

Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte (*)

M. GRAÇA PEREIRA (**)

SOFIA SILVA (***)

INTRODUÇÃO

Sabe-se da psicologia cognitiva e dos modelos de processamento de informação que a forma de as pessoas captarem a realidade e de a processarem é através de esquemas mentais. Por outras palavras, quando as pessoas processam informação acerca de objectos ou acontecimentos, não o fazem em termos de pedaços discretos e isolados mas antes em termos de conjuntos organizados de informação, mais conhecidos por esquemas (Fiske & Taylor, 1991).

Os esquemas são assim uma espécie de quadros de referência ou grelhas mentais a que a mente humana recorre para processar a informação de uma forma que lhe seja perceptível e lhe

dê significado. Isto porque, de acordo com a teoria de processamento da informação, para que as pessoas possam retirar sentido do mundo a partir de toda a informação com que são bombardeadas diariamente, necessitam de a filtrar através desses esquemas mentais. Estes esquemas são cruciais na medida em que determinam ou influenciam grandemente a forma como as pessoas buscam, organizam e interpretam a informação (Bacon, 1988).

A partir do momento em que uma pessoa constrói uma determinada crença acerca de algo e a assume como verdadeira, tenderá a interpretar toda a realidade envolvente de forma a validar essa sua crença, mesmo que isso implique enviar a interpretação de alguma informação que recebe do meio interno, como por exemplo do seu corpo, ou do meio exterior. No que respeita à doença, estes esquemas representam a compreensão global que uma pessoa tem acerca dos seus sintomas ou duma determinada doença. As representações de doença incluem informação acerca da identidade da doença em questão, dos seus sintomas, das suas potenciais causas, da sua provável duração e evolução no tempo e, finalmente, das suas potenciais consequências

(*) Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para M. Graça Pereira, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 4710 Braga, Portugal. E-mail: gracep@iep.uminho.pt

(**) Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

(***) Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.

(Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Bishop, 1991; Leventhal & Diefenbach, 1991). Estas representações proporcionam um meio de interpretar sintomas e de lhes dar significado e, conseqüentemente, fornecem as bases para as tentativas activas do indivíduo em compreender e responder apropriadamente, em termos de comportamento, às potenciais ameaças à saúde com que se depara (Bishop, 1991; Leventhal & Diefenbach, 1991). Interpretar um conjunto de sintomas isoladamente não permite retirar conclusões acerca do seu significado, mas relacionar esses sintomas com um determinado esquema mental cognitivo (e.g., gripe) permite ao indivíduo «dar sentido» a esses sintomas e ter uma ideia acerca do que fazer em relação a eles. Desta forma, as atribuições relacionam-se com comportamentos ou estilo de vida e poderão também estar associadas à adesão terapêutica por parte do indivíduo.

De acordo com Leventhal (1980) podem, pelo menos, identificar-se três fontes que estão na base das representações de saúde/doença. Uma diz respeito às associações semânticas que as pessoas fazem com os nomes das doenças. Quando os nomes das doenças têm fortes associações semânticas, é provável que influenciem a forma como as pessoas pensam acerca da doença. A hipertensão, por exemplo, é muitas vezes associada ou considerada relacionada com tensão emocional. Outra fonte, diz respeito à própria experiência que os indivíduos vão tendo com diferentes doenças, em si ou nos outros que lhe são próximos, através das quais vão construindo representações de doenças contendo informação acerca dos sintomas envolvidos, da sua duração, evolução, etc. (Bishop, 1994). De facto, a experiência prévia das pessoas com sintomas e/ou doenças afecta a sua interpretação e respostas aos sintomas que experienciam. O conhecimento que as pessoas extraem das suas experiências desempenha um papel importante nas suas decisões acerca do que os sintomas reflectem e do grau em que requerem atenção profissional. Finalmente, os esquemas de doença são também fortemente influenciados por informações que os indivíduos recebem de outros e da sua cultura em geral (e.g., conceitos «populares» ou de senso comum da doença, informação veiculada através dos meios de comunicação social, infor-

mação recebida de outras pessoas e dos próprios profissionais de saúde).

De acordo com esta perspectiva, quando uma pessoa experiencia um sintoma, inicia um processo de busca cognitiva através do qual tenta emparelhar esse sintoma com os protótipos que possui dessa doença. Tendo em conta que, regra geral, esses protótipos incluem informação acerca das causas prováveis da doença, da sua duração, sintomas e potenciais medidas curativas, o comportamento subsequente da pessoa é, em grande parte, determinado por este processo (Bishop, 1994).

Se, por um lado, as representações estão relacionadas com o comportamento e portanto são um factor importante na questão da adesão terapêutica, a literatura revela também a importância da relação médico-doente na problemática da adesão (Brannon & Feist, 1997; Petrie & Weinman, 1997).

Neste sentido, e com o objectivo de explorar uma dimensão da relação médico-doente, o presente estudo avaliou as atitudes dos utentes face aos médicos e à medicina e a sua relação com as diferentes atribuições de sintomas.

Desta forma, o estudo que a seguir descrevemos procurou:

- 1) Analisar um conjunto específico de representações (nomeadamente uma das dimensões do modelo de Leventhal: as atribuições ou causas dos sintomas) relacionando-as com os comportamentos de saúde (estilo de vida) e com a adesão terapêutica.
- 2) Verificar se as diferentes representações de atribuição de sintomas estão relacionadas com as atitudes dos utentes face aos médicos e à medicina.
- 3) Analisar se existem diferenças entre homens e mulheres ao nível das atribuições, adesão terapêutica e atitudes faces aos médicos e medicina.

MÉTODOS

Em termos da metodologia utilizada trata-se dum estudo descritivo transversal envolvendo um grupo de sujeitos, num único momento, em relação a várias condições.

População e Amostra

A população alvo do estudo foram os utentes dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga. Participaram neste estudo 246 sujeitos seleccionados a partir do método de amostragem estratificada para o concelho de Braga. Pretende-se através deste método de amostragem, constituir grupos aleatórios de indivíduos respeitando a sua frequência, no universo populacional, em diferentes categorias. Para o efeito, neste estudo começou por se seleccionar uma amostra de 14 unidades primárias de saúde (centros de saúde ou extensões) da Sub-Região de Saúde de Braga, tendo-se depois seleccionado em cada um desses estratos, o número de utentes a inquirir de acordo com uma probabilidade proporcional à dimensão da lista de utentes inscritos (censo de Dezembro de 1996), e com uma representatividade de 2/1000 aproximadamente. Obteve-se, desta forma, o número total de participantes a inquirir aleatoriamente em cada uma das unidades de saúde do concelho de Braga. Trata-se portanto duma amostra aleatória estratificada.

A selecção dos sujeitos foi efectuada com a colaboração da própria ARS-Norte conforme anteriormente referimos. A partir daqui, a ARS estabeleceu contacto com todos os responsáveis de cada uma das unidades de saúde seleccionadas no sentido de dar conhecimento do estudo.

Só depois deste processo é que se procedeu à recolha de dados.

Em cada uma das unidades de saúde, procurou-se distribuir a administração dos questionários por diferentes períodos de funcionamento, sobretudo de manhã e de tarde, no sentido de favorecer a aleatoriedade da amostra. Os utentes preencheram os questionários enquanto se encontravam na sala de espera. A participação foi voluntária e confidencial.

A caracterização da amostra encontra-se representada nos Quadros 1 e 2.

Variáveis

Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes neste estudo, são as «atribuições causais face a sintomas somáticos comuns», i.e. a natureza das explicações que os indivíduos escolhem para explicar a ocorrência de determinados sintomas somáticos, agrupadas em três dimensões: atribuições de natureza psicológica, atribuições de natureza somática e atribuições de natureza ambiental ou normalizadora e os «comportamentos promotores de saúde» (estilo de vida) ou seja uma variável composta por diversos indicadores de saúde e que traduz o grau em que os indivíduos praticam os comportamentos de saúde.

QUADRO 1
Características socio-demográficas da amostra: Número de casos em função do sexo e idade (N=246)

Sexo	IDADE			
	N	M	DP	Amplitude
Masculino	90 (36.6%)	32.1	12.45	18-74
Feminino	156 (63.4%)	30.5	11.40	18-70
Total	246 (100%)	31.1	11.79	18-74

QUADRO 2
Características socio-demográficas da amostra: Estado civil, habilitações literárias e nível socio-económico (N=246)

Variáveis	N	%
Estado civil		
- Casado	139	56.7
- Solteiro	98	40.0
- Viúvo	4	1.6
- Divorciado	3	1.2
- Junto	1	.4
Habilitações literárias		
- Não andou na escola	2	.8
- Não completou escola primária	1	.4
- Escola primária completa	41	16.9
- Ensino preparatório	47	19.4
- Ensino secundário	75	31.0
- Ensino médio	18	7.4
- Ensino superior	58	24.0
Nível socio-económico		
- I - superior	15	6.3
- II	83	34.6
- III	117	48.8
- IV - inferior	25	10.4

Variáveis Independentes

As variáveis independentes neste estudo referem-se às «*atitudes face aos médicos e medicina*» ou seja o grau em que os indivíduos avaliam os médicos e a medicina numa forma positiva ou negativa; os «*níveis de adesão aos regimes farmacológicos prescritos*» ou seja o grau e a frequência com que os indivíduos ingerem os seus medicamentos de acordo com as prescrições médicas e, finalmente, o género dos respondentes.

INSTRUMENTOS

- Questionário de Estilo de Atribuição de Sintomas: «Symptom Interpretation Questionnaire», (Robbins & Kirmayer, 1991), adaptação de Pereira e Silva (1999). Trata-se dum questionário que permite avaliar a natureza das explicações que os indivíduos escolhem para explicar a ocorrência de de-

terminados sintomas somáticos, i.e. se o indivíduo atribui uma causa somática, psicológica ou ambiental/normalizadora ao seu sintoma.

- Questionário de Hábitos de Saúde – Adaptação de Geada (1996) do «Health Behaviors» integrado no «European Health and Behavior Survey». Trata-se dum questionário que avalia diversos indicadores de saúde como a prática de desporto, uso de bebidas alcoólicas e tabaco, a ingestão de sal e o consumo de frutas e vegetais. Traduz o grau em que os indivíduos praticam um estilo de vida saudável.
- Escala de Atitudes face aos Médicos e Medicina: «Attitudes Towards Doctors and Medicine Scale» (Marteau, 1999), adaptação de Pereira e Silva (1999) que avalia o grau em que os indivíduos avaliam as atitudes positivas e negativas face a eficácia da medicina e dos médicos.
- Escala de Adesão Terapêutica: «Reported

Adherence to Medication Scale» (Horne, Weinman & Hankins, 1997), adaptação de Pereira e Silva (1999). Trata-se duma escala composta por quatro itens que avalia o grau e a frequência com que os indivíduos ingerem os seus medicamentos de acordo com as prescrições médicas.

($t = 4.53, p \leq .000$). De referir que no questionário das práticas de saúde, quanto mais elevado for o resultado menor é a prática de comportamentos saudáveis.

RESULTADOS

A. Diferenças de Género.

Os resultados do t-teste (Quadro 3) mostraram não haver diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível das atribuições, adesão terapêutica e atitudes face aos médicos e medicina. As diferenças de género manifestaram-se contudo, na variável comportamentos de saúde. As mulheres parecem ter uma prática de comportamentos saudáveis superior à dos homens

B. Atribuição Sintomatológica

A relação entre atribuição sintomatológica e comportamentos de saúde por um lado e, entre atribuição sintomatológica e adesão terapêutica por outro, foi analisada através da coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. Assim, nem a prática dum estilo de vida saudável parece estar associada com o estilo atribucional nem este parece estar associado com a adesão em termos de toma de medicamentos. O Quadro 4 mostra os resultados.

Para analisar a relação entre as atitudes face à medicina e o estilo de atribuição de sintomas, foram criados dois grupos extremos de sujeitos em função das suas posições. Assim, em todas as es-

QUADRO 3

Resultados significativos do t-teste para amostras independentes ao nível das práticas de saúde entre homens e mulheres

	M		DP		T	P
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
Comport. Saúde	16,9	15,0	3,3	2,1	4,53	,000*

* $p \leq .001$

QUADRO 4

Resultados do coeficiente de correlação entre Estilo Atribucional e as variáveis Adesão e Comportamentos de Saúde

	Adesão	(P)	Comport. Saúde	(P)
SiQ Somático	R = .26	p = .700	R = -.99	p = .158
SiQ Ambiental	R = .70	p = .305	R = -.114	p = .103
SiQ Psicológico	R = -.040	p = .557	R = 1.21	p = .084

calas de atitudes, dividiu-se a amostra entre os sujeitos com as atitudes mais positivas (um desvio padrão acima da média) e os sujeitos com as atitudes menos positivas (um desvio padrão abaixo da média) para melhor poder avaliar o impacto das atitudes no estilo atribucional.

Os resultados só foram significativos ao nível das Atitudes Negativas face aos Médicos nos indivíduos com um estilo atribucional somático. O Quadro 5 mostra os resultados significativos da Manova. Verifica-se assim que os indivíduos que atribuem os seus sintomas a causas somáticas têm atitudes significativamente mais negativas em relação aos médicos ($F= .310, P \leq .05$). Este resultado é de certa forma interessante já que podemos especular que os indivíduos com

estilo atribucional psicológico e ambiental estão mais defendidos numa má prática médica, já que os seus sintomas não têm causa física. É interessante notar que esta relação é significativa em relação aos médicos mas não à medicina o que nos leva a especular que a relação médico-doente possa ser pertinente nesta equação.

C. Comportamentos de Saúde

Para averiguarmos se haveria diferenças entre os indivíduos ao nível da prática de comportamentos saudáveis em função dos seus níveis de adesão utilizámos um t-teste para amostras independentes. Os resultados (Quadro 6) revelaram que os indivíduos com maiores níveis de adesão

QUADRO 5
Resultados Significativos da Análise Multivariada (MANOVA) em indivíduos com Atitudes Negativas face aos Médicos na variável Estilo Atribucional

	M (DP)			F		
	SIQ Psicológico	SIQ Somático	SIQ Ambiental	SIQ Psicológico	SIQ Somático	SIQ Ambiental
Atitudes Negat. Médicos						
Atitudes mais negativas	28.6 (7.40)	27.8 (8.37)	27.4 (6.69)	.322	.310*	2.29
Atitudes menos negativas	27.7 (6.6)	27.2 (8.24)	30.3 (5.84)			

* $p \leq .05$

QUADRO 6
Resultados do t-teste para amostras independentes entre os sujeitos com maior e menor adesão ao nível dos comportamentos de saúde

	Nível de adesão	M (DP)	t
Comportamentos de Saúde	Maior adesão	15.0 (2.96)	-2.97**
	Menor adesão	16.7 (2.63)	

** $p \leq .01$

terapêutica apresentam um valor mais baixo no questionário de práticas de saúde. Como, neste questionário, quanto mais baixo o resultado, maior a prática de comportamentos de saúde, são os indivíduos com melhor adesão os que também apresentam um estilo de vida mais saudável. Uma análise da correlação bivariada de Pearson revelou ainda que os índices de adesão terapêutica estavam significativamente correlacionados com as práticas de saúde ($r = -2.20$, $P \leq .01$).

DISCUSSÃO

Os resultados observados apontam para a necessidade de programas de promoção da saúde já que os comportamentos de saúde parecem ser uma variável fundamental na adesão terapêutica. Na realidade, e como seria de esperar, a correlação existente entre comportamentos de saúde e adesão revela que são os indivíduos com um estilo mais saudável os que melhor aderem à toma de medicamentos. Neste sentido, torna-se necessário que os programas de promoção de saúde sejam dirigidos, mais em particular, aos indivíduos que têm um estilo de vida menos saudável. A necessidade destes programas parece ser mais premente nos homens já que estes manifestam menor frequência de comportamentos saudáveis quando comparados com as mulheres.

A nosso ver, esta prática de promoção de comportamentos de saúde passa por uma maior necessidade de acesso à informação por parte dos utentes. No nosso estudo, o questionário de hábitos de saúde incluía a prática de desporto, uso de bebidas alcoólicas e tabaco, ingestão de sal e consumo de frutas e vegetais. Informação sobre estes aspectos poderia estar mais disponível ao utente nos centros de saúde. Parece-nos também importante a necessidade de sensibilizar, além dos utentes, os profissionais de saúde de forma a que a promoção da saúde possa fazer cada vez mais parte da relação terapêutica estabelecida entre o médico-utente.

Os resultados deste estudo apontam também para a importância das representações da doença, nas atitudes dos utentes face aos médicos. São sobretudo os utentes com atribuições causais somáticas, os que mais atitudes negativas apresentam em relação aos médicos. Assim, torna-se importante que os profissionais de saúde sejam

sensibilizados para a necessidade de elicitar os modelos explicativos construídos por cada paciente em relação aos seus sintomas. Particularmente, quando o indivíduo apresenta um estilo atribucional somático, tem tendência a apresentar sintomas de natureza orgânica e a requerer intervenções ou tratamentos consistentes com estas atribuições. Se o profissional de saúde fornecer recomendações incongruentes com estas representações, a não adesão, o rompimento da relação, o desenvolvimento de atitudes negativas face ao médico ou a procura de novas formas alternativas de cuidados pode ser o resultado (Helman, 1985; Kirmmayer, Young & Robbins, 1994). Uma vez elicitadas as atribuições dos pacientes, elas podem, assim, ser usadas para envolver os pacientes na sua própria tomada de decisão. O médico e o paciente podem «negociar» um plano de acção apropriado a ambas as partes. Esta negociação é uma parte crucial da relação terapêutica e pode não ocorrer sem a contribuição do paciente (King, 1984).

Gostaríamos também de referir os resultados deste estudo sobre a relação entre atribuição de sintomas e a adesão à toma de medicamentos. Na realidade, seria de esperar que os indivíduos com atribuições somáticas aderissem mais do que os indivíduos com atribuições causais psicológicas ou normalizadoras. Isto não se verificou e, a nosso ver, pode ser devido ao facto de a adesão, no presente estudo, incluir apenas aspectos referentes à toma de medicamentos e portanto não ser suficientemente abrangente para poder realçar a diferente natureza das diferentes atribuições. Assim, em estudos posteriores, seria interessante utilizar outras medidas de adesão para novamente testarmos esta hipótese.

Não gostaríamos de terminar sem devidamente enfatizarmos a importância das variáveis cognitivas, neste caso o estilo atribucional, no relacionamento profissional entre médico e doente. Pensamos que desta forma se possa contribuir para o aumento directo da eficácia dos serviços prestados e duma forma indirecta influenciar a satisfação dos utentes e a dos próprios profissionais de saúde.

Finalmente, gostaríamos de ressaltar algumas das limitações mais importantes apresentadas neste estudo. O primeiro aspecto refere-se ao facto de não podermos compreender qual a origem das representações nem a forma como os in-

divíduos as desenvolveram ao longo do tempo. Isso exigiria, a nosso ver, um estudo de natureza qualitativa que complementaria a investigação quantitativa. De referir também que os resultados só podem ser aplicados a utentes dos Centros de Saúde da Zona Norte do País uma vez que a amostra foi recolhida em Braga. Assim, seria também interessante alargar este estudo a outros contextos de saúde como os hospitais e verificar se as mesmas relações se verificam.

O presente estudo limita-se a avaliar as variáveis cognitivas na perspectiva do utente. Seria também importante considerar a perspectiva do médico e avaliar aspectos mais concretos da relação terapêutica com o estilo atribucional do médico e a prescrição de fármacos por exemplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacon, J. (1988). *Biases and beliefs. Thinking and deciding*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness* (pp. 32-39). New York: Springer-Verlag.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Adhering to medical advice. Health psychology: An introduction to behavior and health*. USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Fiske, S., & Taylor, S. (1991). *Social cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Geada, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica, 14* (2-3), 191-201.
- Helman, C. G. (1985). Communication in primary care: The role of patient and practitioner in explanatory models. *Social Science and Medicine, 20* (9), 923-931.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1997). The beliefs about medicines questionnaire. *Psychology and Health, 14*, 1-24.
- King, J. B. (1984). Illness attributions and the health belief model. *Health Education Quarterly, 10* (3/4), 278-312.
- Kirmayer, J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 584-595.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In Abbaum, S. E. Taylor, & J. G. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. Vol IV, Social psychological aspects of health*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp. 7-30). Oxford: Pergamon Press.
- Marteau, T. M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine. The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health, 4*, 351-356.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999a). O questionário de interpretação de sintomas: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 6*, 229-237.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999b). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 6*, 347-351.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999c). Escala de atitudes face aos médicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 6*, 496-503.
- Petrie, K., & Weinman, J. (1997). *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21*, 1029-1045.

RESUMO

Este artigo descreve um estudo, na área da psicologia da saúde, sobre a relação entre o estilo atribucional de sintomas, a prática de comportamentos saudáveis e a adesão terapêutica (avaliada em termos de toma de medicamentos). A amostra é composta por utentes de três Centros de Saúde num total de 246 sujeitos selecionados a partir do método de amostragem estratificada para o concelho de Braga.

A avaliação psicométrica incluiu o questionário de Estilo de Atribuição de Sintomas, o questionário de Hábitos de Saúde, a escala de Atitudes face aos Médicos e Medicina e escala de Adesão Terapêutica. Os resultados apontam na direção duma relação positiva entre prática de comportamentos saudáveis e adesão terapêutica, entre o estilo atribucional somático e atitudes negativas face aos médicos. Registaram-se também diferenças ao nível do género na prática de comportamentos saudáveis.

Os resultados obtidos enfatizam a necessidade de programas de promoção de saúde sobretudo nos homens e a necessidade de inclusão de variáveis cognitivas, neste caso o estilo atribucional, na prática médica.

Palavras-chave: Medicina familiar, variáveis cognitivas, comportamento saudável.

ABSTRACT

This article describes a study, in health psychology, on the relationship between attribution style, practice of healthy behaviors and adherence (measured in terms of medications prescribed and taken). The sample is made of 246 patients from several health centers, selected using a stratified sampling method.

The instruments used were: Symptom Interpretation Questionnaire, an Health Style Questionnaire and the Reported Adherence to Medication Scale. Results showed

a positive relationship between the practice of healthy behaviors and adherence, and between the somatic attribution style and negative attitudes towards doctors. There were also differences in terms of gender regarding the practice of healthy behaviors.

Results showed the importance of developing health promotion programs, especially towards men, and also the need to include cognitive variables, specifically attribution style, in medical practice.

Key words: Family medicine, cognitive factors, healthy behavior.