

DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS E COGNITIVOS DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE  
E DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

PSYCHOSOCIAL AND COGNITIVE DETERMINANTS OF HEALTH AND RISK BEHAVIORS  
IN ADOLESCENCE

DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y COGNITIVOS DE COMPORTAMIENTOS DE SALUD  
Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Carlos Albuquerque<sup>1</sup>  
Sara Oliveira Albuquerque<sup>2</sup>  
António Madureira Dias<sup>3</sup>  
Susana Batista<sup>4</sup>  
Ana Andrade<sup>5</sup>  
Isabel Bica<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra; CIEC- UM, Braga, Portugal (cmalbuquerque@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-2297-0636>

<sup>2</sup>Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia; USF Nova Salus, Gaia, Portugal (sara.ro.albuquerque@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-8165-7132>

<sup>3</sup>Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (madureiradias@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-3985-2174>

<sup>4</sup>Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (susanapbatista@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-0256-6027>

<sup>5</sup>Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (anandrade67@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-1070-8507>

<sup>6</sup>Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; CINTESIS, ESEP, Porto, Portugal (isabelbica@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-7019-0132>

**Corresponding Author**

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque  
Rua do Seixo, nº 10, Esculca  
3500-422 Viseu, Portugal  
cmalbuquerque@gmail.com

RECEIVED: 2nd December, 2021  
ACCEPTED: 23rd December, 2021





## RESUMO

**Introdução:** A adoção de comportamentos de saúde e de risco é um processo complexo e multifatorial, relacionado com o desenvolvimento do adolescente. Contudo, este é ainda um assunto em debate e reflexão.

**Objetivo:** Determinar o efeito de variáveis psicossociais e cognitivas sobre comportamentos de saúde e de risco evidenciados por adolescentes.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra de 829 adolescentes, na sua maioria do sexo feminino (53.92%). Os dados foram recolhidos através de uma ficha sociodemográfica e de escalas aferidas e validadas para a população portuguesa (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Escala de Assertividade do Inventário de Comportamentos Interpessoais; Escala de Locus de Controlo de Saúde).

**Resultados:** Os efeitos com significância estatística, na predição dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes, parecem ocorrer, pela presença de efeitos de interação entre variáveis psicossociais e cognitivas. Especificamente, os comportamentos aparecem associados, sobretudo, ao efeito de interação entre o auto-conceito e as atitudes face à saúde. Ou seja, o sentido desta associação deixa supor que são os adolescentes com melhor auto-conceito comportamental e com uma atitude preventiva mais adequada que apresentam melhores comportamentos relacionados com a saúde.

**Conclusão:** Denota-se ser necessário aumentar o auto-conceito e melhorar as atitudes face à saúde dos adolescentes, pelo que uma estratégia integrada e apropriada ao desenvolvimento para a promoção da saúde, em contexto escolar, parece emergir deste estudo.

**Palavras-chave:** adolescência; saúde; determinantes psicossociais e cognitivos; escola

## ABSTRACT

**Introduction:** The adoption of health and risk behaviors is a complex and multifactorial process, related to adolescent development. However, this is still a matter of debate and reflection.

**Objective:** Determine the effect of psychosocial and cognitive variables on health and risk behaviors evidenced by adolescents.

**Methods:** Quantitative, descriptive-correlational study, in a cross-sectional cohort, in a sample of 829 adolescents, mostly female (53.92%). Data were collected through a sociodemographic form and scales measured and validated for the Portuguese population (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; Satisfaction with Social Support Scale; Assertiveness Scale of the Interpersonal Behavior Inventory; Scale of Locus de Health Control).

**Results:** Statistically significant effects in predicting health and risk behaviors in adolescents seem to occur due to the presence of interaction effects between psychosocial and cognitive variables. Specifically, behaviors appear to be associated, above all, with the interaction effect between self-concept and attitudes towards health. In other words, the meaning of this association suggests that adolescents with better behavioral self-concept and a more adequate preventive attitude are the ones with better health-related behaviors.

**Conclusion:** It is noted that it is necessary to increase self-concept and improve attitudes towards the health of adolescents, so an integrated and appropriate development strategy for health promotion in a school context seems to emerge from this study.

**Keywords:** adolescence; health; psychosocial and cognitive determinants; school.

## RESUMEN

**Introducción:** La adopción de conductas de riesgo y salud es un proceso complejo y multifactorial, relacionado con el desarrollo adolescente. Sin embargo, esto sigue siendo un tema de debate y reflexión.

**Objetivo:** Determinar el efecto de las variables psicossociales y cognitivas sobre la salud y las conductas de riesgo que evidencian los adolescentes.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, en una cohorte transversal, en una muestra de 829 adolescentes, en su mayoría mujeres (53,92%). Los datos fueron recolectados a través de un formulario sociodemográfico y escalas medidas y validadas para la población portuguesa (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; Satisfaction with Social Support Scale; Assertiveness Scale of the Interpersonal Behavior Inventory; Scale of Locus de Health Control).

**Resultados:** Los efectos estadísticamente significativos en la predicción de la salud y las conductas de riesgo en los adolescentes parecen ocurrir debido a la presencia de efectos de interacción entre las variables psicossociales y cognitivas. En concreto, las conductas parecen estar asociadas, sobre todo, al efecto de interacción entre el autoconcepto y las actitudes hacia la salud. Es decir, el significado de esta asociación sugiere que los adolescentes con mejor autoconcepto conductual y una actitud preventiva más adecuada son los que presentan mejores conductas relacionadas con la salud.

**Conclusión:** Se observa que es necesario incrementar el autoconcepto y mejorar las actitudes hacia la salud de los adolescentes, por lo que parece surgir de este estudio una estrategia de desarrollo integrada y adecuada para la promoción de la salud en el contexto escolar.

**Palabras clave:** adolescencia; salud; determinantes psicossociales y cognitivos; colegio.

## Introdução

A adolescência nas culturas ocidentais é, provavelmente, uma das mais turbulentas, stressantes e desafiadoras fases do ciclo de vida, não só para os adolescentes como para os seus pais, professores e profissionais de saúde (Albuquerque, 2008). Conscientes deste facto, vários são os modelos conceptuais clássicos, oriundos das mais diversas teorias, que nos podem ajudar nessa tarefa de compreensão das mudanças comportamentais que ocorrem na adolescência. Numa perspectiva psicológica, destacam-se os modelos comportamentalistas (salientando a importância de estímulos, respostas, contingências, reforços, condicionamento, contratos comportamentais, etc.), cognitivistas (com o seu enfoque nas atitudes, valores e crenças, etc.) e da aprendizagem social (realçando o determinismo recíproco, a auto-eficácia, a aprendizagem por observação, o modelamento, a auto-regulação, os processos motivacionais, o auto-reforço, etc.) que se têm revelado bastante promissores, dando origem a intervenções ecléticas, flexíveis e versáteis, que combinam diversos componentes destas abordagens teóricas (White, 2011; Widyarini, Retnowati, & Setiyawat, 2019). Existem também diversos modelos de comportamentos de saúde que consideram as dimensões cognitiva e afectiva e que se baseiam essencialmente nos significados que o indivíduo dá à saúde, salientando a importância de aspectos como conhecimentos, atitudes, valores, aptidões e crenças (Figueiredo, 2015; Masoumi, & Shahhosseini, 2017).

Estas perspectivas teóricas argumentam que muitos dos adolescentes adotam comportamentos de risco principalmente em razão da busca de desafios e novas experiências, os quais podem favorecer o desenvolvimento psicossocial conforme a experimentação de riscos facilita as relações entre os pares e contribui para o desenvolvimento da autonomia. Nesta perspectiva, os comportamentos de risco podem ser definidos como aqueles que são potencialmente capazes de ameaçar a saúde física ou mental, tanto no presente como no futuro, tais como o uso de tabaco, álcool e outras drogas, a violência, comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada, comportamentos alimentares pouco saudáveis e inatividade física (Albuquerque, 2008, Zappe, Alves, & Dell'Aglio, 2018). Estes comportamentos são considerados de risco por estarem significativamente associados às principais causas de morte, invalidez e problemas sociais entre adolescentes e adultos (Figueiredo, 2015; Masoumi, & Shahhosseini, 2017).

As investigações têm confirmado o importante papel atribuído a certas variáveis psicológicas e cognitivas na compreensão da adopção dos comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, admite-se que as atitudes e as crenças evidenciadas pelos adolescentes podem prever significativamente os seus comportamentos de saúde e de risco (Alves, Almeida & Fernandes, 2017; Shabaraya & Bhogle, 2011; Widyarini, Retnowati & Setiyawat, 2019). Os estudos têm ainda mostrado que um bom auto-conceito se relaciona com melhores resultados de saúde (Albuquerque, 2004; Alves, Almeida & Fernandes, 2017; Matos & Albuquerque, 2006; Lichner, Petriková, & Žiaková, 2021). Por sua vez o locus de controlo também se tem revelado um importante predictor de resultados de saúde (Albuquerque, 2004; Steptoe & Wardle, 2001).

Face a todas estas evidências, parece assim necessário estudar, mais em detalhe, não só os efeitos principais mas também de interacção das variáveis psicossociais (auto-conceito; locus de controlo; assertividade; suporte social) e cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) na predição dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes. Saliente-se que dada a confusão que, por vezes, o conceito de efeito de interacção suscita, verificando-se que é utilizado em diversos estudos com significados tão diversos como “efeito moderador”, “efeito de ajustamento”, “efeito de correlação” e “efeito de interacção” propriamente dito, julgamos ser importante defini-lo de forma operacional. Assim, a utilização da nomenclatura de efeito de interacção, neste estudo, refere-se ao conceito tal como é definido por Stevens (1996), ou seja, ao “efeito que uma variável independente tem numa dependente, não ser sempre o mesmo, para todos os níveis de outra variável independente” (p.221).

Partindo deste enquadramento, o objectivo geral do presente estudo é determinar o efeito de variáveis psicossociais (auto-conceito; locus de controlo; assertividade; suporte social) e cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) sobre comportamentos de saúde e de risco (comportamentos: sexual, preventivo, alimentar, aditivo, físico-desportivo, nocivo e de segurança) evidenciados por adolescentes portugueses.



## 1. Métodos

Estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra de adolescentes, a frequentar o ensino secundário em escolas da região centro de Portugal.

### 1.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência constituída por 829 adolescentes, sendo 447 (53.92%) do sexo feminino e 382 (46.08%) do masculino. Do total da amostra, a sua maioria, reside em meio rural, pertence à Classe Sócio-Económica III (Classe Média), é oriunda de famílias altamente funcionais e com uma posição na fratria evidenciada, por irmãos(ãs) mais velhos (as). A idade mínima é de 14 anos e a máxima de 17, correspondendo-lhe uma média de idades de 14.66 anos com um desvio padrão de 0.90 (tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

	Masculino (n=382- %=46.08)		Feminino (n=447- %=53.92)		TOTAL (n=829)	
	n	%	n	%	n	%
Área de Residência						
Rural	213	25.70	169	20.40	244	29.40
Urbana	203	24.50	457	55.13	372	44.87
Classe Socioeconómica						
Classe I	48	5.80	104	12.50	190	22.90
Classe II	40	4.80	0	0,0	46	5.50
Classe III	120	14.50	245	29.60	366	44.10
Classe IV	0	0,0	94	11.34	224	27.02
Classe V	435	52.47	76	9.17	0	0,0
Funcionalidade da Família						
Altamente Funcional	279	33.70	88	10.60	15	1.80
Moderadamente Funcional	290	35.00	122	14.70	35	4.20
Com Disfunção Acentuada	569	68.64	210	25.33	50	6.03
Posição na Fratria						
Com irmãos (ãs) mais novos e mais velhos (as)	54	6.50	131	15.80	153	18.50
Só com irmãos (ãs) mais novos (as)	44	5.30	70	8.40	140	16.90
Só com irmãos (ãs) mais velhos (as)	182	22.00	55	6.60	124	14.96
Sem irmãos (ãs)	271	32.69	335	40.41	99	11.94
Idade						
14	208	25.14	99	11.90	56	6.80
15	269	32.40	102	11.30	51	6.20
16	25	3.01	477	57.54	201	24.24
17	19	2.30	107	12.91	44	5.31
	M	Dp	M	Dp	M	Dp
	14.70	0.90	14.62	0.89	14.66	0.90

#### 1.1.1 Critérios de Inclusão

Consideraram-se como critérios de inclusão os participantes serem adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 17 anos, a frequentar o ensino português e sem apresentação de necessidades educativas especiais.

#### 1.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de instrumentos de medidas, de auto-resposta, aferidos e validados para a população portuguesa, complementada por uma ficha sociodemográfica elaborada por Albuquerque (2004) para o efeito. Para avaliar as variáveis psicológicas foram utilizados: o Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Veiga, 2006;

Veiga,2012); a Escala de Satisfação com o Suporte Social- ESSS (Pais-Ribeiro, 1999); a Escala de Assertividade do Inventário de Comportamentos Interpessoais (McIntyre, 1995); e a Escala de Locus de Controlo de Saúde- ELCS (Ribeiro,1994). Como instrumentos para avaliar as atitudes e crenças de saúde foram utilizados, respectivamente, a Secção B do European Health and Behaviour Survey (Wardle & Steptoe,1991) e a Escala de Crenças de Saúde (Albuquerque, 2004).

Os comportamentos de saúde e de risco foram avaliados com recurso à Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco – ECSR (Albuquerque, 2004), constituída por 21 itens e cotados numa escala tipo Likert de 1 a 5 de forma que, quanto maior for a pontuação obtida, menores são os comportamentos de risco e consequentemente maiores os comportamentos de saúde adoptados. No estudo de fiabilidade e validade da escala obteve-se um coeficiente de Spearman-Brown de .647, um coeficiente de correlação de Split-half de .609 e um índice alpha de Cronbach de .719 para o score total. O valor da correlação teste-reteste obtido foi de  $r=.822$ , para 104 adolescentes, quando estes voltaram a responder à escala no intervalo de 4 semanas.

### 1.3 Procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. A autorização formal para a colheita de dados foi emitida pelos Conselhos Executivos das Escolas envolvidas, após pronúncia dos respectivos Conselhos Pedagógicos e Associações de Pais. A participação dos adolescentes foi voluntária e para o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi realizada uma explicação prévia sobre os objetivos e finalidade do estudo. Foi, de igual modo, assegurado aos participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

Para o tratamento estatístico, utilizou-se o programa Statistical Package Social Science (SPSS), versão 26. Com recurso à estatística descritiva foram calculadas frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central (média – M) e medidas de dispersão (desvio padrão – Dp, coeficiente de variação - CV%). Para o teste de normalidade utilizou-se o Kolmogorov-Smirnov. Na selecção das técnicas estatísticas inferenciais, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2016). Assim, recorreu-se à utilização de Análises de Regressão Múltipla Passo a Passo, com valores de significância de 5% ( $p<0.05$ ).

## 2. Resultados

### Estudo dos efeitos principais: predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis psicossociais

A hipótese subjacente a este estudo foi: “As variáveis psicossociais (auto-conceito, locus de controlo, suporte social e assertividade) predizem significativamente os comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes”. De forma a encontrarmos suporte para esta hipótese efectuámos Análises de Regressão Múltipla Passo a Passo, em que de forma independente, a nota global da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco foi utilizada como variável dependente e os treze factores/dimensões dos instrumentos que avaliam as variáveis psicossociais como variáveis independentes. Os valores totais das escalas referentes às variáveis psicossociais não foram introduzidos nas análises de regressão dada a sua alta correlação, com os factores, desaconselhar a sua utilização devido ao efeito da multicolinearidade.

Os resultados da regressão (cf. tabela 2) revelam que o primeiro termo de predição a ser considerado foi o factor 1 da escala de auto-conceito: F1 AC- Aspecto Comportamental. Esta primeira variável, que apresenta maior peso preditivo ( $\beta=.309$ ), é a que explica a maior percentagem de variância dos Comportamentos de Saúde e de Risco (17.90%,  $p=.000$ ). Em segundo lugar aparece o factor 2 da escala de locus de controlo de saúde: F2 ELCS- Outros Poderosos a explicar mais 1.70% ( $p=.000$ ) da variância, seguindo-se o factor 3 da escala de satisfação como suporte social: F3 SSS- Satisfação com a Família com um incremento de 1.30% ( $p=.000$ ), a Assertividade com 1.00% ( $p=.002$ ) e o F6 AC- Satisfação-Felicidade a explicar mais 0.90% ( $p=.003$ ). O último termo a ser considerado foi o F2 AC- Ansiedade com um aumento da variância explicada de 0.60% ( $p=.020$ ).



**Tabela 2 – Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis psicossociais na predição dos comportamentos de saúde e de risco**

Variáveis na equação	Incremento de R <sup>2</sup>	β	F(df,df); p	R <sup>2</sup>
F1 AC – Aspecto Comportamental	.179	.309		
F2 ELCS – Outros Poderosos	.017	-.102		
F3 ESSS – Satisfação com a Família	.013	.126	35.81 (6,822);	.234
Assertividade	.010	.144	p=0.000	
F6 AC – Satisfação-Felicidade	.009	-.108		
F2 AC – Ansiedade	.006	-.079		

Estes resultados evidenciam um modelo de regressão bem aceite ( $F=35.81$ ,  $p=.000$ ) embora com um valor explicativo relativamente reduzido. Concretamente, os seis termos de predição aceites no modelo, garantem um coeficiente de determinação ( $R^2$ ) de .234, isto é, explicam apenas 23.40% da variância dos Comportamentos de Saúde e de Risco. Porém este valor é, nesta regressão para variáveis correlacionadas entre si, diminuído artificialmente pelo que realisticamente lhe corresponderá um valor mais elevado.

Analisando os coeficientes padronizados beta verificamos que os Comportamentos de Saúde e de Risco variam: (i) na razão directa do “Aspecto Comportamental” (Factor 1 do Auto-Conceito – F1 AC); da “Satisfação com a Família” (Factor 3 da Satisfação com o Suporte Social - F3 ESSS); e da Assertividade, sendo as diferenças significativas; (ii) e na razão inversa dos “Outros Poderosos” (Factor 2 do Locus de Controlo de Saúde- F2 ELCS); da “Satisfação-Felicidade” (Factor 6 do Auto-Conceito - F6 AC); e da “Ansiedade” (Factor 2 do Auto-Conceito - F2 AC), sendo também nestes casos as diferenças significativas.

#### **Estudo dos efeitos principais: predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis cognitivas**

Há semelhança do que foi efectuado para o estudo da predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis psicossociais, também neste estudo a metodologia utilizada foi a mesma. Isto é, com o intuito de se determinar se as variáveis cognitivas em estudo conseguiam prever os comportamentos de saúde e de risco, recorreremos à utilização de Análises de Regressão Múltipla Passo a Passo, tendo considerado como variáveis independentes os onze factores/dimensões dos instrumentos que avaliam as variáveis cognitivas e como variável dependente a nota global da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco.

A hipótese colocada foi: “As variáveis cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) predizem significativamente os comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes”. Saliente-se que, também neste estudo, os valores totais das escalas referentes às variáveis cognitivas (atitudes e crenças) não foram introduzidos nas análises de regressão dada a sua alta correlação, com os factores, desaconselhar a sua utilização devido ao efeito da multicolinearidade.

Os resultados da regressão, apresentados na tabela 3, revelam que o primeiro termo de predição a ser considerado foi o Factor 4- Atitude Preventiva- da Escala de Atitudes Face à Saúde. Esta primeira variável, que apresenta maior peso preditivo ( $\beta = .263$ ), é a que explica a maior percentagem de variância dos Comportamentos de Saúde e de Risco dos adolescentes (21.80%,  $p=.000$ ). Em segundo lugar aparece o Factor 3- Atitude Aditiva, da Escala de Atitudes Face à Saúde, a explicar mais 7.90% ( $p=.000$ ) da variância, seguindo-se o Factor 5- Atitude Promotora, da mesma escala, com 3.50% ( $p=.000$ ), o Factor 1- Crença Tabágica e Alcoólica, da Escala de Crenças de Saúde, com 1.30% ( $p=.000$ ) e o Factor 2 - Atitude Rodoviária, também da Escala de Atitudes Face à Saúde a explicar mais 1.00% ( $p=.000$ ). Os dois últimos termos a serem considerados foram o F1 AFS- Atitude Alimentar e o F5 CS- Crença Social, respectivamente com um aumento de variância explicada de 0.70% ( $p=.003$ ) e 0.50% ( $p=.013$ ).

**Tabela 3 – Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis cognitivas na predição dos comportamentos de saúde e de risco**

Variáveis na equação	Incremento de R <sup>2</sup>	β	F(df,df); p	R <sup>2</sup>
F4 AFS – Atitude Preventiva	.218	.263		
F3 AFS – Atitude Aditiva	.079	.172		
F5 AFS – Atitude Promotora	.035	.168		
F1 ECS – Crença Tabágica e Alcoólica	.013	.106	68.071 (7,821); p=0.000	.367
F2 AFS – Atitude Rodoviária	.010	.099		
F1 AFS – Atitude Alimentar	.007	.098		
F5 ECS – Crença Social	.005	.070		

Estes resultados evidenciam um modelo de regressão bem aceite ( $F=68.071$ ,  $p=.000$ ) embora com um valor explicativo inferior a cinquenta por cento. Concretamente, os seis termos de predição aceites no modelo, garantem um coeficiente de determinação ( $R^2$ ) de .367, isto é, explicam apenas 36.70% da variância dos Comportamentos de Saúde e de Risco.

Analisando os coeficientes padronizados beta verificamos que todos eles variam na razão directa, ou seja, quanto mais favoráveis forem as atitudes - preventiva, aditiva, promotora, rodoviária e alimentar - e mais adequadas as crenças - tabágica/alcoólica e social - maiores serão os comportamentos de saúde e consequentemente menores os comportamentos de risco adoptados.

### Estudo dos efeitos de interacção

Os resultados dos dois estudos anteriores, evidenciam que existem associações muitíssimo significativas ( $p<.001$ ) entre as variáveis psicossociais e cognitivas e os ditos comportamentos relacionados com a saúde em adolescentes. No entanto, face à magnitude destes resultados interrogámo-nos se estes “efeitos principais” continuariam a ser relevantes comparativamente às “interacções” que as variáveis psicossociais pudessem estabelecer com as variáveis cognitivas, funcionando algumas como “moderadoras” das outras. Este interesse ganha mais notoriedade se atendermos ao facto de que a adesão a alguns comportamentos saudáveis (ou de risco), influenciados de certa forma por atitudes e crenças de saúde, está provavelmente ligada a características psicológicas e a estilos de vida específicos (Lichner, Petriková & Žiaková, 2021; Zappe, Alves, & Dell’Aglia, 2018) que podem ter consequências importantes nos níveis de saúde actuais e futuros dos indivíduos, na longevidade, incapacitação e mortalidade (Breslow & Breslow, 1993; Figueiredo, 2015).

Pretendia-se então determinar se existiam interacções significativas, entre as variáveis psicossociais e variáveis cognitivas em estudo, na predição dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes. A hipótese de investigação colocada foi de que: “As variáveis psicossociais (auto-conceito, locus de controlo, suporte social e assertividade) interagindo com as variáveis cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) predizem, só por si, os comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes”. Tendo como objectivo determinar que variáveis psicossociais, cognitivas e/ou variáveis de interacção (entre variáveis psicossociais e cognitivas) conseguiram predizer os comportamentos de saúde e de risco em estudo, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, em que se incluíram as variáveis psicossociais, as variáveis cognitivas e as variáveis de interacção entre ambas como variáveis independentes (preditores), e como variável dependente a nota global da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco.

Os resultados apresentados na tabela 4, permitem inferir que as seis variáveis aceites pelo modelo são preditores dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes, explicando 43.20% da sua variância. A primeira variável/termo de predição a entrar foi a variável interacção do Factor 1- aspecto comportamental- da Escala de Auto-Conceito \* Factor 4- atitude preventiva- da Escala de Atitudes Face à Saúde, com um coeficiente de determinação ( $R^2$ ) de .309, valor que corresponde a 30.90% da variância explicada dos comportamentos de saúde e de risco. O último termo de predição, que ainda contribuiu com um valor de  $p$  significativo para a equação de regressão, foi a variável interacção do Factor 6- satisfação-felicidade- da Escala de Auto-Conceito \* Factor 4- crença físico-desportiva- da Escala de Crenças de Saúde.



**Tabela 4 – Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis psicossociais, cognitivas e sua interação na predição dos comportamentos de saúde e de risco**

Variáveis na equação	Incremento de R <sup>2</sup>	$\beta$	$F(df,df); p$	R <sup>2</sup>
F1 AC – Asp. Comportamental * F4 AFS – Atitude Preventiva	.309	.327		
F3 AFS – Atitude Aditiva	.062	.162		
Assertividade * F5 AFS – Atitude Promotora	.030	.111	62.156 (6,822); p=0.000	.432
F1 AFS – Atitude Alimentar	.013	.099		
F3 ESSS – Satisfação com Família * F2 AFS- Atitude Rodoviária	.010	.095		
F6 AC – Satisfação * F4 ECS – Crença Físico-Desportiva	.008	-.088		

A análise comparativa dos coeficientes Beta sugere-nos que a interação F1 AC- aspecto comportamental \* F4 AFS- atitude preventiva tem maior peso preditivo na predição dos comportamentos de saúde e de risco apresentados pelos adolescentes ( $\beta=0.327$ ), variando na razão directa e sendo a diferença altamente significativa. Esta constatação indicia que quanto maior o efeito desta interação (F1 AC- Asp. Comportamental \* F4 AFS- Atitude Preventiva) mais positivos os comportamentos de saúde e de risco.

A análise dos coeficientes  $\beta$  dos restantes termos de predição aceites pelo modelo, permite-nos concluir que: (i) quanto maior o valor do Factor 3- atitude aditiva- da Escala de Atitudes Face à Saúde mais positivos os comportamentos de saúde e de risco; (ii) quanto maior o efeito de interação Assertividade \* Factor 5- atitude promotora da Escala de Atitudes Face à Saúde mais positivos os comportamentos de saúde e de risco; (iii) quanto maior o valor do Factor 1 - atitude alimentar- da Escala de Atitudes Face à Saúde mais positivos os comportamentos de saúde e de risco; (iv) quanto maior o efeito de interação Factor 3 - satisfação com a família- da Escala de Satisfação com o Suporte Social \* Factor 2- atitude rodoviária- da Escala de Atitudes Face à Saúde mais positivos os comportamentos de saúde e de risco; e (v) quanto menor o efeito de interação Factor 6 - satisfação-felicidade- da Escala de Auto-Conceito \* Factor 4- crença físico-desportiva da Escala de Crenças de Saúde mais positivos os comportamentos de saúde e de risco.

### 3. Discussão

Contextualizando os resultados apresentados, poderemos afirmar que eles se situam na mesma linha dos encontrados por outras investigações, que demonstram que o auto-conceito é uma variável pertencente a um bloco de variáveis psicológicas que evidenciam uma magnitude elevada para a explicação do resultado de variáveis de saúde (Figueiredo, 2015; Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018). Os resultados sustentam ainda certas perspectivas teóricas, inerentes à compreensão da adopção de comportamentos de saúde, que fundamentam que ao melhorar-se o auto-conceito dos adolescentes contribui-se para que estes possam estar mais seguros nas relações interpessoais com os outros e fazer com que as metas traçadas para si próprios sejam mais positivas em termos de saúde, evitando situações de risco ou lidando com elas mais eficazmente (Albuquerque, 2004; Alves, Almeida & Fernandes, 2017; Matos & Albuquerque, 2006; Lichner, Petriková, & Žiaková, 2021).

Há que salientar igualmente que as teorias consultadas atribuem a esta variável- auto-conceito- um papel importante, pois as transações que o adolescente estabelece com o meio ou consigo próprio através do discurso interno, são de suprema importância quando os processos de decisão se colocam. Ora, os indivíduos mais seguros e mais confiantes, em si mesmos, estabelecem relações transacionais mais adultas e promotoras de saúde, sempre que se propiciam situações de risco (Sebastian, 2008; Veiga, 2012).

Por outro lado, os resultados do estudo da predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis cognitivas, estando de acordo com os estudos revistos, vêm provar que as atitudes se identificam com uma variável pertencente a um conjunto de variáveis cognitivas que evidenciam uma magnitude elevada na predição dos comportamentos

relacionados com a saúde. A ser assim, indo ao encontro das estratégias defendidas pelos modelos cognitivistas as quais visam processos de mudança de intenções comportamentais (Modelo de Crenças na Saúde; Teoria da Acção Racional; Teoria da Aprendizagem Social), torna-se importante a implementação de novas políticas educativas, sociais e de saúde, com vista à promoção do desenvolvimento integral de medidas promocionais, que incluam esta variável, atitudes face à saúde, como forma de influenciar as tomadas de decisão dos sujeitos em relação à sua própria saúde (Albuquerque, 2004, 2008; Veiga, 2012).

Merece ainda referência, o facto das percentagens de variância dos comportamentos de saúde e de risco, explicadas pelos modelos de regressão, serem, genericamente, mais elevadas quando se utilizam variáveis de interacção.

### Conclusão

O estudo dos efeitos principais inerente à predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis psicossociais, permite-nos inferir que quanto melhor o aspecto comportamental, a satisfação com a família e a assertividade menores os comportamentos de risco e consequentemente melhores os comportamentos de saúde adoptados, e quanto maior a ansiedade, a satisfação-felicidade e o grau pelo qual o indivíduo espera que determinados resultados relacionados com a saúde sejam contingentes com ações de outras pessoas (“outros poderosos”) maiores os comportamentos de risco e, consequentemente, menores os comportamentos de saúde adotados. Perante os resultados descritos, somos a aceitar a hipótese de que algumas das variáveis de contexto psicossocial (auto-conceito, locus de controlo, suporte social e assertividade) predizem significativamente os comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes. No mesmo sentido os resultados do estudo dos efeitos principais inerentes à predição dos comportamentos de saúde e de risco pelas variáveis cognitivas, levam-nos a aceitar a hipótese de que algumas das variáveis cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) predizem significativamente estes mesmos comportamentos.

No que respeita ao estudo dos efeitos de interacção entre as variáveis psicossociais e cognitivas, os seus resultados permitem concluir que os mesmos vão no mesmo sentido, o que permite aceitar a hipótese de que algumas das interacções entre as variáveis psicossociais (auto-conceito, locus de controlo, suporte social e assertividade) e as variáveis cognitivas (atitudes face à saúde e crenças de saúde) predizem, só por si, os comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes.

Em suma, e numa perspectiva de integração global da informação resultante da presente investigação, parece ser de admitir, por um lado, que a globalidade dos resultados obtidos no estudo da predição dos comportamentos de saúde e de risco, nos oferece suporte para um modelo conceptual que fundamente a importância das variáveis psicossociais e cognitivas em análise, e por outro, que a nota global da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco (que avalia a variável dependente em estudo) aparece ligada, sobretudo, ao efeito de interacção entre o Factor 1- aspecto comportamental, da Escala de Auto-Conceito, e o Factor 4- atitude preventiva, da Escala de Atitudes face à Saúde, ou seja, o sentido desta interacção deixa supor que são os adolescentes com melhor auto-conceito comportamental e com uma atitude preventiva mais adequada que apresentam melhores comportamentos relacionados com a saúde. Assim, pensamos que o estudo das interacções entre as variáveis foi importante para nos ajudar a perceber como as diversas “peças” se encaixam para formar o “puzzle” dos comportamentos relacionados com a saúde, numa perspectiva de uma promoção da saúde eficaz.

Entre as diferentes estratégias de promoção dos comportamentos de saúde e de prevenção dos comportamentos de risco e seus problemas, privilegiamos as que visam habilitar o sujeito de meios que o tornem ativo e conscientemente construtor das suas próprias defesas, boas opções e comportamentos saudáveis. Neste contexto, a escola assume-se como um “espaço” e “tempo” de eleição para intervir nesse sentido; ela é um agente privilegiado e insubstituível no processo de formação e desenvolvimento individual e social.

### Conflito de Interesses

Não existe conflito de interesses.



## Referências bibliográficas

- Albuquerque, C. (2004). Comportamentos de saúde e de risco na adolescência. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade da Extremadura: Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.
- Albuquerque, C., Vítor, V., & Oliveira-Albuquerque, C. (2008). Pretextos e contextos de risco na adolescência. *Revista INFAD de Psicologia- International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1): 179-184.
- Alves, D., & Almeida, L., & Fernandes, H. (2017). Estilos de vida e autoconceito: um estudo comparativo em adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 12(2): 237-247. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311151242007>
- Bharathi, T. A., & Sreedevi, P. (2015). A study on the self-concept of adolescence. *International Journal of Science and Research*, 5(10), 3219–7064. ISSN 3219 – 7064
- Breslow, L., & Breslow, N. (1993). Health practices and disability: some evidence from Alameda County. *Preventive medicine*, 22(1), 86–95. <https://doi.org/10.1006/pmed.1993.1006>
- Figueiredo, J. P. (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida: Indicadores de risco epidemiológico avaliação de estados de saúde e doença. Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, não publicada. Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina. [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20sa%C3%BAde\\_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20sa%C3%BAde_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf)
- Friedman H. L. (1989). The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social science & medicine* (1982), 29(3), 309–315. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90279-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90279-7)
- Lichner, V., Petriková, F., & Žiaková, E. (2021) Adolescents self-concept in the context of risk behaviour and self-care, *International Journal of Adolescence and Youth*, 26:1, 57-70, <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1884102>
- Liu, W. C. (2000). A longitudinal study of academic self-concept in a streamed setting: home environment and classroom climate factors. University of Nottingham. <https://doi.org/10.1348/000709905X42239>
- Masoumi, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Self-care challenges in adolescents: A comprehensive literature review. *PubMed*, 31(2), 2–12. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0152>
- Matos, A., & Albuquerque, C. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6: 647-663. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-197.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-197.pdf)
- McIntyre, T.M. (1995). Inventário de Comportamento Interpessoal. In Leandro, S.A., Mário, R. S. & Miguel, M.G. (Eds.) *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT, p. 193-207
- O’Neill, T. L. (2015). Academic motivation and student self-concept. *the Keys to Positively Impacting Student Success*.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3 (17): 547-558.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2016). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Ribeiro, J.L. (1994). Reconstrução de uma Escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207- 214
- Sebastian, C. (2008). Development of the self-concept during adolescent. *Trends in Cognitive Sciences*
- Shabaraya G., & Bhogle S. (2011). Relationship between Adolescents’ Health Beliefs and Health Behavior. *International Journal of Medicine and Public Health*.1(3):55-61. <https://doi.org/10.5530/ijmedph.3.2011.9>
- Step toe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92: 659-6722.
- Step toe, A., & Wardle, J. (1996) The european health and behaviour survey the development of an international study in health psychology, *Psychology & Health*, 11:1, 49-73. <https://doi.org/10.1080/08870449608401976>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Psicologia e Educação*. 5(1), 39-48. [http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/RPE\\_AH/RPE\\_AH%202006%20V5N1.html](http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/RPE_AH/RPE_AH%202006%20V5N1.html)
- Veiga, F. H. (2012). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Fim de Século
- White, C.A.(2011). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*. Chichester: Wiley.



Albuquerque, C., Albuquerque, S. O., Dias, A. M., Batista, S. P., Andrade, A., Bica, I., Cunha, M. (2021). Determinantes psicossociais e cognitivos de comportamentos de saúde e de risco na adolescência. *Servir*, 2(1), 31-41. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0201.25942>

41

Widyarini, N., Retnowati, S., & Setiyawat, D. (2019). Using Theory of Planned Behavior to Explore Beliefs of Public Health Promoters in Promoting Adolescents' Reproductive Health: Case in Tengger. In Proceedings of the 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (Edt. Muhammad Salis Yuniardi). Volume 304: 317-321. <https://doi.org/10.2991/acpch-18.2019.77>

Zappe, J., Alves, C., & Dell'Aglio, D. (2018). Risk taking behavior in adolescence: systematic review of empirical studies. *Psicologia em Revista*, 24 (1): 79-100. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p79-100>