

Comportamentos de Saúde e de Evitamento do Risco em Operários Fabris

Health Behaviour and Risk Prevention in Manufacturing Workers

João Paulo de Almeida Tavares *
Lisa Nogueira Veiga Nunes *

Resumo

Os operários fabris são uma fracção da população activa que diariamente é exposta aos mais variados riscos, inerentes ao trabalho e aos comportamentos individuais de saúde. O enfermeiro do trabalho deve conhecer os comportamentos de saúde e os riscos dessa população, para planear intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença.

Esta investigação procurou dar resposta aos seguintes objectivos: analisar os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) de operários fabris. Analisar se existe relação entre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) desses operários e o *locus* de controlo na saúde, a auto-avaliação de saúde e as características sócio-demográficas e laborais. A opção metodológica orientou-se para uma abordagem quantitativa de natureza descritiva correlacional, utilizando-se as escalas “O Meu Estilo de Vida” e “Locus de Controlo de Saúde”, numa amostra de 112 operários.

Através do nosso estudo constatámos que segurança no trabalho, segurança rodoviária, sono e repouso, e prevenção da doença e vigilância da saúde são os comportamentos mais adoptados pela população fabril. Verificámos que a internalidade assume um papel relevante na adopção destes mesmos comportamentos, e que os operários que percebem a sua saúde com alto nível tendem a evitar o consumo de álcool e tabaco.

Para o enfermeiro do trabalho é necessário conhecer os comportamentos adoptados pelos operários, devendo desenvolver intervenções que tenham presente a internalidade e a auto-avaliação de saúde quando abordadas as temáticas relacionadas com álcool e tabaco.

Palavras-chave: operários fabris, comportamentos de saúde (e evitamento do risco), *locus* de controlo, auto-avaliação de saúde

* Enfermeiro nível I nos Hospitais da Universidade de Coimbra

Abstract

Manufacturing workers are a part of the working-age population which is daily exposed to a variety of in-work and individual health behaviour related risks. The occupational nurse practitioner should be aware of the health behaviour and risks among this share of the population in order to plan his/her health promotion and risk prevention interventions.

The goals of this research were: to analyse health behaviours (and risk prevention) in manufacturing workers; to check whether there is a relationship between health behaviours (and risk prevention) and the locus of health control, health self-assessment and the social-demographic and working characteristics among these workers. The methodology used was based on a quantitative correlation descriptive approach using the scales “My life style” and “Locus of health control” in a sample of 112 workers.

Our study showed that work safety, road safety, sleep and rest, disease prevention and health surveillance are the most commonly adopted behaviours among the manufacturing workers. We concluded that internality takes an important role towards the adoption of these behaviours and that the workers who have a high perception of their health tend to avoid drinking and smoking.

The occupational nurse practitioner has to be aware of the behaviours adopted by the manufacturing workers in order to develop intervention strategies that take internality and health self-assessment into account when addressing drinking and smoking related issues.

Keywords: manufacturing workers, health behaviour (and risk prevention), locus of control, self assessment of health status

Recebido para publicação em 04-11-06.
Aceite para publicação em 02-08-07.

Introdução

A população trabalhadora despende grande parte da sua vida nos locais de trabalho, aspecto este, que assume particular relevo na sua saúde, pois são diariamente confrontados com situações de risco imediato e mediato que deterioram o seu estado de saúde. É importante considerar que, para além dos riscos inerentes ao próprio no local de trabalho, existem comportamentos individualmente determinados (por exemplo: dieta; exercício-físico; consumo de tabaco e álcool) que podem afectar directamente o estado de saúde. Mais de 50% de mortes prematuras que ocorrem nos países ocidentais são atribuídas ao estilo de vida (Bennet e Murphy, 1999).

Portugal assume no contexto europeu os lugares cimeiros, tanto para o número de acidentes de trabalho como para as patologias associadas a estilos de vida pouco saudáveis (Rasteiro, 2001). Actualmente, a população tende a consciencializar-se dos riscos inerentes à adopção de comportamentos de saúde menos saudáveis. Esta realidade reflecte-se nos inúmeros trabalhos de investigação que têm surgido neste domínio, onde as possíveis relações entre a adopção de determinados comportamentos e o surgimento de certas patologias (por exemplo: obesidade; HTA) tendem a ser esclarecidas. A par disso, assiste-se a um esforço conjunto das várias entidades de saúde e do poder político, no sentido de despertar a sociedade para esta problemática.

O indivíduo, sendo um elemento integrante da comunidade, pode adoptar comportamentos considerados saudáveis e/ou evitar comportamentos de risco. Ele é o principal elemento na adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. A constância destes permite-lhe manter-se mais saudável, no entanto, mesmo tendo conhecimento dos benefícios que lhe estão adjacentes, nem sempre se verifica a adopção dos mesmos.

Os operários fabris são uma fracção significativa da população activa que diariamente é exposta aos mais variados riscos. Estes riscos podem estar inerentes ao local de trabalho, mas também aos comportamentos individuais, pelo que é

fundamental que os profissionais de saúde ocupacional se debruçam sobre os comportamentos adoptados por este grupo de trabalhadores.

A enfermagem no trabalho deve desempenhar nesta área um papel crucial no desenvolvimento e melhoria da saúde da população trabalhadora. Compete ao enfermeiro do trabalho o desenvolvimento, a promoção e a melhoria da saúde dos operários. Para uma intervenção efectiva, o enfermeiro tem de conhecer a comunidade em que a população trabalhadora se insere, para compreender o indivíduo em todas as suas dimensões (Ossler *et al.*, 1999).

Os comportamentos de cada indivíduo funcionam como determinantes do seu estado de saúde. Deste modo, e sendo os comportamentos de saúde uma consequência de um conjunto de processos pessoais e sociais, torna-se pertinente fazer referência a alguns dos factores envolvidos.

Stephoe e Wardle (1996) apresentam um conjunto de factores que influenciam os comportamentos de saúde: factores sócio-culturais (tradição dietética, normas morais, religiosas etc.); legislação (uso de cinto de segurança, compra de álcool e tabaco etc.); factores macro-económicos (rendimentos, impostos sobre o álcool e tabaco, etc.); provisão de cuidados de saúde (campanhas de vacinação, cuidados dentários gratuitos, etc.); sistemas de provimento de bens e serviços (subsídios para a prática desportiva, produção de alimentos com baixo teor de gordura, serviços de aconselhamento, etc.); factores sócio-demográficos (idade, sexo, estatuto socio-económico, educação, ocupação, etc.); estado de saúde (restrições da mobilidade, restrições alimentares devido ao estado de saúde, etc.); factores sociais e familiares (influência dos pares, hábitos familiares, rede de suporte social, etc.); factores psicológicos (consciência do risco, atitudes e crenças, valores aliados à saúde, auto-eficácia, etc.); hábitos e rotinas (referido por Albuquerque, 1999).

Na mesma linha, Bruhn (1988) afirma que os principais factores que podem influenciar os comportamentos de saúde podem ser agrupados em quatro categorias: factores envolvimentoais, culturais, grupais e pessoais. No âmbito do nosso

estudo destacam-se os factores pessoais que englobam, entre outros, as crenças relativas ao controlo pessoal e ao conceito de vigor. Acerca desta problemática, Rutter e Quine (1996) salientam ainda os processos sócio-psicológicos que englobam variáveis sócio-emocionais (suporte emocional, reforço social, acontecimentos da vida stressantes, processos emocionais, etc.) e variáveis cognitivas (conhecimento, informação, comunicação, controlo pessoal, crenças e atitudes).

De um modo geral, os factores atrás apresentados podem ser agrupados em duas categorias. Segundo Conner e Norman (1996), são elas: factores intrínsecos e extrínsecos. Nos factores intrínsecos os autores consideram encontrar-se os factores sócio-demográficos, personalidade, cognições e suporte social. Nos factores extrínsecos encontram-se as estruturas de incentivo (impostos, subsídios, sistemas de aprovisionamento de bens e serviços) e restrições legais.

O indivíduo surge como o principal elemento na adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. A constância destes comportamentos permite-lhe manter-se saudável, no entanto, mesmo tendo conhecimento dos benefícios que lhe estão adjacentes, nem sempre se verifica a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Como sublinha Ogden (2004), a saúde depende, em primeiro lugar, da modificação dos hábitos pessoais. O comportamento ou estilo de vida dos indivíduos parece ter um papel fundamental no seu estado de saúde. Lopes (2002) é da opinião que a mudança de comportamentos, conduz à adopção de um estilo de vida saudável.

Um dos modelos que actualmente tem sido utilizado para prever uma vasta gama de comportamentos ligados à saúde é o Modelo de Crenças da Saúde (Ogden, 2004). Albuquerque (1999) considera que a selecção deste modelo foi no sentido de prever a tomada ou não de medidas preventivas, e para sugerir intervenções que diminuíssem a relutância dos utentes a decidirem-se pelos cuidados de saúde.

Muitas das investigações que tiveram como objectivo prever os comportamentos de saúde deram grande ênfase às crenças. De entre as

várias abordagens inclui-se a teoria da atribuição, optimismo irrealista e do *locus* de controlo. Destacaremos a teoria do *locus* de controlo.

As crenças relativas ao *Locus* de Controlo procuram reflectir até que ponto um indivíduo acredita que as suas acções podem ter os resultados pretendidos, sendo portanto um conceito idêntico ao de auto-eficácia. Rotter (1966) definiu uma tipologia, dividindo os indivíduos em duas categorias, “internos” e “externos”. Os indivíduos que tendessem para a internalidade acreditariam que os acontecimentos seriam consequência das suas acções, estando portanto sob o seu controlo pessoal. Por outro lado, os indivíduos que tendessem para a externalidade acreditariam que os acontecimentos não se relacionariam com as suas acções sendo determinadas por factores que se encontrariam fora do seu controlo pessoal (referido por Albuquerque, 1999).

Embora o *Locus* de Controlo tenha sido concebido como uma característica geral, diversos autores têm defendido que esta variável pode, e deve, ser considerada em domínios específicos. Um desses domínios é o da saúde (Ribeiro, 1994).

A especificidade do *locus* de controlo no domínio da saúde, segundo alguns estudos, revela que indivíduos com *locus* de controlo interno poderão mostrar-se mais interessados acerca de como manter a saúde, bem como em situação de doença, os mesmos poderão procurar informação acerca desta. Há autores que defendem que provavelmente estes indivíduos controlam melhor as dificuldades psicológicas e/ou emocionais e também se consideravam mais satisfeitos com a vida.

Um outro factor que pode estar associado com a adopção de comportamentos de saúde é a percepção de saúde de cada indivíduo. O indivíduo tem uma percepção do seu estado de saúde, mas existem vários aspectos que podem condicionar esta percepção. Segundo Cordeiro (1999), a percepção individual de saúde depende do grau de conhecimentos e compreensão do indivíduo no que se refere ao seu estado de saúde (e os problemas que afectam a mesma), sendo esta influenciada por variáveis como a idade, sexo,

nível sócio-económico, cultura e a natureza dos problemas de saúde. Os trabalhos de Segovia *et al.* (1989) e Johnson *et al.* (1998) referenciados por Barros e Nahas (2001) mostram que a percepção do nível de saúde está associada à adopção de comportamentos de saúde, e as evidências indicam que a prevalência de comportamentos de risco é maior entre os sujeitos com percepção negativa.

Este estudo de investigação orientou-se para uma população de operários fabris a fim de determinar com que frequência esses trabalhadores adoptam comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e, a relação destes com: *locus* de controlo, auto-avaliação de saúde, características sócio-laborais e sócio-demográficas.

Metodologia

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa de características descritivo-correlacionais. Assumiu-se como variável dependente os “comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e como variáveis independentes, o “*locus* de controlo na saúde”, “variáveis sócio-demográficas”, “variáveis sócio-laborais” e a “auto-avaliação de saúde”.

A questão e as hipóteses de investigação formuladas foram:

- Q1 – Qual a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) dos operários fabris no ramo do mobiliário de escritório na região centro do país?
- H1 – Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) dos operários fabris no ramo do mobiliário de escritório na região centro do país e o *locus* de controlo na saúde.
- H2 – Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e a auto-avaliação de saúde destes operários.
- H3 – Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e as características sócio-laborais destes operários.

H4 – Existe relação entre os comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e as características sócio-demográficas destes operários.

População/Amostra

Foi aplicado o questionário a um total de 172 trabalhadores que correspondem ao número de trabalhadores existentes na fábrica, dos quais recebemos 148 (86,05%). Destes foram anulados 19 questionários por não estarem correctamente preenchidos. No estudo os sectores correspondentes à Direcção (1) e Administração (16) não foram considerados dado que estes não estão expostos de igual modo aos riscos laborais dos restantes operários da fábrica. A amostra do estudo foi de 112 operários.

Caracterização geral da amostra

A amostra é constituída por 84 homens (75%), que é superior ao número de mulheres 28 (25%). A média de idades é de 41,16 anos, sendo o grupo mais numeroso de trabalhadores (38,4%) entre os 36 e 45 anos. As idades menos frequentes compreendem os trabalhadores de 16-25 anos (5,4%) e os com 56-65 anos (9,8%). A maioria dos operários (67,9%) é casada. O nível de escolaridade predominante é o 4º ano do primeiro ciclo do ensino básico (38,40%), seguindo-se o ciclo preparatório (6º ano)(26,8%) e o 9º ano ou equivalente (16,1%). Na amostra, 25,9% dos operários têm a escolaridade obrigatória ou um nível académico superior (0,9%). Quando inquiridos relativamente ao meio em que nasceram, 71,40% dos operários referiram ter nascido em meio rural.

A maioria dos operários (56,30%) demoram entre 10 minutos a meia hora a chegar ao local de trabalho. Mais de 70% dos operários referiram não ser o seu primeiro emprego. A média de tempo de trabalho na fábrica é de 14,94 anos, sendo o intervalo 1-5 anos aquele que encerra o maior número de trabalhadores (23,20%), A média de tempo de trabalho actual no sector é de 12,46 anos.

Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta as variáveis, o instrumento de colheita de dados foi composto por 4 elementos que são:

– *Questionário sócio-demográfico e laboral*

O questionário sócio-demográfico e laboral foi criado por nós no âmbito deste estudo. As variáveis sócio-demográficas são: sexo, idade, estado civil, meio em que nasceu, nível de escolaridade e existência ou não de filhos e variáveis sócio-laborais são: sector de trabalho, tempo despendido para chegar ao local de trabalho, ser ou não o primeiro emprego e tempo de experiência laboral.

– *Escala de auto-avaliação de saúde*

Criámos também no âmbito deste estudo uma escala visual analógica de auto-avaliação de saúde, utilizando como modelo a escala visual analógica para medir a intensidade da dor, pretendíamos obter a percepção dos trabalhadores da fábrica sobre o seu estado de saúde nas duas últimas semanas. A escala é um segmento de recta com dez centímetros em que cada centímetro corresponde a um número, está numerada de 0 a 10, representando 0 o pior estado de saúde imaginável e 10 o melhor estado de saúde imaginável. A sua utilização prendeu-se com o facto da auto-avaliação de saúde poder associar-se com a adopção ou não de comportamentos de saúde.

– *Escala de comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) “O meu estilo de vida” (OMEV)*

O OMEV é um inventário de auto-resposta que tem como objectivo avaliar o comportamento de saúde e de risco. A escala OMEV é uma escala de 27 itens⁽¹⁾, tipo Likert, com 5 pontos, correspondendo 1 a “quase nunca” e 5 a “quase sempre” e quanto mais elevados os scores mais frequentes são os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) dos operários.

⁽¹⁾ Da totalidade dos 27 itens, 24 foram adoptados do *life-style assesment-Questionnaire* – LAQ – de Hettler (1982).

O processo de reconstrução e adaptação à população portuguesa, a partir da escala original foi realizado por Ribeiro, em 1993, numa amostra de 609 estudantes. Contudo, para a realização do nosso estudo houve necessidade de excluir 8 itens (3; 19; 20; 22; 23; 25; 26 e 27) e acrescentar 2 novos itens relacionados com a segurança no trabalho (20 e 21). Estas alterações prendem-se com o facto de todos os itens retirados estarem intimamente relacionados com os comportamentos dos jovens, especialmente em estudantes universitários. Uma vez que a nossa amostra é constituída por operários estes comportamentos têm menos significado podendo os mesmos sentirem-se constrangidos e relutantes ao preenchimento do questionário caso este apresentasse os referidos itens. Por outro lado, houve necessidade de incluir dois novos itens relacionados com o trabalho, uma vez que se tratam de operários fabris. A segurança no trabalho pode ser considerada um importante comportamento no sentido de manter o estado de saúde dos mesmos. A inclusão destes novos itens teve por base a pesquisa bibliográfica e uma entrevista com a equipa de saúde da fábrica deste estudo.

A escala que utilizamos é assim constituída por 7 dimensões, respectivamente: alimentação, consumo de tabaco e álcool, prevenção da doença e vigilância de saúde, segurança no trabalho, segurança rodoviária, exercício físico, sono e repouso. (Quadro I)

Para o cálculo de um índice global, as propriedades psicométricas da escala melhoram quando não são considerados para o score global os itens correspondentes à dimensão do exercício físico, os itens desta dimensão apresentam uma correlação fraca com os restantes itens da escala (item1: -0,081; item2: 0,059). Este facto limitou-nos relativamente ao cálculo do score global pelo motivo acima referido, pelo que não foi considerado. (ver Quadro I)

– *Escala de locus de controlo na saúde* (Wallston *et al.*, 1978)

Os autores originais desta escala são Wallston *et al.* (1978), construíram-na para avaliar o *locus* de controlo no contexto específico da saúde. As respostas são cotadas para que a uma maior pontuação, corresponda a uma maior internalidade.

QUADRO 1 – Organização dimensional da escala “*O meu estilo de vida*” e estatísticas da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach (n=112).

Dimensões	Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<i>Alimentação</i>	3 – Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	0,442	0,448
	4 – Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	0,407	0,460
	5 – Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de alimentos.	0,354	0,496
	17 – Evito ingerir alimentos com gordura.	0,242	0,560
	18 – Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos e chocolate).	0,208	0,577
----- $\alpha = 0,567$			
<i>Consumo de álcool e tabaco</i>	6 – Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia.	0,235	
	16 – Evito fumar.	0,235	
----- $\alpha = 0,381$			
<i>Prevenção da doença e vigilância da saúde</i>	8 – Mantenho as minhas vacinas em dia.	0,283	0,534
	9 – Verifico anualmente a minha pressão arterial.	0,429	0,46
	10 – Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	0,289	0,529
	11 – Vou ao médico anualmente fazer um <i>check-up</i> .	0,256	0,545
	15 – Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	0,325	0,511
19 – Evito ambientes que tenham ar poluído.	0,268	0,536	
----- $\alpha = 0,566$			
<i>Segurança no trabalho</i>	20 – Utilizo os equipamentos para a prevenção de acidentes de trabalho.	0,686	
	21 – Cumpro as normas de utilização dos diferentes equipamentos de trabalho.	0,686	
----- $\alpha = 0,811$			
<i>Segurança rodoviária</i> Baixo consumo de álcool	12 – Não guio (carro, motorizada, etc) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.		
Outras medidas de segurança	13 – Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	0,377	
	14 – Quando viajo de carro no banco da frente coloco o cinto de segurança.	0,377	
----- $\alpha = 0,545$			
<i>Exercício físico</i> Intenso	1 – Faço exercício intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana.		
Diário	2 – Ando a pé ou de bicicleta diariamente.		
<i>Sono e repouso</i>	7 – Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.		

Ribeiro (1993) realizou o processo de reconstrução e adaptação desta escala à população portuguesa em dois estudos distintos e complementares com estudantes universitários, sendo esta escala constituída por duas dimensões: *Locus de controlo externo/interno* e *Outros poderosos*. Esta escala não sofreu nenhuma alteração ao ser dirigida à população do nosso estudo porque não se direcciona a uma etapa de vida específica, podendo por isso ser aplicada à nossa amostra. Pode-se ainda referir o estudo realizado por Weitzel (1989), este autor aplicou a escala *locus* de controlo na saúde numa população

fábrica, num estudo realizado com 179 operários.

Relativamente ao “*Locus de Controlo na Saúde*”, verificámos $\alpha=0,501$. Esta apresentou o item (4 - Em saúde não se pode invocar quase nunca “má sorte) com baixa correlação ($r=0,053$). Face a este valor, decidiu-se a eliminação deste item com o intuito de melhorar a consistência interna da dimensão, passando de $\alpha=0,501$ para $\alpha=0,650$ pelo que já se considera muito próximo do aceitável para Fortin (2003). A dimensão “Outros Poderosos” apresenta um alpha ($\alpha=0,639$), já próximo do aceitável para um estudo do tipo exploratório. (Quadro II).

QUADRO 2 – Estatísticas da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach da escala “Escala de locus de controlo na saúde” (n=112).

Dimensões	Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
LC da Saúde	2	0,435	0,641
	3	0,445	0,637
	6	0,115	0,687
	7	0,574	0,588
	8	0,109	0,726
	12	0,419	0,645
	13	0,510	0,646
		α = 0,650	
Outros-Poderosos	1	0,296	0,622
	5	0,306	0,621
	9	0,398	0,600
	10	0,486	0,548
	11	0,349	0,600
	14	0,425	0,575
		α = 0,639	

Procedimentos Formais e Éticos de Colheita de Dados

Antes de dar início à recolha de dados, foi solicitada a respectiva autorização formal à Direcção da Haworth Cortal Seldex, tendo o mesmo sido autorizado pelos membros pertencentes à direcção da fábrica. Foi assegurada aos operários a confidencialidade, anonimato dos dados e garantida a sua utilização somente para fins de investigação científica.

Tratamento Estatístico

Os dados foram lançados numa base de dados informatizada no programa estatístico SPSS (STATISTICAL PACKAGE for the SOCIAL SCIENCES), versão 11.0 para Windows. Com o intuito de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos a estatística descritiva e a estatística inferencial.

Da análise da normalidade, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov, rejeitamos a hipótese

de normalidade. Consequentemente para testar as hipóteses de investigação utilizámos o Coeficiente de Correlação de Spearman, o teste de Khruskal Wallis e o teste de Mann-Whitney.

Resultados

A apresentação e análise estatísticas dos dados são apresentados no sentido de dar resposta à questão de investigação e testar as hipóteses formuladas.

Qual a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) dos operários fabris no ramo do mobiliário de escritório na região centro do país?

No estudo, os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) que os operários referiram como mais frequentes enquadram-se nas dimensões: segurança no trabalho (Md=4,50), segurança rodoviária (itens 13 e 14, correspondentes a *outras medidas de segurança* Md=4,50; em relação ao *baixo consumo de álcool* Md=4,00), o sono e o repouso (Md=4,00) e prevenção da doença e vigilância na saúde (Md=3,67). Os comportamentos que os operários referiram como menos frequentes enquadram-se nas dimensões alimentação (itens 3, 4, 5, 18 respectivamente Md=2,08; Md=3,03; Md=2,96; Md=3,09), consumo de álcool e tabaco (item 6 - Md= 3,06), prevenção da doença e vigilância da saúde (item 10 - Md=2,90) e exercício físico (item 1 e 2 respectivamente Md=2,29 e Md=2,55) (Quadro III).

Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) dos operários fabris no ramo do mobiliário de escritório na região centro do país e o locus de controlo na saúde.

A relação entre estes comportamentos e o locus de controlo externo-interno nos operários é positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), salvo no que se refere à prática de exercício físico intenso ($p = 0,781$). Assim, a relação verificada entre as duas variáveis indica que os operários mais internos tendem a assumir comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) mais saudáveis.

QUADRO 3 – Estatísticas sumárias relativamente aos comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) dos operários (n=112).

Comportamentos de Saúde (e de evitamento de risco) Dimensões/Itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
<i>Alimentação</i>	1,00	5,00	3,10	3,06	0,85
Item 3 – Manter o peso recomendado	1,00	5,00	3,00	2,08	1,31
Item 4 – Reduzir a ingestão de sal	1,00	5,00	3,00	3,03	1,49
Item 5 – Variedade de alimentos	1,00	5,00	3,00	2,96	1,33
Item 17 – Evitar gorduras	1,00	5,00	4,00	3,42	1,47
Item 18 – Evitar açúcar	1,00	5,00	3,00	3,09	1,44
<i>Consumo de tabaco e álcool</i>	1,00	5,00	3,00	3,39	1,34
Item 6 – Consumo moderado de álcool	1,00	5,00	3,00	3,06	1,72
Item 16 – Evitar fumar	1,00	5,00	5,00	3,72	1,69
<i>Prevenção da doença e vigilância de saúde</i>	1,00	5,00	3,67	3,60	0,81
Item 8 – Manter vacinas actualizadas	1,00	5,00	5,00	4,37	1,04
Item 9 – Verificar pressão arterial	1,00	5,00	4,00	3,59	1,51
Item 10 – Verificar estado dos dentes	1,00	5,00	3,00	2,90	1,55
Item 11 – fazer check-up anual	1,00	5,00	4,00	3,35	1,57
Item 15 – Evitar tomar medicamentos não receitados	1,00	5,00	4,00	3,73	1,52
Item 19 – Evitar ambientes poluídos	1,00	5,00	4,00	3,69	1,38
<i>Segurança no trabalho</i>	1,00	5,00	4,50	4,15	1,04
Item 20 – Utilizar equipamentos de prevenção	1,00	5,00	5,00	4,09	1,19
Item 21 – Cumprir normas de utilização de equipamentos	1,00	5,00	5,00	4,21	1,07
<i>Segurança rodoviária</i>					
Baixo consumo de álcool					
Item 12 – Não conduzir quando ingere (duas) bebidas alcoólicas	1,00	5,00	4,00	3,22	1,75
Outras medidas de segurança	1,00	5,00	4,50	4,13	0,97
Item 13 – Manter limites de velocidade	1,00	5,00	4,00	3,97	1,24
Item 14 – Usar cinto de segurança	1,00	5,00	5,00	4,29	1,09
<i>Exercício físico</i>					
Intenso					
Item 1 – Fazer exercício intenso	1,00	5,00	2,00	2,29	1,19
Diário					
Item 2 – Andar a pé ou de bicicleta	1,00	5,00	2,00	2,55	1,36
<i>Sono e repouso</i>					
Item 7 – Dormir o suficiente	1,00	5,00	4,00	3,81	1,30

Dos coeficientes de correlação o mais elevado é ao nível do “consumo de álcool e tabaco” ($r_s = 0,608$). No que diz respeito às dimensões *segurança rodoviária* (consumo de álcool e outras medidas de segurança), *sono e repouso*, *prevenção da doença e vigilância de saúde*, estas apresentam também coeficientes de correlação moderados, respectivamente ($r_s = 0,583$; $r_s = 0,494$; $r_s = 0,551$; $r_s = 0,472$). Em contrapartida, a relação entre os comportamentos de saúde e a dimensão *outros poderosos* não é estatisticamente significativa (Quadro IV).

Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e a auto-avaliação de saúde destes operários.

Como se pode verificar pela análise do Quadro V as dimensões comportamentais: *consumo de tabaco e álcool*, *segurança rodoviária* – “baixo consumo de álcool”, são as que se relacionam com a auto-avaliação de saúde apresentando valores estatisticamente significativos (respectivamente $p = 0,025$ e $p = 0,015$). Infere-se assim que os operários que avaliam a sua saúde com alto nível, tendem a evitar o consumo de tabaco e de álcool

QUADRO 4 – Matriz de correlações de Spearman e testes de significância bilaterais entre os comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e o locus de controlo na saúde (n=112).

Comportamentos de Saúde (e de evitamento de risco) Dimensões	LC Externo/Interno		LC Outros poderosos	
	r_s	P	r_s	P
Alimentação	0,373	0,000 *	0,031	0,749
Consumo de tabaco e álcool	0,608	0,000 *	-0,029	0,758
Prevenção da doença e vigilância de saúde	0,472	0,000 *	-0,052	0,586
Segurança no trabalho	0,245	0,009 *	0,010	0,919
Segurança rodoviária				
Baixo consumo de álcool	0,583	0,000 *	-0,046	0,630
Outras medidas de segurança	0,494	0,000 *	0,137	0,148
Exercício físico				
Intenso	0,027	0,781	-0,133	0,163
Diário	0,267	0,004 *	0,101	0,291
Sono e repouso	0,551	0,000 *	0,143	0,132

* Significativo para $p < 0,05$.

QUADRO 5 – Matriz de correlações de Spearman e testes de significância bilaterais entre os comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e auto-avaliação de saúde (n=112).

Comportamentos de Saúde (e de evitamento de risco) Dimensões	Auto-avaliação de saúde	
	r_s	P
Alimentação	0,045	0,640
Consumo de tabaco e álcool	0,212	0,025 *
Prevenção da doença e vigilância de saúde	0,144	0,130
Segurança no trabalho	0,043	0,654
Segurança rodoviária		
Baixo consumo de álcool	0,231	0,014 *
Outras medidas de segurança	-0,124	0,192
Exercício físico		
Intenso	0,090	0,344
Diário	0,168	0,077
Sono e repouso	0,028	0,769

* Significativo para $p < 0,0$.

no dia-a-dia. Durante a condução tendem a reduzir a ingestão de álcool, embora os valores de correlação observados sejam baixos (respectivamente $r_s = 0,212$, $r_s = 0,231$).

Relação entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento de risco) e as características sócio-demográficas e laborais destes operários.

A análise da relação entre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e as variáveis sócio-demográficas revelou que os operários que têm filhos cumprem as normas e usam os equipamentos de segurança com mais frequência ($p=0,048$) do que os operários que não têm filhos. O mesmo acontece com a *segurança rodoviária*

– *outras medidas de segurança* ($p=0,028$), em que os operários com filhos parecem respeitar mais frequentemente os “limites de velocidade” e também “usar o cinto de segurança”.

Considerando as variáveis sócio-laborais, em relação às quais se explorou a influência sobre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco), verificou-se apenas a confirmação da relação dos comportamentos alimentares com o *tempo de trabalho no sector* ($p=0,023$), pelo que os operários que trabalham há mais tempo no mesmo sector referem com maior frequência hábitos alimentares saudáveis. O “uso de cinto de segurança” e “respeitar os limites de velocidade” são os comportamentos referidos pelos operários

que se relacionaram com o *tempo dispendido para chegar ao local de trabalho* ($p=0,015$). Pode evidenciar-se que os operários que demoram menos de 10 minutos e de 10 minutos a 30 minutos tendem a conduzir dentro dos limites de velocidade e a usar cinto de segurança. As outras variáveis sócio-laborais não evidenciam associação significativa com os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco).

Discussão

Antes de iniciarmos a discussão dos resultados não podemos deixar de ter em conta algumas das limitações da investigação realizada, impondo prudência na sua interpretação e generalização. Consideramos que a escala de comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) apresenta valores de consistência interna baixos, para algumas dimensões, obrigando-nos a ter cuidados acrescidos aquando da interpretação dos resultados. Este facto aponta para a necessidade de reestruturação da escala, quando direccionada para operários fabris. Esta escala, tendo sido adaptada dos estudos de Ribeiro (1993) em estudantes universitários, pode não ser suficientemente adequada às especificidades e particularidades características da população operária e, conseqüentemente, ao nosso estudo. Pensamos que a escala utilizada pode ser melhorada em trabalhos futuros, através da inclusão de novos itens, tendo em conta a especificidade da amostra. Em relação a outros estudos onde foi aplicada a escala de comportamentos de saúde (e evitamento do risco), verificámos uma maior prevalência junto de populações jovens, pelo que a comparação de resultados com esses estudos implica algumas limitações.

Por outro lado, a fábrica onde realizámos o estudo, pelas suas características (ser uma fábrica certificada com controlo de qualidade), origina dificuldades na generalização dos resultados, uma vez que uma grande maioria das fábricas não proporciona aos seus operários as mesmas condições laborais aqui verificadas.

Frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) nos operários

Como podemos constatar após a análise dos dados, os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) que os operários adoptam com mais frequência enquadram-se nas dimensões: segurança no trabalho, segurança rodoviária, o sono e o repouso, prevenção da doença e vigilância na saúde. Dentro destes, é ao nível da segurança no trabalho que a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) é maior. Este facto pode ser compreendido porque a fábrica não minimiza esta temática e proporciona aos seus operários os equipamentos de segurança necessários, bem como dispõe de uma equipa de medicina do trabalho. Estes profissionais, em paralelo com a direcção da fábrica, estão atentos às condições de trabalho proporcionadas aos seus operários. A certificação de qualidade da fábrica sublinha esta preocupação.

Da análise dos resultados é possível constatar que os operários preocupam-se com *segurança rodoviária* – “baixo consumo de álcool”. Contudo, é ao nível das “outras medidas de segurança” (manter o limite de velocidade; usar cinto de segurança) que é relatada uma maior frequência de comportamentos saudáveis.

Estes operários consideram que frequentemente têm hábitos de sono e repouso suficientes. Os resultados obtidos podem ser compreendidos tendo em conta o horário laboral da fábrica (08:00 – 17:00), sem recurso a horas extra-horário.

Como referido, pelo facto da fábrica proporcionar uma vigilância de saúde periódica, verificámos que os comportamentos ao nível da prevenção da doença e vigilância de saúde são referidos com frequência. No entanto, esta vigilância de saúde não se estende aos cuidados odontológicos, este facto pode ser justificado pela não existência de um profissional de saúde da área na equipa de medicina do trabalho. Uma outra hipótese explicativa para este fenómeno é a não gratuidade dos cuidados odontológicos.

No que concerne aos comportamentos alimentares, os operários evitam a ingestão de gorduras.

Nos restantes comportamentos, podemos afirmar que a ingestão de sal é o comportamento que os operários menos evitam. Podemos compreender o facto de grande parte dos operários revelarem comportamentos alimentares saudáveis, não só pelo facto da fábrica ter uma equipa de saúde como também pela presença de uma empresa alimentar certificada que assegura uma alimentação saudável. Torna-se relevante sensibilizar quer os funcionários quer os responsáveis pela empresa alimentar para a redução do sal e açúcares, bem como para a importância de uma alimentação variada.

O consumo de álcool é referido mais frequentemente quando comparado com o consumo de tabaco, existindo um considerável número de operários que frequentemente ingere mais do que duas bebidas alcoólicas por dia. Relativamente ao consumo de tabaco, os operários referiram que frequentemente evitam fumar. Estes dados vão ao encontro do estudo de Barros e Nahas (2001) onde também foram identificados um grande número de não fumadores (85,6%) entre a população de operários industriais. No mesmo estudo, verificaram que 48,1% dos operários consumiam álcool em excesso.

De entre todos os comportamentos, a prática de exercício físico, é aquele que os operários declararam realizar com menor frequência. Uma explicação para esta situação pode ser a desmotivação para praticar exercício físico depois de oito horas de trabalho. Um outro aspecto, pode ser o facto dos operários não associarem estes comportamentos como promotores de um nível de saúde melhor.

Em síntese, os comportamentos de saúde (e evitamento do risco) dos operários apresentam resultados surpreendentes, uma vez que um grande número referiu adoptar esses comportamentos com frequência. As condições asseguradas pela fábrica parecem ser relevantes para a adopção destes comportamentos, uma vez que asseguram não só as condições de segurança no trabalho, como a promoção e manutenção da saúde e bem-estar dos seus operários. Pensamos, no entanto, que os profissionais de saúde ocupacional devem dirigir esforços no sentido de sensibilizar os operários relativamente à importância da prática de exercício físico.

Comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e locus de controlo na saúde

Confirmou-se, no que respeita à dimensão *Locus de controlo externo/interno*, uma relação estatisticamente significativa. A internalidade dos operários assumiu-se como um factor de relevo para a adopção de comportamentos de saúde (e de evitamento do risco). Registou-se uma correlação positiva entre as duas variáveis no sentido em que operários mais internos tendem a assumir comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) mais saudáveis. Vários estudos (por exemplo Wallston, *et al.*, (1978)) mostraram que indivíduos com internalidade elevada eram mais aderentes a comportamentos que promovessem o seu bem-estar físico. Segundo os mesmos autores, numa revisão em 55 artigos sobre a relação entre *locus* de controlo e saúde, conclui-se que há uma associação entre *locus* de controlo interno e a adopção de comportamentos de saúde. Ribeiro, (1994) também considera que os indivíduos com *locus* de controlo interno poderão mostrar-se mais interessados acerca de como manter a saúde, bem como, em situação de doença, os mesmos poderão procurar informação acerca desta.

Comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e auto-avaliação de saúde

Os resultados obtidos corroboraram, para os comportamentos de evitamento – consumo de tabaco e álcool, a correlação prevista entre a frequência dos comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e a auto-avaliação de saúde, indicando que os indivíduos que adoptam comportamentos mais saudáveis tendem a avaliar a sua saúde de uma forma mais elevada.

É compreensível que os operários que referiram frequentemente evitar fumar e ingerir álcool em excesso estivessem conscientes de um melhor estado de saúde. Este facto pode ser entendido porque o conhecimento dos malefícios destas duas substâncias tem uma ampla divulgação na sociedade actual. Nas campanhas de divulgação

encontra-se o consumo de tabaco como um dos factores associados a um grande número de doenças e inclusive à morte. Também no que se refere ao consumo excessivo de álcool, são conhecidas associações a problemas sociais, pessoais e económicos, bem como com a morbilidade e mortalidade.

Comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e características sócio-demográficas e sócio-laborais

A análise da relação entre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) e as variáveis sócio-demográficas revelou que os operários que têm filhos cumprem as normas e usam os equipamentos de segurança mais frequentemente do que os operários que não têm filhos. O mesmo acontece com a *segurança rodoviária*, em que os operários com filhos parecem respeitar mais frequentemente os “limites de velocidade” e também “usar o cinto de segurança”. Esta ocorrência pode ser compreendida pelo acréscimo da responsabilidade que os filhos constituem no seio da família. Pensamos ainda, que o facto dos operários terem filhos faz com que estejam mais despertos para comportamentos que podem conduzir a situações que implicam uma perda rápida da sua saúde e do seu rendimento, como são, por exemplo, os acidentes de trabalho e os acidentes rodoviários.

Os resultados por nós encontrados não vão ao encontro do que é defendido por alguns autores, por exemplo Conner e Norman (1996), que consideram como determinantes de saúde, entre outros, os factores sócio-demográficos.

Considerando as variáveis sócio-laborais em relação às quais se explorou a influência sobre os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco), verificou-se apenas a confirmação da relação dos comportamentos alimentares com o *tempo de trabalho no sector*. O “uso de cinto de segurança” e “respeitar os limites de velocidade” são os comportamentos declarados pelos operários que se relacionaram com o *tempo dispendido para chegar*

ao local de trabalho. As outras variáveis sócio-laborais não evidenciam associação significativa com os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco).

Relativamente à relação significativa entre a *segurança rodoviária* e o tempo dispendido para chegar ao local de trabalho, os trabalhadores que demoram menos do que 10 minutos a meia hora a chegar ao local de trabalho são aqueles que adoptam com maior frequência as medidas de segurança rodoviária (usar cinto de segurança e manter a velocidade dentro dos limites). Salienta-se que estes comportamentos são menos frequentes nas pessoas que demoram mais tempo a chegar ao local de trabalho, o que aumenta o risco de sofrer um acidente de viação, uma vez que passam mais tempo a conduzir. A equipa de saúde da fábrica deve procurar desenvolver intervenções no sentido de consciencializar os operários para a importância da adopção destes comportamentos de segurança rodoviária.

Conclusão

Os comportamentos de saúde (e de evitamento do risco) assumem no contexto social actual um papel relevante. Na população operária, estes comportamentos revelam-se também como factores determinantes do estado de saúde. Os operários, para além da exposição aos riscos inerentes ao trabalho, têm ainda associados comportamentos de risco, como fumar, dietas hipercalóricas e hiperlipídicas, etc..

Torna-se importante compreender os factores que influenciam a adopção destes comportamentos, dado que é clara a evidência de que o estado de saúde não é determinado apenas por factores biológicos, mas também por processos sociais, económicos, psicológicos e por normas sociais (Bennet e Murphy, 1999).

Da análise dos dados, ressaltam os seguintes resultados: os comportamentos de saúde que os operários declaram aderir com maior frequência são relativos à “segurança no trabalho”, “segurança

rodoviária”, “sono e repouso” e “prevenção da doença e vigilância da saúde”, pelo contrário é a prática de exercício físico que eles referem realizar com menor frequência; os operários com *locus* de controlo mais interno tendem a ter comportamentos de saúde mais saudáveis, salvo no que respeita ao exercício físico; só os comportamentos relacionados com o evitamento do álcool e tabaco se correlacionam significativamente com a auto-avaliação de saúde; as variáveis sócio-demográficas e laborais parecem não ter um importante papel na predição dos comportamentos de saúde (e de evitamento do risco).

É fundamental que os profissionais que trabalham directamente com os operários estejam despertos para as diferentes condicionantes dos comportamentos de saúde, pois só assim poderão desenvolver intervenções mais efectivas e com melhores resultados. Os profissionais ao terem conhecimento que a percepção do controlo tem sido apontada como uma das mais relevantes dimensões do *locus* de controlo, na medida que influencia o modo como os operários entendem os seus comportamentos, podem desenvolver intervenções que vão ao encontro desta característica dos operários. Os resultados permitem também concluir haver vantagens nas orientações internas dos operários relativamente aos comportamentos de saúde; sendo a percepção de controlo inerente ao próprio indivíduo poderá levar os operários a confiar mais nas suas aptidões. Este facto permite-lhes estarem mais atentos aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento. Assim, procurarão melhorar as condições ambientais, mostrarão maior eficácia na selecção e utilização da informação, utilizarão as experiências anteriores como fontes de informação e atribuirão maior valor às competências ou esforços de realização, sentindo-se mais interessados com as suas capacidades.

Tendo em conta a frequência dos comportamentos, a equipa de saúde do trabalho tem de desenvolver um conjunto de intervenções no sentido de alertar os operários para o interesse da prática de exercício físico e para a importância

de consultas regulares ao dentista. Torna-se assim fundamental que estes profissionais conheçam os comportamentos e o estilo de vida dos operários para poderem intervir eficazmente, tendo sempre como fim último melhorar a nível de saúde proporcionando um maior bem-estar.

No panorama actual onde a qualidade de vida dos indivíduos assume especial enfoque, a questão dos comportamentos de saúde assume particular relevo na medida em que estes podem influenciar directa e indirectamente essa mesma qualidade de vida, quer a curto, a médio ou a longo prazo. Os contributos de uma vida saudável no presente reflectir-se-ão num envelhecimento saudável no futuro. Sabe-se hoje que o consumo de tabaco, os erros alimentares, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress estão claramente identificados como sendo os principais factores implicados na origem das doenças não-transmissíveis (Direcção Geral de Saúde, 2004). A promoção da saúde deve assim ocorrer, quer em todo o ciclo de vida, quer nos diferentes contextos de vida dos indivíduos.

Este estudo aponta para a necessidade dos profissionais de saúde ocupacional, em especial para o enfermeiro do trabalho, conhecer, não só, as frequências dos comportamentos e estilos de vida dos operários para poder intervir, como também prevenir comportamentos de risco e promover comportamentos saudáveis. Este aspecto vai ao encontro da Declaração do Luxemburgo sobre a promoção de saúde no local de trabalho (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Os enfermeiros do trabalho, ao realizarem estas intervenções, devem ter em atenção o *locus* de controlo interno dos operários, uma vez que esta característica pode ser um importante preditor das estratégias a adoptar. Torna-se então relevante valorizar não só os comportamentos, como os factores que os influenciam.

Bibliografia

ALBUQUERQUE, S. (1999) – *Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Tese de mestrado.

- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. (2001) – Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção do stress entre trabalhadores da Indústria. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 35, nº 6, p. 554-563.
- BENNET, P.; MURPHY, S. (1999) – *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BRUHN, J. G. (1988) – Life Style and Health Behavior. In *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press
- BRYMAN, A.; CARMER, D. (1992) – *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- CORDEIRO, M. P. A. A. (1999) – *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.
- CONNER, M.; NORMAN, P. (1996) – *Predicting Health Behaviours: Research and Pratics with Social and Cognition Models*. Buckingham: Open University Press
- Direcção Geral de Saúde (2004) – Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida [em linha]. [consult. 12 de Junho de 2007]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005962.pdf>.
- Direcção Geral de Saúde (2007) – Declaração do Luxemburgo. [em linha]. [consult. 12 de Junho de 2007]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
- FORTIN, M. F. (1999) – *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- OGDEN, J.(2004) – *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi
- OSSLER, C. C. [et al.] (1999) – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Loures: Lusociência.
- RASTEIRO, M. (2001) – Enfermagem do trabalho...uma especialidade??? *Acontece Enfermagem*. Ano 1, nº 1, p. 30-32.
- RELVAS, J. S. (1985) – *Locus de controlo e depressão*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Tese de mestrado.
- RIBEIRO, J. L. (1993) – *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia. Tese de doutoramento.
- RIBEIRO, J. L. (1994) – Reconstrução de uma escala de Locus de Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 15, nº 4, p. 207-214.
- RUTTER, D. R.; QUINE, L. (1996) – Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, nº 11, p. 5-22
- SOROMENHO, J. (1992) – O locus de controlo na artrite reumatóide. *Análise Psicológica*. Série 10, nº 2, p. 269-275.
- WALLSTON, B. S. [et al.] (1978) – Locus of control and health: a review of literature. *Health Education Monographs*. Vol. 6, nº 2, pp. 107-117.
- WEITZEL, M. H. (1989) – A test of the Health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research*. ISSN 0029-6562, Vol. 38, Nº 2, p. 99-104.