & McGee, 1986; Tappan & Weybrew, 1982, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994). A O foi a única dimensão de personalidade estatisticamente significativa, como preditora do comportamento de risco de uso de substâncias, o que também é condizente com a investigação, que tem encontrado uma associação entre uso de

substâncias e busca de sensações (e.g., Brook et al., 1986, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994). A A esteve associada a maiores comportamentos positivos de saúde, de controlo de acidentes e menos risco no trânsito, o que não foi surpreendente na medida em que é inversamente correlacionada com a hostilidade, que outras investigações relacionaram a hábitos de saúde negativos (e.g., Leiker & Hailey, 1988; Smith, 1992, cit. in Booth-Kewley & Vickers, 1994), sugerindo que o maior risco de doença atribuído às pessoas hostis pode ser em parte devido ao seu padrão de hábitos de saúde.

Focando-se na trajectória de vida, para perceber porque é que alguns indivíduos se desenvolvem em direcção a ambientes promotores de saúde, enquanto outros fazem um percurso contrário, Friedman (2000) relaciona estas diferenças inter-individuais com a predominância de diferentes dimensões de personalidade; neste sentido, referiu o Terman Gifted Children Study (mais tarde nomeado “Terman Life Cycle Study”), um estudo longitudinal iniciado na segunda década do século XX com uma amostra maioritariamente constituída por pré-adolescentes, para afirmar que os participantes que foram assinalados como sendo mais populares e participativos (i.e., com elevados valores de Sociabilidade), tiveram menor longevidade que os seus colegas pouco sociáveis (Friedman et al., 1993, cit. in Friedman, 2000), apresentando um risco superior de morte prematura na idade adulta e maior propensão para crescerem como fumadores e consumidores de bebidas alcoólicas. (Tucker et al., 1995, cit. in Friedman, 2000).

Após terem já sido definidos os comportamentos de saúde, os comportamentos de risco para a saúde têm sido descritos como “those behaviors, undertaken volitionally, whose outcomes remain uncertain with the possibility of an identifiable negative health outcome” (Igra & Irwin, 1996, cit. in McIntyre et al., 1997, p. 220).

Segundo Hoyle, Fejfar, e Miller (2000), relativamente a comportamentos de risco sexual, a dimensão A mostrou estar negativamente correlacionada com as três categorias deste comportamento (número de parceiros, sexo desprotegido e encontros de alto risco), o que pode ser melhor compreendido se considerarmos o polo negativo desta dimensão, a Agressão-Hostilidade, caracterizada por uma falta de interesse e preocupação com os outros, cujo efeito global na tomada de risco sexual é equivalente em força ao efeito da busca de sensações.

A *Busca de Sensações*, definida por Zuckerman (1994, cit. in Zuckerman & Kuhlman, 2000) como “(...) a trait defined by the seeking of varied, novel, complex, and intense sensations and experiences, and the willingness to take physical, social, legal and financial risks for the sake of such experience” (p. 1000), foi combinada com a impulsividade num supertraço, definido pelo autor como Busca de Sensações Impulsiva. Num estudo com população universitária, estes autores verificaram que os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, uso de droga e experiência sexual de risco estavam significativa e substancialmente intercorrelacionados entre si, em ambos os sexos, o que não foi

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

A Busca de Sensações Impulsiva (ImpSS), Agressão-Hostilidade (Agg-Hos) e Sociabilidade (Soc) correlacionaram significativamente com a medida de risco composta; o consumo de álcool foi predito pela Agg-Hos, Imp-SS e, mais fortemente, pela Soc, o fumar e uso de droga foram significativamente preditos apenas pela ImpSS, o comportamento sexual de risco, pela ImpSS e pela Agg-Hos e, a condução descuidada, por elevados valores de Agg-Hos e baixos valores de N-Anx.

Cooper, Agocha, e Sheldon (2000), numa investigação longitudinal com adolescentes, verificaram que a Extroversão esteve positivamente correlacionada, tanto com as práticas sexuais de risco como com o uso de preservativo, sugerindo que o facto de ser extrovertido dá ao indivíduo a disposição e as aptidões (e.g., assertividade) necessárias para criar as oportunidades que conduzem a ligações sexuais de risco, assim como para negociar ou insistir no uso de preservativo. Indo mais longe, os dados sugeriram que a adaptabilidade de um dado traço de personalidade pode depender da presença ou ausência de outros traços de personalidade (Widiger & Costa, 1994, cit. in Cooper et al., 2000), pois os extrovertidos que se envolveram em níveis globais superiores de práticas sexuais de risco, tinham também falta de controlo adequado do impulso. Relativamente à predição de comportamentos de risco, a impulsividade predisse directamente o consumo severo de bebidas alcoólicas e o uso de preservativo, sugerindo que alguns comportamentos de risco ocorrem como consequência mais ou menos directa de baixo controlo do impulso.

Desta forma, este estudo pretendeu investigar as relações existentes entre comportamentos de saúde e três dimensões de personalidade, tendo as seguintes hipóteses: (a) a dimensão Amabilidade estará positivamente correlacionada com comportamentos de saúde positivos, na generalidade; (b) a dimensão Abertura à Experiência estará negativamente correlacionada com comportamentos de saúde positivos, nomeadamente, no que respeita ao Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais; (c) a dimensão Extroversão estará negativamente correlacionada com comportamentos de saúde (viz., no que respeita a Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais), mas estará positivamente correlacionada com Comportamento de Exercício Físico e Comportamento Alimentar.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi de conveniência, sendo composta por 270 estudantes universitárias da licenciatura de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M=21,69$; $DP=2,11$), encontrando-se distribuídas da seguinte forma pelos anos da licenciatura: 1º ano (20,4%), 2º ano (23,7%), 3º ano (37,8%), 4º ano (9,6%) e 5º ano (8,5%).

Instrumentos

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

Da análise em componentes principais com rotação varimax, verificou-se a distribuição dos 28 itens por oito factores, que explicam 63,42% do total da variância da escala; o Alfa de Cronbach Total é de 0,81 e os Alfas para os oito factores variam entre 0,41 (factor 4) e 0,87 (factor 5). O factor 1 (itens 4; 5; 6; 18 e 22), foi denominado de Comportamento Alimentar; o factor 2 (itens: 17; 19; 23; 24 e 25) foi denominado de Comportamento de Evitamento de Poluição, o factor 3 (itens 26; 27 e 28) foi denominado de Comportamento Sexual; O factor 4 (itens 14; 15; 16 e 2) foi denominado de Comportamento de Protecção da Saúde; o factor 5 (itens: 1 e 3) foi denominado de Comportamento de Exercício Físico; o factor 6 (itens 9; 10; 11 e 12) foi denominado de Comportamento de Prevenção das Doenças; o Factor 7 (itens: 20 e 21) foi denominado de Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais; o factor 8 (itens: 7; 8 e 13) foi denominado de Comportamento de Promoção da Saúde.

Para avaliar as dimensões de personalidade, foi utilizada a versão portuguesa do Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), desenvolvida e aferida por Lima (1997). A versão original é constituída por cinco dimensões (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) e suas facetas, que alternam sucessivamente ao longo do questionário, através de 240 itens que consistem em afirmações às quais se responde numa escala de cinco pontos (com opções de *discordo fortemente* a *concordo fortemente*), pontuadas de 0 a 4 valores. A soma dos oito itens que constituem cada faceta, permite obter as pontuações das facetas, e a soma das pontuações das seis facetas que constituem cada dimensão, permite obter a pontuação total das dimensões.. A versão utilizada neste estudo é constituída por 144 itens, avaliando apenas três dimensões e suas facetas, Extroversão (E): E1 – Acolhimento caloroso, E2 – Gregariedade,

E3 – Assertividade, E4 – Actividade, E5 – Procura de Excitação, E6 – Emoções Positivas; Abertura à Experiência (O): O1 – Fantasia, O2 – Estética, O3 – Sentimento, O4 – Acções, O5 – Ideias, O6 – Valores; Amabilidade (A): A1 – Confiança, A2 – Rectidão, A3 – Altruísmo, A4 – Complacência, A5 – Humildade ou Modéstia, A6 – Sensibilidade.

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

Procedimento

Os dados foram recolhidos entre Março e Junho de 2002, após autorização da direcção do departamento de psicologia. Os questionários foram aplicados em sala de aula, após informação às participantes sobre a natureza e objectivos da investigação, liberdade de participação e garantia de anonimato e confidencialidade. Os instrumentos foram aplicados segundo uma ordem de aplicação contrabalaneada: a aproximadamente metade dos sujeitos foi aplicado em primeiro lugar o NEO-PI-R, seguindo-se o Questionário de Comportamentos de Saúde, e, a aproximadamente outra metade, a ordem foi a inversa. Os dados foram analisados através do programa informático SPSS 10 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

A análise das correlações existentes entre os comportamentos de saúde, agrupados nos respectivos factores, verificou que todas foram positivas e de coeficiente baixo ou muito baixo.

Quadro 1

Correlações estatisticamente significativas entre os Comportamentos de Saúde

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

Nota. F.=Exercício Físico; Alim.=Alimentar; Prev.=Prevenção; Prot.=Protecção; Ev. de Cons.=Evitamento de Consumos Prejudiciais; Sex.=Sexual; Pol.=Evitamento de Poluição; Prom.= Protecção; * $p < 0,05$, two-tailed; ** $p < 0,01$, two-tailed.

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

O Comportamento de Exercício Físico obteve uma correlação muito baixa com a dimensão Extroversão e, uma correlação baixa com a sua faceta 4; obteve correlações baixas com a Abertura e a sua faceta 4, e, uma única correlação moderada, com a faceta A4 (Quadro 2).

Quadro 2

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

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

O Comportamento Alimentar apresentou uma correlação positiva e muito baixa com a E3($r=0,13$, $p=0,02$), e uma correlação negativa, da mesma amplitude, com a O1($r=-0,13$, $p=0,03$).

O Comportamento de Prevenção da Saúde apresentou correlações positivas, baixas, com as facetas 1 e 4 da Extroversão, as facetas 5 e 6 da Abertura, e a faceta 3 a Amabilidade (Quadro 3).

Quadro 3

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

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

O Comportamento de Protecção da Saúde apresentou três correlações, todas elas, muito baixas; duas positivas, com a faceta 6 da Abertura e a faceta 3 da Amabilidade e, uma negativa, com a faceta 5 da Extroversão (Quadro 4).

Quadro 4

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

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

O Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais mostra correlação estatisticamente significativa e modesta a faceta de personalidade E3($r=0,15$, $p=0,01$)

O Comportamento Sexual apresentou uma correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa, com a faceta de personalidade A3($r=0,13$, $p=0,02$).

O Comportamento de Evitamento de Poluição obteve correlação com várias facetas de personalidade, todas elas negativas, aproximadamente divididas entre baixas e muito baixas (Quadro 5)

Quadro 5

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

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

O Comportamento de Promoção da Saúde correlacionou negativamente com duas facetas da Extroversão, de forma fraca com a E 5 e muito fraca com E2, e, apresentou uma correlação positiva, também baixa, com a A4 (Quadro 6).

Quadro 6

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

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

Relativamente às variáveis Qualidade de Vida e Saúde, a correlação entre ambas foi positiva e moderada. No que respeita às correlações estatisticamente significativas destas variáveis com os comportamentos de saúde, verificou-se que a qualidade de vida correlacionou apenas com o comportamento de promoção da saúde, sendo uma correlação positiva e muito baixa e, a saúde não correlacionou significativamente com nenhum comportamento de saúde (Quadro 7)

Quadro 7

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

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

A saúde obteve uma correlação, positiva e muito baixa, apenas com duas facetas de personalidade, a E2($r=0,13$, $p=0,03$) e a A1($r=0,17$, $p=0,001$).

A qualidade de vida apresentou correlação com duas dimensões de personalidade, Extroversão e Amabilidade e, com várias facetas, todas elas positivas e de coeficiente baixo ou muito baixo (Quadro 8).

Quadro 8

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

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

A variável Idade obteve uma correlação negativa com a E5 e, correlação positiva com as facetas 2 e 5 da Abertura, sendo todas elas muito baixas (Quadro 9).

Quadro 9

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

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

Foi efectuada uma análise da diferença de médias entre os dois grupos etários 18-21 e 22-30 (Costa & McCrae, 1992, cit in Lima, 1997), no que respeita aos comportamentos de saúde e às dimensões e facetas de personalidade. Nos comportamentos de saúde, não se verificou nenhuma diferença significativa e, nas facetas de personalidade, foi encontrada uma única diferença estatisticamente significativa, sendo que o grupo de 22-30 apresentou valores mais elevados na faceta O5 (Ideias) ($M=20,47$) do que o grupo de 18-21 ($M=19,36$), $t(27)=-2,11$, $p<0,03$.

DISCUSSÃO

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

Passando à sua análise específica, relativamente ao Comportamento de Exercício Físico, a sua correlação positiva com a dimensão Extroversão foi

concordante com os resultados obtidos por Booth-Kewley e Vickers (1994), em cujo estudo este comportamento surge integrado na dimensão superior de comportamento de manutenção e melhoria de bem-estar, que correlacionou positivamente com Extroversão. Por outro lado, reportamo-nos a Steptoe et al. (1994), que consideraram que a Extroversão, ao correlacionar positivamente com comportamentos de saúde positivos, poderia reflectir a natureza participativa e sociável de algumas práticas de saúde, o que poderá ser o caso quando da ida ao ginásio, com o seu componente de socialização. Ainda, poderá ainda ter a haver com o maior desejo de magreza, que vem descrito como correlacionando com a Extroversão (Brookings & Wilson, 1994), na medida em que o comportamento de exercício físico correlacionou positivamente com o comportamento alimentar, podendo corresponder a um padrão conjunto de esforço para obter o peso corporal desejado. No mesmo sentido, a correlação positiva deste comportamento com a faceta 4 (Actividade) da Extroversão, poderá fazer sentido, se relacionarmos o próprio nome da faceta com a prática de actividade física.

Relativamente à correlação positiva entre o comportamento de exercício físico e a dimensão Abertura à Experiência, e duas das suas facetas (O4 – Acções; O6 – Valores), não encontramos esta correlação explicada na literatura, o que nos leva a levantar a seguinte hipótese: eventualmente, esta relação poderá ser explicada de forma indirecta pela correlação positiva existente entre o comportamento de exercício físico e a Extroversão, anteriormente discutida, na medida em que existe uma correlação positiva moderada entre as dimensões Abertura à Experiência e Extroversão.

No que respeita à correlação positiva entre o Comportamento Alimentar e a faceta 3 (Assertividade) da dimensão Extroversão, pode ser compreendida na medida em que a Extroversão, no global, é associada a maior desejo de magreza (Brookings & Wilson, 1994), o que poderá conduzir as pessoas a maiores cuidados alimentares, no sentido de redução de ingestão de gordura e alimentos açucarados, sendo assim concordante com a ideia, defendida por Wardle et al. (1997), de que a preocupação com o peso corporal pode trazer melhorias à qualidade do regime alimentar, ao contrário do aspecto prejudicial normalmente associado à dieta. Além disso, na investigação realizada por Booth-Kewley e Vickers (1994), este comportamento insere-se na dimensão superior de comportamentos que visam a manutenção e melhoria do bem-estar, que é positivamente associada à Extroversão. Quanto à correlação positiva com a faceta 4 (Actividade) da Extroversão, poderá ser explicável no mesmo sentido que a anterior e, eventualmente, devido ao facto de esta faceta surgir na literatura como a que mais contribui para o papel da Extroversão na protecção das desordens do comportamento alimentar (Brookings & Wilson, 1994), embora os autores não se refiram à forma como esta protecção actua no padrão de comportamentos alimentares. A correlação negativa do comportamento alimentar com a faceta 1 (Fantasia) da dimensão Abertura à Experiência, poderá ser explicada pelo facto de esta ser uma das facetas em que o grupo

envolvido num programa de redução de peso pontuou mais alto que o grupo de controlo, sem excesso de peso (Podar et al., 1999); uma vez que o grupo no programa de redução de peso possuía um índice de massa corporal significativamente superior, que levou os seus participantes a desejarem reduzir o peso, isto poderá fazer supor que o seu comportamento alimentar não seria devidamente saudável e equilibrado.

A correlação positiva entre o Comportamento de Prevenção da Saúde e a faceta 1 (Acolhimento caloroso) da dimensão Extroversão, poderá ser explicada pela referência a Booth-Kewley e Vickers (1994), na medida em que dois dos comportamentos que constituem este factor (realização de *checkup* anual e ida ao dentista anual) integram-se na dimensão de manutenção e melhoria do bem-estar adoptada por estes autores, que correlacionou positivamente com a Extroversão. Quanto ao facto desta associação positiva ser contrária à associação negativa verificada entre a Extroversão e os comportamentos de promoção da saúde e de protecção da saúde, podemos especular que os comportamentos de prevenção considerados, por se referirem a acções que são levadas a cabo com pouca frequência, exigem menos esforço no seu cumprimento, podendo ser mais facilmente cumpridas sem a necessidade de investimento comportamental diário requerido pelos comportamentos de promoção e protecção. Em consonância, a mesma explicação poderia ser sugerida para a correlação positiva com a faceta 4 (Actividade) da Extroversão. As correlações positivas do comportamento de prevenção da saúde com as facetas 5 (Ideias) e 6 (Valores) da dimensão Abertura à Experiência, não surgem justificadas na literatura, uma vez que, uma investigação, possuindo dois dos quatro comportamentos que constituem este factor (Booth-Kewley & Vickers, 1994), não encontrou qualquer correlação destes com a Abertura à Experiência e, outro estudo, possuindo estes mesmos comportamentos (Ingledeew & Brunning, 1999), apontou a associação negativa da Abertura à Experiência com comportamentos de saúde, mas, sem particularizar comportamentos específicos envolvidos. Em contraste, a correlação positiva do comportamento de prevenção com a faceta 3 (Altruísmo) da Abertura à Experiência, é concordante com a literatura.

A correlação negativa do Comportamento de Protecção da Saúde com a faceta 5 (Procura de excitação) da Extroversão é concordante com a generalidade da literatura. Em relação à correlação positiva com a faceta 6 (Valores) da Abertura à Experiência, a literatura não refere nenhuma associação, neste sentido ou em sentido contrário, entre estas variáveis; na medida em que é similar à associação positiva verificada entre o comportamento de prevenção e esta mesma faceta, pensamos que poderá contribuir para lançar uma nova luz sobre o papel específico desta faceta em comportamentos preventivos e protectores da saúde. A correlação positiva do comportamento de protecção da saúde com a dimensão Amabilidade, e a sua faceta 3 (Altruísmo), é concordante com toda a literatura, que enfatiza a relação da Amabilidade com práticas positivas de saúde.

Relativamente à correlação verificada entre o Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais e a faceta 3 (Assertividade) da dimensão Extroversão, há a dizer que, embora a Extroversão, na globalidade, seja associada pela generalidade da literatura a maior consumo de substâncias nocivas para a saúde, a Assertividade não surge particularizada nesta associação; desta forma, podemos levantar a hipótese de que as características de auto-afirmação e defesa de direitos pessoais desta faceta possam proteger os indivíduos da solicitação para este tipo de consumos, num paralelismo com o que foi dito por Cooper et al. (2000) sobre a dupla correlação positiva da Extroversão com práticas sexuais de risco e com o uso do preservativo (tenho de ver se é mesmo isto) sugerindo como provável que elevados valores de Assertividade forneçam a aptidão para negociar o uso do preservativo.

A correlação positiva do Comportamento Sexual com a faceta 3 (Altruísmo) da Amabilidade era esperada, na medida em que a dimensão Amabilidade, sendo associada aos comportamentos de saúde positivos, nas várias áreas, foi apontada como especialmente implicada nas três áreas dos comportamentos sexuais positivos (número de parceiros, sexo desprotegido e encontros de alto risco; Hoyle et al., 2000).

No que respeita à correlação negativa entre o Comportamento de Evitamento da Poluição e a dimensão Extroversão, tem sentido, de acordo com a literatura que apresenta a Extroversão como associada a menores comportamentos de saúde neste âmbito, nomeadamente, no que se refere aos hábitos tabágicos (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Tucker et al., cit in Friedman, 2000). Neste sentido, consideramos que o mesmo poderá ser aplicado à correlação negativa com as suas quatro facetas E1 (Acolhimento Caloroso), E2 (Gregariedade), E5 (Procura de Excitação) e E6 (Emoções Positivas). A correlação negativa do comportamento de evitamento de poluição com a dimensão Abertura à Experiência, e com as suas facetas O1 (Fantasia), O3 (Sentimentos) faz sentido, sendo esta associada, por toda a literatura, a comportamentos negativos de uso de substâncias, incluindo o tabaco, num padrão semelhante ao que é apresentado para a Extroversão. A correlação negativa com a faceta 3 (Altruísmo) da dimensão A não é consonante com a literatura, uma vez que esta dimensão é muito associada a comportamentos positivos de saúde, na generalidade.

Relativamente à correlação negativa do Comportamento de Promoção da Saúde com as facetas E2 (Gregariedade) e E5 (Procura de Excitação), é explicável, pois Booth-Kewley e Vickers (1994) e Tucker et al. (1995, cit in Friedman, 2000) reportaram a associação positiva entre a Extroversão e elevado consumo de álcool, que se integra neste factor; por sua vez, segundo Zuckerman e Kuhlman (2000) um maior consumo de álcool em população universitária correlacionou positivamente com a Sociabilidade que, segundo Hoyle et al. (2000) corresponde à Extroversão do modelo PEN de Eysenck (1976, cit. in Hoyle et al., 2000) e que, por sua vez, é muito similar à Extroversão do

Modelo dos Cinco Factores de Personalidade (Digman, 1991, cit. in Hoyle et al., 2000). A correlação positiva com a faceta 4 (Complacência) da dimensão Amabilidade, é explicável, no sentido do que já foi referido sobre o papel da Amabilidade na relação com os comportamentos de saúde.

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

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

Analisando as correlações da percepção de saúde e da percepção de qualidade de vida, com as dimensões e facetas de personalidade, verificámos que apresentam um padrão comum em vários aspectos, nomeadamente, correlacionando ambas positivamente com facetas da Extroversão e da Amabilidade. No que respeita à correlação da percepção de saúde com a E2, é concordante com a investigação que refere uma associação positiva da Extroversão com uma percepção de saúde mais positiva, mesmo entre os sujeitos que referiam ter problemas de saúde clinicamente diagnosticados (Goodwin & Engstrom, 2002). Em relação à correlação entre a percepção de qualidade de vida e a Extroversão e duas das suas facetas, uma vez que não possuímos dados do estado de saúde objectivo das participantes, interpretámos esta percepção como sendo possivelmente influenciada pelo optimismo; devido ao padrão de correlações verificado, lançamos a hipótese de que o optimismo, enquanto crença generalizada em resultados positivos e importante determinante do *coping* psicológico com acontecimentos stressantes (Scheier & Carver, 1992, cit. in Steptoe et al., 1994) pudesse estar na base destas percepções mais positivas, uma vez que este surgiu associado à Extroversão em Steptoe et al. (1994). Ainda neste sentido, também Marshall et al. (1994), verificaram que um factor nomeado Controlo Optimista, englobando o optimismo, entre outros constructos positivos relacionados com a psicologia da saúde, esteve positivamente associado à Extroversão e, Ingledew e Brunning (1999)

identificaram a Extroversão como única dimensão com um efeito directo no optimismo relativo a futuros problemas de saúde. Na globalidade, a dimensão Extroversão tem sido substancialmente associada a medidas de afecto positivo (e.g., McCrae & Costa, 1991, cit. in Watson & Clark, 1992), o que poderá explicar esta relação.

Relativamente à associação positiva entre a percepção de saúde e percepção de qualidade de vida com a dimensão Amabilidade e algumas das suas facetas, reportamo-nos a Costa e McCrae (1991, cit. in Watson & Clark, 1992), que também encontraram correlações baixas mas positivas de Amabilidade com o Afecto Positivo, verificando que os sujeitos com níveis mais elevados desta dimensão reportaram um bem-estar global mais elevado e um nível superior de satisfação com a vida, o que os levou a considerar que as características relacionadas com elevados valores de Amabilidade (e.g., os laços interpessoais que a promove) podem contribuir para estes sentimentos mais satisfatórios.

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

Relativamente à correlação negativa da Idade com a faceta E5 da Extroversão, tem sentido à luz da literatura, que aponta que os valores de E, na globalidade, vão decrescendo à medida que a idade aumenta, podendo observar-se essa diferença, desde logo, entre os dois primeiros grupos etários definidos nas normas de interpretação do Inventário de Personalidade NEO-PI-R (McCrae & Stone, 1997), sendo esta faceta, dentro da dimensão E, uma das mais clara e consistentemente relacionadas com a idade (McCrae et al., 1999). A correlação positiva da idade com as facetas O2 e O5 da Abertura à Experiência (sendo que a faceta O5 foi a única na qual se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos etários analisados) não parece consonante com a literatura, que refere que a dimensão O, tal como a E, vai decrescendo com o avanço etário. Assim, consideramos que a explicação poderá prender-se com as duas facetas específicas em causa, que poderão, eventualmente, actuar num sentido diferente da dimensão a que pertencem, necessitando de futura investigação a este nível.

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

de evitamento de poluição e, uma das suas facetas, com o comportamento alimentar. Por fim, a hipótese de que a Extroversão estaria negativamente associada a alguns comportamentos de saúde, verificou-se no que respeita aos comportamentos de evitamento da poluição e, de protecção da saúde e promoção da saúde, com duas facetas; no entanto, não se verificou relativamente ao comportamento específico que referimos, o de evitamento de consumos prejudiciais. Relativamente à correlação positiva esperada com os comportamentos de exercício físico e alimentar, verificou-se, com a dimensão e duas das suas facetas.

Como conclusão, o facto, para nós inesperado, de as dimensões e facetas de personalidade terem apresentado, na generalidade, correlações tão pouco elevadas com os comportamentos de saúde, pode ajustar-se à afirmação de Steptoe et al. (1994), de que é um dado comum que factores psicológicos gerais expliquem apenas uma pequena proporção da variância dos comportamentos de saúde, ao contrário do que acontece com atitudes e crenças relativas a actividades específicas. Como tal, os resultados deste estudo parecem apontar para o fraco valor preditor da personalidade no que respeita à prática de comportamentos de saúde, não parecendo ser adequada para explicar as diferenças interindividuais a este nível. Deste modo, no que respeita à compreensão das razões que levam à maior ou menor prática de comportamentos de saúde positivos, e à intervenção para a promoção dos mesmos, parece-nos que o ênfase deverá ser colocado nos factores sócio-cognitivos, ao invés dos factores personológicos, em concordância com Conner et al. (1996), que refere ser reconhecido que os factores socio-cognitivos são causas importantes do comportamento, que medeiam o efeito de muitos outros factores, implicando que a intervenção a este nível deve basear-se na manipulação destas variáveis cognitivas.

REFERÊNCIAS

- Booth-Kewley, S., & Vickers, R.R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281-298.
- Breslow, L., & Breslow, N. (1993). Health Practices and disability: some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine*, 32, 86-95.
- Brief, A.P., Butcher, A.H., George, J.M., & Link, K.E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- Brookings, J.B., & Wilson, J.F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 313-326.
- Carmody, T.P. (1997). Health-related behaviours: Common factors. In A. Bawm, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 117-121). UK: Cambridge University Press.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 1-21). Buckingham: Open University Press.

- Cooper, M.L., Agocha, V.B., & Sheldon, M.S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1089.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Friedman, H.S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089-1108.
- Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.
- Hogan, J. (1989). Personality correlates of physical fitness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 284-288.
- Hoyle, R.H., Fejar, M.C., & Miller, J.D. (2000). Personality and sexual risk taking: A quantitative review. *Journal of Personality*, 68(6), 1203-1231.
- Ingledeu, D.K., & Brunning, S. (1999). Personality, preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 193-208.
- Lemos-Giráldez, S., & Fidalgo-Aliste, A.M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: A cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11(3), 197-209.
- Lima, M.P. (1997). *NEO-PI-R, contextos teóricos e psicométricos, "OCEAN" ou "iceberg"?* Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Marshall, G.N., Wortman, C.B., Vickers, R.R., Kusulas, J.W., & Hervig, L.K. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 278-276.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N. (1988). Behavioral health: The role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares & I.G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Algeitner, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C. et al. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35(2), 466-477.
- McCrae, R.R., & John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McCrae, R.R., & Stone, S.V. (1997). Personality. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 29-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- McIntyre, T.M., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.
- Palenzuela, D.L., & Barros, A.M. (1993). Modern trends in personality theory and research: An introduction. In D.L. Palenzuela & A.M. Barros (Eds.), *Modern trends in personality theory and research* (pp. 9-27). Porto: APPORT.
- Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health: Lay meanings of health and health behaviour. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* (pp. 187-211). England: Who Regional Publications.
- Pitts, M. (1992). Personality. In J. Radford & E. Govner (Eds.), *A textbook of psychology* (pp. 609-638). London: Routledge.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 133-147.

- Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes universitários da região do Porto*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Schmutte, P.S., & Ryff, C.D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559.
- Smith, T.W., & Williams, P.G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 395-423.
- Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., & Wichstrom, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Personality and Health*, 9, 331-343.
- Trobst, K.K., Wiggins, J.S., Costa, P.T., Herbst, J.H., McCrae, R.R., & Masters, H.L. (2000). Personality Psychology and problem behaviors: HIV risk and the five-factor model. *Journal of Personality*, 68(6), 1233-1252.
- Vickers, R.R., Conway, T.R., & Hervig, L.K. (1990). Demonstrations of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, 19, 377-401.
- Wardle, J., & Steptoe, A. (1991). The european health and behaviour survey: Rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 33(8), 925-936.
- Wardle, J., Bellisle, F., Reschke, K., Steptoe, A., Davou, B., & Lappalainen, R., et al. (1997). Healthy dietary practices among european students. *Health Psychology*, 16(5), 443-450.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 441-476.
- Widiger, T.A., & Trull, T.J. (1997). Assessment of the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 228-250.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999-1029.