

**CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASSOCIADAS À SAÚDE:  
A IMPORTÂNCIA DO AUTO-CONCEITO**

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque \*

Cristina Paula Ferreira de Oliveira \*\*

\* Professor-Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Viseu

\*\* Enfermeira-Especialista - Hospital de São Teotónio de Viseu.

*"Os factores psicológicos influenciam significativamente o estado de saúde das pessoas, não apenas no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença, como na geração ou recuperação de processos de doença e na morte prematura".*

*(Friedman,1991)*

Palavras Chave: Auto-Conceito; Saúde; Doença; Comportamento; Desenvolvimento.

## **1. INTRODUÇÃO**

Para compreensão do processo do desenvolvimento humano, torna-se imprescindível o recurso ao auto-conceito (Gecas,1982). Devido à sua importância, tal constructo tem sido estudado nas diversas áreas da Psicologia, das quais salientamos a Psicologia da Educação (Burns,1979; Crook,1984, Veiga, 1988, 1989), Psicologia Clínica (Vaz Serra,1986; Vaz Serra e Firmino,1986; Vaz Serra *et al.*,1986) e Psicologia Social (Gecas,1982; Neto,1986).

Segundo Burns (1986), o auto-conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser.

Para este autor, o auto-conceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Isto leva a que o auto-conceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa.

O auto-conceito tem um papel extremamente importante na medida em que tenta explicar o comportamento, ou seja, porque consegue manter uma certa consistência nesse mesmo comportamento, explicita a interpretação da experiência e fornece um certo grau de previsão (Burns,1986). Epstein (1973) afirma mesmo que "*para os fenomenologistas, o auto-conceito é o constructo central da Psicologia, proporcionando a única perspectiva através da qual o comportamento humano pode ser compreendido*" (p.404).

Assim, é nosso propósito abordar, neste artigo, o papel que o auto-conceito desempenha no comportamento do indivíduo, tendo em conta que a interação dos diferentes factores contribui, de forma salutar, para a sua formação e desenvolvimento e, conseqüentemente, para todo o desenvolvimento e comportamento pessoal e social.

Começaremos por traçar uma pequena resenha histórica sobre as origens do interesse pelo *auto-conceito* e tentaremos clarificar alguns aspectos relevantes para a sua definição, para a sua estrutura e para o seu conteúdo.

Finalmente, concluiremos esta análise destacando alguns resultados de investigações que se têm efectuado no âmbito do estudo do auto-conceito.

## **2. ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E ORIGENS DO AUTO-CONCEITO**

Para situar o auto-conceito no contexto do seu aparecimento, salientaremos alguns dos autores que primeiro se preocuparam com os aspectos relacionados com o estudo de dimensões fundamentais do Eu.

De um ponto de vista histórico, a investigação no domínio do auto-conceito foi, na maioria das vezes, levada a efeito por filósofos, teólogos ou outros profissionais não directamente ligados à Psicologia, sendo apenas por volta dos anos quarenta que aquele conceito começa a suscitar algum interesse para o estudo científico nos domínios da Psicologia e da Sociologia (Sherif,1972).

De facto, tal conceito quase desaparecera do contexto da Psicologia no período compreendido entre 1890 a 1940, período que coincide com a vigência do primeiro momento de cientificação da Psicologia (finais do séc. XIX, princípios do séc. XX) e com o advento do segundo momento da cientificação da referida disciplina, representados, respectivamente, por Wundt e Watson (Burns,1982). É neste contexto, dominado por concepções monolíticas, que a perspectiva de William James acerca do *Eu* vem ganhar pertinência (ibidem).

William James é o autor referido como tendo sido o primeiro a analisar o auto-conceito de um ponto de vista psicológico. Assim, em 1890, W. James procura demarcar-se das posições filosóficas anteriormente assumidas, na busca de uma perspetivação mais psicológica do auto-conceito, apresentando na sua obra emblemática "*The Principles of Psychology*" um modelo que poderemos considerar actual (L'Ecuyer,1978; Burns,1982). Com efeito, identifica quatro componentes - *self espiritual, material, social e corporal* - de importância decrescente para a auto-estima do indivíduo. Ao atribuir-lhes categorias descritivas e avaliativas (basta pensar na sua famosa relação, sob a forma de quociente, entre os níveis de desempenho e as expectativas do sujeito para determinação do valor pessoal), este psicólogo americano antecipa concepções futuras, que abordaremos oportunamente. Além de propor uma estrutura multidimensional e hierárquica para o conceito de si, W. James teve o mérito de realçar a sua natureza eminentemente social (quer ao nível estrutural, quer ao nível dinâmico), prefigurando, desta forma, os estudos da dimensão social do "eu", no âmbito do interaccionismo simbólico (Burns,1982).

Nesta resenha dos seus contributos mais significativos, importa referir, finalmente, a dicotomia estabelecida entre o *self*. Para este autor, o *Eu* de um indivíduo estaria dividido em "*The I*" e "*The Me*", sendo o primeiro ("*The I*"), o *Eu* enquanto conhecedor, isto é, o aspecto do *Eu* que organizaria e interpretaria, de forma subjectiva, a experiência do indivíduo (*Eu-como-Sujeito*), enquanto que o segundo, "*The Me*", representaria o *Eu* enquanto conhecido (*Eu-como-Objecto*), que seria constituído pelas características materiais (corpo, família, bens), pelas características espirituais (estados de consciência, faculdades psíquicas) e pelas características sociais (relações, papéis, personalidade), características que conferem ao sujeito a sua individualidade (Marsh e Shavelson,1985).

Um outro autor, contemporâneo de W. James, que também influenciou, de alguma forma, este ressurgir do interesse pelo auto-conceito foi James Mark Baldwin, que acentuou a perspectiva interaccionista no desenvolvimento do *Eu*, pois, para ele, "*o Eu e o Outro...nasceram juntos*" (Byrne,1986).

Entre os autores que se interessaram pelos aspectos ligados à interacção social no desenvolvimento do *Eu*, podemos referir, também, os sociólogos Cooley e G.H.Mead.

O primeiro destes sociólogos - Cooley -, que foi bastante influenciado por Baldwin, refere-se ao carácter dialéctico da vida social para sublinhar que o indivíduo e o grupo são dois aspectos de uma mesma realidade, pois as "*pessoas e os grupos só existem uns para os outros na medida em que são concebidos na mente, por isso as suas interacções apenas têm lugar na mente*" (Angell,1992, p.379).

Esta ideia de que é apenas na mente que ocorre a diferenciação entre o *Eu* e o *Outro* não é partilhada por Mead, para quem a mente surge a partir da comunicação ("*mind arising in communication*"), enquanto que para Cooley, a comunicação nasce na mente ("*communication arising within mind*") (L'Ecuyer, 1978). Ao introduzir a noção de *interacção simbólica*, para explicar de que forma o ser humano atribui significado à comunicação partilhada com outrem, Mead acentua, ainda mais, o papel da interacção na construção da identidade do sujeito (Burns,1982). Propõe, assim, a noção de "*role-taking*", que se define como a capacidade que o indivíduo vai adquirindo para se colocar, mentalmente, no papel dos outros, à medida que com eles interage (ibidem).

Assim, seria através dessa interacção que se desenrolaria todo o desenvolvimento e construção do *Eu* (que para Mead é uma estrutura social) como resultante das relações pessoais que o indivíduo mantém dentro do processo de experiência e actividade sociais.

Esta estrutura social, fruto da interacção social, é particularmente semelhante ao aspecto social da faceta "*The Me*" em W.James, o "*social me*", que sublinha a importância das reacções dos outros na percepção que o indivíduo tem de si próprio (Burns,1982).

Em suma, o auto-conceito de um indivíduo, embora seja influenciado pela comunidade na qual o sujeito vive, é, essencialmente, uma "decisão" pessoal, o que faz com que não seja previsível (Marsh e Shavelson,1985).

Feita esta breve revisão histórica, consideramos digno de realce o consenso verificado, ao longo do tempo, em torno da importância do auto-conceito para o funcionamento e bem-estar do indivíduo, da sua origem social e do seu papel central, enquanto regulador e mediador do comportamento, percepções e expectativas pessoais.

### 3. O AUTO-CONCEITO GERAL: DEFINIÇÃO DO CONSTRUCTO

Se considerarmos que a conceptualização do auto-conceito tem variado em função do quadro de referência dos autores, é fácil concluir que a investigação teórica, nesta área se caracteriza por uma grande imprecisão da terminologia e discordância das definições. Contudo, Byrne (1986) refere que apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral do auto-conceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si.

A testemunhar isto mesmo, Gecas (1982) define o auto-conceito como o "*conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral*" (p.152).

Na mesmo contexto, Vaz Serra (1986) refere que o auto-conceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. E acrescenta. É um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo inter-age com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Ainda no preâmbulo da definição do auto-conceito geral, Burns (1982) refere que uma vasta gama de designações (auto-imagem, auto-descrição, auto-estima, etc.) tem vindo a ser utilizada para referenciar a imagem que o indivíduo tem de si, contudo, na sua opinião, estes termos são designações excessivamente estáticas para uma estrutura dinâmica e avaliativa como é o auto-conceito, o qual, na sua perspectiva, engloba uma descrição individual de si próprio (enquanto auto-imagem) e uma dimensão avaliativa (auto-estima).

Admitindo estas deficiências terminológicas e a grande multiplicidade de conceitos, Shavelson e Bolus (1982) apresentam uma definição operacional na qual entendem que o auto-conceito se poderá definir como um *constructo hipotético*, cujo conteúdo seria a percepção que um indivíduo tem do seu *Eu*, percepção essa que se formaria por intermédio de interacções estabelecidas com os *outros significativos*, bem como através das *atribuições* do seu próprio comportamento.

#### 4. CONTEÚDO E ESTRUTURA DO AUTO-CONCEITO

Para além dos aspectos salientados na definição operacional proposta por Shavelson e Bolus (1982), o auto-conceito tem determinadas características que, na opinião destes mesmos autores, são fundamentais para uma definição mais precisa.

Assim, o auto-conceito possui *múltiplas facetas*, é estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente.

A *estabilidade* que se observa no topo da hierarquia, ou seja, quando o auto-conceito é encarado na sua globalidade, diminui à medida que as suas facetas se tornam mais diferenciadas, mais específicas de uma determinada situação (Shavelson e Bolus,1982).

O *aspecto avaliativo* do auto-conceito permite que o indivíduo se auto-avalie, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações (ibidem).

No que se refere ao *aspecto organizativo* do auto-conceito, e de acordo com Shavelson e Bolus (1982), os indivíduos, ao receberem informação acerca de si próprios, vão estabelecer categorias que se reflectem nas diferentes facetas, tornando o auto-conceito multifacetado ou multidimensional.

O auto-conceito possui, assim, uma *organização hierárquica* das suas diferentes facetas, isto é, as diferentes percepções que o indivíduo tem de si próprio vão sendo orientadas a partir da base da hierarquia, onde se encontram as facetas mais diferenciadas, para o seu topo, onde se encontra o auto-conceito geral.

Relativamente ao *aspecto desenvolvimentista* do auto-conceito, Marsh e Shavelson (1985) consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado, à medida que a idade avança.

Um último aspecto, referido pelos autores, é que o auto-conceito é *diferenciável*, isto é, o auto-conceito pode facilmente diferenciar-se de outras variáveis (por exemplo, estado de saúde) permitindo compará-las entre si, de forma a averiguar possíveis relações.

Na opinião de diversos autores (Byrne,1986; Markus e Wurf,1986), uma das razões dos progressos verificados, nas últimas décadas, no que concerne ao desenvolvimento da investigação científica no auto-conceito, prende-se com o aparecimento deste modelo hierárquico e multidimensional, contudo, referem que, neste novo modelo, as ligações do auto-conceito geral com as restantes facetas são bastante complexas, salientando-se a relação com os pais, à qual estão ligados, quer o auto-conceito não escolar, quer os auto-conceitos escolares.

Consideram assim existir um auto-conceito académico e um auto-conceito não académico. Numa cadeia interligada verificamos que ao auto-conceito académico se encontram ligadas áreas muito específicas como a Geografia, a Matemática, a História, entre outras. Por seu lado o auto-conceito não académico pode ainda ser dividido, tal como o faz Vaz Serra (1986), em auto-conceito físico (aptidões e aparência física), emocional (estados emocionais particulares do indivíduo) e social (é ainda subdividido em áreas específicas variando de acordo com as pessoas significativas para o indivíduo).

Em suma, sendo o auto-conceito entendido como o conjunto de percepções que o indivíduo tem de si próprio, Shavelson e Bolus (1982) referem que as percepções são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se inserem.

As percepções e avaliações de situações específicas permitem influências que se vão progressivamente organizando, daí falar-se em auto-conceito hierarquizado. Num sentido amplo, o auto-conceito geral apresenta-se como estável, diminuindo essa estabilidade à medida que vai descendo na hierarquia (Shavelson e Bolus,1982). Paralelamente ao fenómeno de socialização que vai evoluindo desde a infância até à idade adulta onde se vão aprendendo cada vez mais e variados acontecimentos, também o auto-conceito com a evolução do desenvolvimento humano se vai tornando cada vez mais multifacetado (ibidem).

O auto-conceito, como constructo multifacetado e hierárquico, é entendido como a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio (Byrne e Shavelson,1986). Estas encontram-se estruturadas em pirâmide estando na base as percepções de comportamentos específicos, no meio deduções relativas ao auto-conceito e no topo a percepção global de si próprio (ibidem).

Vaz Serra (1986) refere igualmente que um indivíduo, ao poder descrever e avaliar os seus comportamentos, leva a que consideremos também como característica do auto-conceito a sua dimensão descritiva e avaliativa.

#### **4.1. Constituintes do auto-conceito**

Segundo Vaz Serra (1988b), no constructo do auto-conceito há que salientar como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal.

Este autor refere que a *auto-estima* é um dos constituintes do auto-conceito mais importantes e com grande impacto na prática clínica. E acrescenta. Tal conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. É, portanto, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

Well e Marwell (1976) consideram na auto-estima duas subdivisões. Na primeira, a auto-estima assenta num sentido de competência, ligada à eficácia e aos processos de atribuições e comparações sociais. Na segunda, a auto-estima está mais virada para a virtude, representadora do valor pessoal, com normas e valores do comportamento pessoal e interpessoal.

As *auto-imagens* são o resultado das observações, em que o indivíduo é ele mesmo objecto da sua própria observação (Vaz Serra,1986). Ao fazer uma auto-observação, não é a percepção de determinada auto-imagem que tem interesse na condução de uma determinada estrutura, mas sim a organização e a distribuição hierárquica em relação a outras auto-imagens. Neste contexto, o indivíduo hierarquiza as várias auto-imagens acerca de si, ou seja, as que têm maior significado são aquelas a quem dá mais importância (ibidem).

Outro constituinte do auto-conceito é a *auto-eficácia*, cujas origens no conceito de "Self" de William James de 1890 foram influenciadas pela teoria da aprendizagem social de Bandura (1977). A auto-eficácia refere-se às auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando assim a consequências desejadas (Palenzuela,1982).

Mischel (1977) no seu estudo da personalidade refere-se à auto-eficácia percebida como sendo um constructo motivacional cognitivo em que o indivíduo se auto-avalia como eficaz, para enfrentar o meio ambiente.

Referindo-nos agora aos restantes três constituintes, poderemos afirmar que segundo Vaz Serra (1988b): a) qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades<sup>1</sup>. Aquela a que dedicar mais tempo e atenção é a que, numa escala classificativa, se encontra na posição hierárquica mais elevada; b) o auto-conceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade; c) o auto-conceito ideal se refere à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade.

Vaz Serra (1986, 1988b) salienta que é importante considerarmos a diferença entre o auto-conceito real e o auto-conceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Uma diferença pequena poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

## **5. DETERMINANTES DO AUTO-CONCEITO**

Segundo Gecas (1982) o desenvolvimento do auto-conceito, como constructo fundamental da personalidade, é influenciado por vários factores, tais como o aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrões culturais, escola, família e *status* social.

O auto-conceito, como constructo hipotético, é construído sobre os acontecimentos pessoais e é necessário para a descrição, explicação e predição do comportamento humano. Além disso, é importante ter conhecimento de como a pessoa se percepção a si própria (Vaz Serra, 1986a).

Este autor, citando Fitts (1972), refere que "*o conceito que o indivíduo tem de si próprio atravessa, condensa, ou captura a essência de muitas outras variáveis*", permitindo assim lidar com uma variável central e simples. Daí que quanto melhor for o auto-conceito, melhor será o desempenho do indivíduo. Por exemplo, vários estudos (Cortesão e Torres, 1984; Fontaine, 1987; Cruz, 1989) salientam que as causas do insucesso escolar são devidas não só à ausência de capacidades intelectuais, mas a outros factores entre os quais se poderá salientar um auto-conceito pobre ou mesmo negativo. De uma forma idêntica ao êxito escolar, um auto-conceito pobre e fraco, pode intervir na progressão ou êxito de uma

carreira profissional, assim como em dificultar as relações interpessoais ou mesmo intervir na prática de determinados comportamentos de saúde e de risco.

Por outro lado, o auto-conceito funciona como impulsionador da motivação. Gecas (1982), ao referir-se ao auto-conceito como fonte de motivação, indica três motivos que lhe estão ligados: o motivo de auto-estima ou auto-saliência, o motivo de auto-consistência e motivo de auto-eficácia.

O *motivo de auto-estima* é universal, na medida em que os aspectos positivos de cada indivíduo são geralmente realçados (Vaz Serra,1986). Segundo Gecas (1982), este motivo apresenta-se sob uma perspectiva de "auto-saliência", tendo como objectivo o melhoramento da auto-estima e a perspectiva de "auto-manutenção", virado para a preservação do que a pessoa possui. Estas duas perspectivas determinam as seguintes estratégias comportamentais: disputa pelo êxito e medo do fracasso. Daí que, geralmente, pessoas com auto-estima pobre se identifiquem mais com as estratégias de auto-manutenção do que de auto-saliência (ibidem).

No que se refere ao *motivo de consistência*, Markus e Wurf (1986) apresentam o auto-conceito como um conjunto de "generalizações cognitivas" que estruturam a forma como se elabora a informação para o indivíduo. "*Estes esquemas tornam-se progressivamente resistentes à informação que lhes é inconsistente. Há assim uma espécie de conservadorismo cognitivo, organizador de percepções, memórias e esquemas pessoais*" (Vaz Serra,1986a, p. 65).

O *motivo de auto-eficácia* foi estudado por Seligman e Altener (1980), Rotter (1975) e Bandura (1977). Seligman, na sua teoria do desespero aprendido, tem a percepção de ineficácia ou de fracasso pessoal, devido ao indivíduo perceber que o seu comportamento não tem força/influência nas consequências do meio em que se insere.

Rotter (1975), na sua referência ao *Locus* de controlo interno e *Locus* de controlo externo, defende que o indivíduo eficaz é aquele que percepçiona o seu comportamento como sendo influenciado por si e não por factores externos. Já Bandura (1977) indica que os indivíduos com boas expectativas de eficácia têm crenças de que são capazes de realizar com êxito o comportamento requerido e consequentemente obter resultados com sucesso.

## **6. INVESTIGAÇÕES SOBRE A ASSOCIAÇÃO DO AUTO-CONCEITO COM A SAÚDE**

O auto-conceito é uma variável clássica em psicologia mas, como acontece com toda a investigação da relação entre variáveis psicológicas e saúde/doença, só recentemente se começou a estudar a sua relação com a doença e, mais raramente, com a saúde. Dos vários estudos realizados neste âmbito vamos referir alguns dos mais significativos.

### **Auto-conceito e doenças**

Um estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um auto-conceito pobre.

O mesmo foi comprovado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (Vaz Serra *et al.*,1986) ou que apresentam uma ansiedade social elevada (Vaz Serra *et al.*,1987). Este autor refere ainda que o auto conceito se correlaciona negativamente com a fobia e somatização.

Hazzard e Angert, num estudo realizado em 1986, avaliaram os conhecimentos, atitudes e comportamentos, relacionados com a asma em dois grupos de crianças asmáticas, com idades entre os sete e os quinze anos, em que um grupo participava num programa dedicado à educação de crianças com asma e o outro não; os participantes que possuíam bons conhecimentos acerca da sua condição tendiam a ter locus de controlo interno e níveis de auto-conceito mais elevados do que os valores padrão da população normal.

Relativamente à propensão para desenvolver sintomas devido ao *stress*, Andrade (1997) refere que esta é menor quanto melhor é o auto-conceito do indivíduo. Já Anstey e Spencer (1986), numa investigação em que se media a relação entre bem-estar, principais fontes de *stress* e variáveis mediadoras de *stress*, em 94 mães de crianças deficientes, com idades entre os 24 e 63 anos, verificaram que a auto-estima era a variável principal na predição do *stress*.

### **Auto-conceito e estilo de vida**

Em 1986, Muhlenkamp e Sayles estudaram o modo como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam e o modo como esta relação influenciava o estilo de vida em 98 sujeitos entre os 18 e os 67 anos. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que o suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima.

Duffy (1988), num estudo onde pretendeu analisar o impacto da auto-estima, do locus de controlo de saúde e do estado de saúde na adopção de um estilo de vida saudável, em 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos, verificou que locus de controlo interno, auto-estima positiva, estado de saúde positivo, preocupação com a saúde e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável.

Também Pender *et al.* (1990), ao avaliarem o estilo de vida de 589 trabalhadores de uma empresa, com idades entre os 20 e 65 anos, envolvidos num de seis programas de promoção da saúde subsidiados pela empresa, verificaram que a percepção de competência pessoal, a concepção de saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção de controlo de saúde explicavam 31% da variância dos padrões de estilo de vida.

#### ***Auto-conceito e comportamento de risco para a saúde***

Burton *et al.* (1989), numa investigação que pretendia estudar as intenções de fumar em estudantes do sétimo ano de escolaridade, verificaram que, quando o auto-conceito era baixo, fumar era especialmente desejável como modo de elevar a identidade pessoal.

Num outro estudo, Leviner *et al.* (1991), com um grupo de 25 doentes (portadores de várias doenças) com idades entre os 27 e 68 anos, comparando-o com um grupo de controlo, constataram que a auto-imagem era significativamente mais baixa no grupo de doentes. Também Essex e Klein (1989), analisando um modelo que especifica ligações entre componentes subjectivos, físicos e funcionais do estado de saúde física e a depressão em 274 mulheres (idades entre 56-95 anos), em que avaliaram os efeitos do auto-conceito e do comportamento em vários pontos do modelo, concluíram que o auto-conceito estava significativamente envolvido em cada ponto de modelo.

Jamison *et al.* (1986) inspeccionaram os factores que relacionavam a cooperação no tratamento em 27 adolescentes com cancro, com idades entre os 12 e os 18 anos. Encontraram uma correlação positiva entre auto-imagem e participação e uma correlação negativa entre locus de controlo externo e cooperação. Rutledge (1987) investigou os factores que estavam associados à iniciativa de realizar a auto-avaliação periódica de caroços no peito em 93 mulheres de classe média-alta, com idades entre 25 e 85 anos. Um elevado auto-conceito foi um dos factores que se encontraram associados à iniciativa da auto-avaliação.

### **Auto-conceito e variáveis de saúde**

Numa investigação que pretendia determinar se algumas características psicológicas – auto-conceito; locus de controlo; sentido interno de coerência – se associavam à saúde – estilo de vida; estado de saúde; percepção geral de saúde – em estudantes do ensino superior, Albuquerque (1999) verificou que existem indícios de forte associação entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas estudadas, quer consideradas isoladamente quer em conjunto. Os estudantes cujas variáveis psicológicas apresentaram valores mais positivos expressaram, também, níveis de saúde mais positivos. Em termos de amostra total (n=948), constatou que as variáveis estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde foram mais influenciadas pelo sentido interno de coerência e pelo auto-conceito (social e emocional), menos pelo auto-conceito físico e ainda muito menos pelo locus de controlo de saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

Albuquerque, C.M. (1999). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga Coimbra.

Andrade, M.C. (1997). *Abordagem Psicossocial dos Comportamentos Orientados para a Saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.

Angel, R.C. (1992). Charles Cooley. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 3, 378-382.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Burns, R.B. (1979). *The Self-Concept: Theory, measurement, developmant and behavior..* London: Longman.

Burns, R.B. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman.

Burton, D., Sussman, S., Hansen., W., Jonhson, C., & Flay, B. (1989). Image attributions and smoking intentions among seventh grade students. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (8), 656-664.

Byrne, B.M. (1986). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54 (3), 427-456.

Byrne, B.M., & Shavelson, R.J. (1986). On the structure of the Croock, L. (1984). The linkage of work achievement to self esteem, career maturity, and college achievement. *Journal of Vocacional Behavior*, 25 (1), 70-79.

Cortesão, L., & Torres, M.A. (1984). *Avaliação pedagógica I - Insucesso Escolar* (3rd ed.). Porto: Porto Editora.

Cruz, J.F. (1989). Incidência, desenvolvimento e efeitos da ansiedade nos testes e exames escolares. *Revista Portuguesa de Educação*, 2 (1), 111-130.

Duffy, M.E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37 (6), 358-362.

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28 (5), 404-416.

Essex, M.J., & Klein, M.H. (1989). The importance of the self-concept and coping responses in explaining physical health status and depression among older women. *Journal of Aging and Health*, 1 (3), 327-348.

Fontaine, A.M. (1987). Expectativas de sucesso e realização escolar em função do contexto social. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 3, 27-44.

Friedman, H. (1991). *The Self-Healing Personality*. New York: Penguin Books.

Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Reviews of Sociology*, 8, 1-33.

Hazzard, A., & Angert, L. (1986). Knowledge, attitudes, and behavior in children with asthma. *Journal of Asthma*, 23 (2), 61-67.

Jamison, R. N., Lewis, S., & Burish, T.G. (1986). Cooperation with treatment in adolescent cancer patients. *Journal of Adolescent Health Care*, 7 (3), 162-167.

L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: PUF.

Leviner, E., Galili, D., Lowenthal, U., & Sarna, D. (1991). The attitude of patients at risk for infective endocarditis toward dental treatment. *International Journal of Psychosomatics*, 38 (4), 48-51.

Markus, H., & Wurf, E. (1986). The dynamic self-concept: A social Psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

Marsh, H.W., & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 422-444.

Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32 (4), 242-254.

Muhlenkamp, A., & Sayles, J. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35 (6), 334-338.

Neto, F. (1986). Escala de consciência de si próprio: adaptação portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 13-21.

Palenzuela, D.L. (1982). *Variables moduladoras del rendimiento académico: hacia un modelo de motivación cognitivo-social*. Dissertação de Doutoramento. Espanha: Universidade de Salamanca.

Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39 (6), 326-332.

Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

Rutledge, D.H. (1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36 (2), 117-121.

Seligman, M.E. & Altemor, A. (1980). Coping behavior: Learned helplessness. *Behavior Research and Therapy*, 18 (5), 462-473.

Shavelson, R.J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74 (1), 3-17.

Sherif, M. (1972). Self-concept. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 14, 150-158.

Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz Serra, A. (1988a). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

Vaz Serra, A. (1988b). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.

Vaz Serra, A. & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.

Vaz Serra, A., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986) Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-101.

Vaz Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987). Auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 143-146.

Veiga, F.H. (1988). Disciplina materna, auto-conceito e rendimento escolar. *Cadernos de consulta psicológica: família e desenvolvimento humano*, 4, 47-56.

Veiga, F.H. (1989). Escala de auto-conceito: Adaptação portuguesa do "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale". *Psicologia*, 3 (VII), 275-284.

Well, L.E., & Marwell, G. (1976). Self-esteem, its conceptualization and measurement (vol.20). *Sage Library of Social Research*.

---

#### **NOTAS:**

1 Vaz Serra (1988b) refere que as identidades se relacionam com o conteúdo do auto-conceito.