

ÂNGELA MARIA CORDEIRO CARDOSO

**ESTUDO PSICOMÉTRICO DA VERSÃO
PORTUGUESA DA *MULTIDIMENSIONAL HEALTH
LOCUS OF CONTROL SCALE* (MHLC) EM JOVENS
ADULTOS SAUDÁVEIS E COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Bárbara Nazaré

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2017

ÂNGELA MARIA CORDEIRO CARDOSO

**ESTUDO PSICOMÉTRICO DA VERSÃO
PORTUGUESA DA *MULTIDIMENSIONAL HEALTH
LOCUS OF CONTROL SCALE* (MHLC) EM JOVENS
ADULTOS SAUDÁVEIS E COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas publicas para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 25 de Julho de 2017, perante o Júri nomeado pelo Despacho Reitoral nº 197/2017, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Ana Prioste

Arguente: Prof. Doutor Pedro Rosa

Orientadora: Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2017

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo a tradução, validação e adaptação da *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLC – Forma A), numa amostra de 235 jovens adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, dos quais 155 eram saudáveis ($M = 21,86$ anos; $DP = 1,90$) e 80 tinham condições crónicas de saúde ($M = 22,30$ anos; $DP = 2,18$). Além da MHLC – Forma A, foram usados um questionário sociodemográfico, a *Stress Appraisal Measure* e o *Brief-COPE*. Os resultados evidenciaram que a versão portuguesa da MHLC – Forma A possui boas propriedades psicométricas, nomeadamente a nível da sua validade de construto, validade convergente e discriminante, assim como da sua fiabilidade. São apresentadas sugestões para investigações futuras que integrem o *locus* de controlo a nível da saúde e a qualidade de vida dos jovens portugueses.

Palavras-chave: condições crónicas de saúde, jovens adultos, *locus* de controlo, *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, psicometria.

Abstract

The main goal of this study was the translation, adaptation and validation of the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC – Form A) in a sample of 235 Portuguese young adults, with ages ranging from 18 to 25 years. Of those, 155 were healthy ($M = 21.86$ years; $SD = 1.90$) while the remaining 80 had chronic health conditions ($M = 22.30$ years; $SD = 2.18$). In addition to the MHLC – Form A, a sociodemographic questionnaire, the Stress Appraisal Measure, and the Brief-COPE were also used. Our results showed that the Portuguese version of the MHLC – Form A has good psychometric properties, namely construct, convergent, and discriminant validities, as well as reliability. We also present suggestions for further investigation focusing on locus of control to evaluate the health and quality of life of Portuguese young adults.

Key words: chronic health conditions, young adults, locus of control, Multidimensional Health Locus of Control Scale, psychometrics.

Abreviaturas

APA	American Psychological Association
CEDIC	Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica
CHLC	Child Health Locus of Control
CNS-IE	Escala Locus de Controlo Interno-Externo
EPCV	Escola de Psicologia e Ciências da Vida
HLC	Health Locus of Control
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control
IAR	Questionário de Responsabilidade pela Realização Intelectual de Crandall
SAM	Stress Appraisal Measure
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULHT	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association

Índice

Introdução	8
Locus de Controlo e Saúde	8
Locus de Controlo e Transição para a Idade Adulta.....	10
Locus de Controlo, Avaliação Cognitiva Secundária e Tendências de Coping	12
Avaliação do Locus de Controlo	13
Objetivos e Hipóteses	14
 Método	 15
Participantes.....	15
Instrumentos.....	16
Análise estatística	19
Procedimentos.....	19
 Resultados	 20
Fiabilidade	20
Validade de construto	21
Validade convergente	21
Validade discriminante	22
 Discussão	 23
 Referências	 26
 Anexos.....	 30

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes.....	15
Tabela 2. Consistência interna e correlações entre as subescalas da MHLC por grupos.....	20
Tabela 3. Correlações entre as subescalas da MHLC e a avaliação cognitiva do <i>stress</i>	21
Tabela 4. Correlações entre as subescalas da MHLC e as estratégias de <i>coping</i>	22
Tabela 5. Comparação de médias das subescalas da MHLC segundo a condição de saúde....	23

Introdução

No estudo dos processos de desenvolvimento e adaptação psicossocial dos indivíduos, é fundamental conhecer a forma como estes se comportam perante a doença, bem como o grau de resolução, o controlo sobre acontecimentos da sua vida, nomeadamente, as repercussões negativas ou mobilização de recursos adaptativos face às particularidades do seu estado de saúde (Wallston, 1982). O *locus* de controlo reflete traços de personalidade e diferenças individuais relativas à perceção da ocorrência de um determinado acontecimento e ao comportamento adotado pelos indivíduos. O conceito de *locus* de controlo deriva da Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (1977), que preconiza que os fatores pessoais e situacionais influenciam o comportamento dos indivíduos. Em 1966, Rotter aplicou o construto de *locus* de controlo à saúde, centrando-se nas questões relativas às crenças que os indivíduos têm no controlo da sua saúde. De um modo geral, ambos os construtos – *locus* de controlo genérico e *locus* de controlo da saúde – enfatizam a importância da aprendizagem adquirida ao longo do desenvolvimento, tendo esta um impacto significativo na construção da personalidade e aquisição de comportamentos adaptativos (Bandura, 1977; Jacelon, 2007; Mardiyono, Songwathana, & Petpichetchian, 2011).

Apesar da relevância do *locus* de controlo na saúde, considerado um determinante intrapessoal em muitos modelos teóricos da adaptação psicossocial face à doença (Lazarus & Folkman, 1987; Scheier, & Carver, 1985), são poucos os estudos empíricos que incluem este construto, principalmente na população de jovens adultos. Adicionalmente, em Portugal, é evidente a escassez de instrumentos validados para avaliar o *locus* de controlo. Face a esta escassez e à importância deste construto como determinante da saúde e da adaptação psicossocial dos adolescentes e jovens adultos (Almeida & Pereira, 2006), a tradução e validação do instrumento *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLC) para Portugal poderá contribuir para o desenvolvimento de investigações futuras sobre o *locus* de controlo e suas associações com a saúde e qualidade de vida dos jovens portugueses.

Locus de Controlo e Saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde define-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization [WHO], 1948, p. 16). Esta definição, ao contrário do modelo médico tradicional, inclui aspetos referentes ao bem-estar físico e à funcionalidade,

ao bem-estar mental e social e à interdependência entre estes níveis (Seidl & Zannon, 2004). Os progressos da medicina têm contribuído para alterações significativas no padrão da saúde das populações, verificando-se que doenças anteriormente consideradas terminais são hoje encaradas como condições crónicas de saúde, com elevadas taxas de sobrevivência (Newacheck & Taylor, 1992). Segundo a Organização Mundial de Saúde, as condições crónicas de saúde prolongam-se por períodos de tempo extensos e progridem de forma lenta (WHO, 2002). Estas condições têm implicações físicas e psicológicas que acompanham os indivíduos no seu desenvolvimento, comprometendo o seu bem-estar (Trindade & Teixeira, 1998). Num estudo realizado em Portugal, pela Direção Geral da Saúde (2015), sobre os fatores que influenciam a saúde dos indivíduos nas várias fases do ciclo de vida, foram referidos tanto fatores biomédicos (e.g., peso à nascença, peso corporal, pressão arterial, perfil lipídico, glicemia e estado imunitário) como fatores comportamentais (e.g., consumo de álcool, tabagismo, atividade física, hábitos alimentares, consumo de drogas, atividade sexual e vacinação). Assim, pode concluir-se que os comportamentos e estilos de vida têm um forte impacto na saúde dos indivíduos, podendo conduzir a uma maior probabilidade de desenvolver uma condição crónica de saúde (Direção Geral da Saúde, 2015).

O conceito de *locus* de controlo em questões relacionadas com a saúde/doença refere-se a todos os mecanismos e reforços que os indivíduos empregam para terem maior controlo sobre a saúde, podendo este controlo provir das suas próprias intenções ou de agentes externos (Wallston, 1982), ou seja, centra-se no comportamentalismo e cognitivismo dos indivíduos (Marreiros, 2009), sendo que as variáveis sociocognitivas da personalidade vão também influenciar as crenças, controlo e reforços dos indivíduos (Rotter, 1966). A existência de um *locus* de controlo interno ou externo, de acordo com Nowicki e Strickland (1973), definir-se-ia precocemente, ainda na infância, mantendo-se estável ou podendo desenvolver-se gradualmente o controlo interno durante a adolescência.

Wallston, Wallston e DeVellis (1978) identificaram três dimensões do *locus* de controlo, nomeadamente: *locus* de controlo interno (i.e., crença dos sujeitos em como é o seu próprio comportamento que determina a sua saúde); *locus* de controlo externo – acaso (i.e., grau em que o indivíduo acredita que o seu comportamento é influenciado pela sorte, destino ou acaso); e, por último, *locus* de controlo externo – outros poderosos (i.e., crença de que a saúde é determinada pela ação de agentes importantes na vida dos indivíduos, como a família, amigos e profissionais de saúde; Bennett, 2002). Os indivíduos com *locus* de controlo interno acreditam que é o seu próprio comportamento que irá lograr um determinado reforço

pretendido, e que este não resulta da relação involuntária entre o comportamento e a consequência (Marreiros, 2009). Estes indivíduos tendem a ser dotados de características socioafetivas e cognitivas caracterizadas por maior tolerância, sociabilidade, assertividade, eficácia e independência nas questões relacionadas com a saúde (Anderson, 1977). Os indivíduos que percecionam maior controlo interno da sua saúde apresentam maior autonomia na procura de informação, ponderam sobre as decisões mais adequadas e adotam comportamentos mais adequados, tornando-se mais resolutivos nas ações relativamente à saúde (Almeida & Pereira, 2006; Barron & Harrington, 1981). Estudos empíricos mostram que, quanto mais o indivíduo perceciona a sua saúde/doença como controlável por si, melhor se adapta às exigências desta, manifestando maior bem-estar físico e psicológico (Beckjord, Glinder, Langrock, & Compas, 2009; Pacheco & Santos, 2013). Os indivíduos com um *locus* de controlo externo acreditam que os fatores externos, não controláveis, os influenciam de forma mais direta e imprevisível (Wallston, 1982). Estes indivíduos têm maior tendência para culpabilizar-se por não serem suficientemente autónomos e em manifestar sentimentos de frustração, desconfiança por si e pelos outros e para recorrer a estratégias de *coping* preferencialmente focadas na emoção (Marreiros, 2009).

Locus de Controlo e Transição para a Idade Adulta

Na transição para a idade adulta, os indivíduos são confrontados com diversas modificações físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Abraham, Silber, & Lyon, 1999). Nesta fase desenvolvimental, geralmente, os adolescentes adquirem maior autonomia e poder pessoal, o que lhes permite desenvolver maior controlo nas questões de saúde (Almeida & Pereira, 2006), possibilitando maior adaptabilidade e ajustamento psicossocial face às exigências decorrentes de situações adversas (Almeida & Pereira, 2006; Jacelon, 2007; Mardiyono et al., 2011). De um modo geral, na infância e adolescência, fases caracterizadas por diversas transformações (e.g., biológicas, cognitivas e sociais), os acontecimentos *stressantes* aumentam, podendo tornar-se fatores de perturbações a nível da adaptação, levando a esforços de controlo nos indivíduos ou cedendo à determinação dos fatores externos (Almeida & Pereira, 2006).

A simultaneidade entre as mudanças, voluntárias ou involuntárias, as transições normativas e os desafios adicionais decorrentes do diagnóstico e tratamento de uma condição crónica de saúde podem potenciar o surgimento de *stress* e apresentar-se como um fator de risco acrescido para o processo de adaptação psicossocial do jovem adulto (Seiffge-Krenke,

1995; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Deste modo, não só uma condição crónica de saúde pode afetar o desenvolvimento normativo (e.g., limitação nas atividades sociais), traduzindo-se muitas vezes num fator de vulnerabilidade acrescida que pode comprometer a prossecução das tarefas desenvolvimentais normativas da adolescência e da transição para a idade adulta (e.g., adoção de novos papéis emocionais e sociais, independência da família; Kyngäs, Kroll, & Duffy, 2000), como o inverso também é verdadeiro, isto é, as alterações fisiológicas e adaptações psicossociais podem ter uma influência sobre a doença (e.g., baixa adesão aos tratamentos; Suris, Michaud, & Viner, 2004). Esta fase da vida pode ter um efeito visível na forma como a doença é vivida pelo adolescente, sobretudo como o mesmo reage perante um determinado estímulo/situação, podendo apresentar um grau variável de conformidade, que corresponde ao grau em que o indivíduo altera o seu comportamento (e.g., adesão a dietas, toma regular da medicação prescrita ou outras mudanças de estilo de vida), no sentido de corresponder às indicações clínicas que lhe foram transmitidas, embora, mais recentemente, o destaque tenha igualmente vindo a ser colocado na atitude ativa, intencional e responsável que acompanha a mudança de comportamento (Kyngäs et al., 2000). Face à perceção e avaliação do agente *stressor*, as crianças/adolescentes podem processar, em simultâneo, acontecimentos experienciados anteriormente, considerando-os ameaçadores, podendo de igual modo comprometer o processo de adaptação e a autonomia na gestão dos cuidados de saúde (Dell'Aglio, 2003; Eisenstein, 2005; Katz, Kellerman, & Siegel, 1980). Posteriormente, o modo de lidar com um agente *stressor* advém das crenças pessoais de autoperceção e autoeficácia, atribuição da causalidade, mecanismos inibitórios e autocontrolo, sendo igualmente importante a relação com as pessoas que lhe são mais próximas, por exemplo, familiares ou amigos (Compas, 1987). Deste modo, a avaliação cognitiva e os aspetos comportamentais perante um agente *stressor* requerem, por parte das crianças/adolescentes, uma introspeção e o cálculo da probabilidade de nova ocorrência e o modo como lidam com a mesma (Dell'Aglio, 2003; Lopez & Little, 1996).

Os adolescentes e jovens adultos com condições crónicas de saúde são confrontados com a necessidade de cuidados permanentes, como a supervisão, observação e cuidados, tanto pelos profissionais de saúde e cuidadores/familiares, como pelos próprios (Abraham et al., 1999), pelo que o processo normativo de desenvolvimento pode ser comprometido (Bizarro, 2001). Assim, torna-se fundamental avaliar o estágio de desenvolvimento dos indivíduos e as tarefas desenvolvimentais inerentes ao desenvolvimento normativo, o comportamento adaptativo e a estrutura familiar (Abraham et al., 1999). De acordo com alguns estudos

empíricos, verifica-se que jovens com condições crónicas de saúde apresentam valores significativamente mais baixos a nível do controlo interno na sua saúde, relativamente aos jovens saudáveis, enquanto aqueles que não experienciam condições crónicas de saúde apresentam uma maior autoeficácia e percebem maior controlo sobre a sua saúde (Bonetti et al., 2007). São também mais frequentes nos doentes crónicos sentimentos de frustração, tristeza, ansiedade e medo, o que os pode levar a procurar uma causa evidente e a respetiva cura, em vez de se adaptarem às exigências da doença (Lopez & Little, 1996).

Locus de Controlo, Avaliação Cognitiva Secundária e Tendências de Coping

A adaptação a um evento de vida implica uma complexa interação entre vários fatores, nomeadamente a natureza do evento, a avaliação cognitiva do indivíduo, os recursos tanto pessoais como sociais para confrontar o evento considerado *stressante* e as estratégias de *coping* utilizadas (Dell’Aglia, 2003; Lazarus & Folkman, 1987). Na presença desses eventos, observa-se a influência de diferentes variáveis como as crenças, os valores e compromisso dos indivíduos, e o seu temperamento (Dell’Aglia, 2003). O construto de *locus* de controlo remete para a perceção dos indivíduos quanto à origem e controlo dos acontecimentos que experienciam (Rotter, 1966). Considerado no contexto de saúde, tem a ver com a crença dos indivíduos sobre que agente determina o seu estado de saúde (Wallston, 1982) e as expectativas do próprio indivíduo sobre os resultados de saúde (Christensen, Wiebe, Benotsch, & Lawton, 1996). A avaliação cognitiva secundária (ou do controlo situacional) determina as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos numa situação de *stress*.

Segundo Lazarus e Folkman, com base no Modelo Cognitivo de *Stress* e *Coping* – um dos mais utilizados nos estudos de adaptação psicossocial –, o modo como os indivíduos lidam com os eventos considerados *stressantes* depende da avaliação cognitiva resultante das características objetivas do evento e da perspetiva subjetiva dos indivíduos (Lazarus & Folkman, 1987). Existem dois tipos de *coping*: *coping* focado no problema, onde os indivíduos tendem a ter mais controlo relativamente à procura de informação, necessidade de falar com os médicos e pedir opinião de familiares e amigos, e *coping* focado nas emoções, em que os indivíduos têm dificuldades em encontrar alternativas cognitivas no que concerne à redução do impacto do evento, tendo a necessidade de adequar mais mecanismos de defesa e de procura de suporte social (Botega, 2002).

Existem formas mais habituais de os indivíduos lidarem com o *stress*, o que pode vir a influenciar o modo como reagem em situações novas, constituindo estes hábitos os chamados

estilos de *coping* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), embora a avaliação cognitiva do acontecimento indutor de *stress* seja suscetível de ser influenciada pelo *locus* de controlo (Lazarus & Folkman, 1987). Estudos sobre esta temática com crianças e adolescentes revelam que as competências para o *coping* focado na emoção aparecem mais precocemente do que o *coping* focado no problema (Compas, Banez, Malcarne, & Worsham, 1991). No processo de *coping* em crianças e adolescentes, é fundamental compreender as crenças sobre a autoperceção e autoeficácia, mecanismos inibitórios e de autocontrolo, a atribuição de causalidade e o relacionamento com os outros. As próprias características dos indivíduos, bem como o seu contexto social, permitem analisar a dependência das crianças/adolescentes em relação aos adultos e o modo como lidam com situações adversas (Compas, 1987).

Avaliação do Locus de Controlo

Existem vários instrumentos para avaliar o *locus* de controlo destinados a crianças e adolescentes, como a Escala *Locus* de Controlo Interno-Externo de Nowicki-Strickland (CNS-IE; 1973) e o Questionário de Responsabilidade pela Realização Intelectual de Crandall (IAR; Crandall, Katkovsky & Crandall, 1965). Ambos avaliam as crenças sobre *locus* de controlo em dimensões específicas: a CNS-IE inclui, entre outros, a aprendizagem escolar, interação social, ambiente de trabalho e saúde, e o questionário IAR foca-se em situações de realização escolar. O questionário de *locus* de controlo dirigido a crianças e adolescentes, *Child Health Locus of Control* (CHLC), desenvolvido por Parcel e Meyer (1978), inclui também as crenças de controlo específicas para a saúde, que influenciam igualmente os comportamentos das crianças e adolescentes. Wallston (1982), que pretendeu avaliar as expectativas dos indivíduos no controlo do domínio da saúde, desenvolveu a escala *Health Locus of Control* (HLC), utilizada para a avaliação do *locus* de controlo, ao longo das dimensões Internalização e Externalização, referentes à saúde (Almeida & Pereira, 2006). A partir dos anos 70, Wallston constatou que o *locus* de controlo possuía mais que a dimensão Internalização/Externalização, de modo que propôs que a dimensão “Externalização” fosse constituída por outras duas componentes: “Acaso” e “Outros-Poderosos”, e assim surgiu a MHLC (Almeida & Pereira, 2006).

Deste modo, a MHLC (Wallston et al., 1978), uma das mais relevantes a nível internacional, avalia toda a dimensão do construto, no domínio da relação entre as crenças relativas ao controlo pessoal e bem-estar na saúde ou doença, entre muitos construtos cognitivos que têm influência no comportamento dos indivíduos no domínio da saúde. A

MHLC é um instrumento multidimensional que integra três fatores, o *Locus* de Controlo Interno, o *Locus* de Controlo Externo – Acaso e *Locus* de Controlo Externo – Outros Poderosos, os quais são relativamente independentes entre si (Wallston, 1982; Wallston et al., 1978). A escala está disponível em 3 formas (A, B e C), sendo a Forma A aplicável a indivíduos saudáveis e a Forma B a indivíduos com doenças crónicas, estando ambas orientadas para avaliação do *locus* de controlo “geral”, relativamente às crenças que os indivíduos têm sobre o controlo da sua saúde, enquanto a Forma C se centra exclusivamente em condições médicas específicas (Wallston, Stein, & Smith, 1994).

O instrumento MHLC foi adaptado para a população de outros países, nomeadamente, para a língua espanhola (Colômbia) e portuguesa (Brasil), tendo-se verificado, em todos os casos, a manutenção da estrutura original de três fatores – Interno, Externo – Acaso e Externo – Outros Poderosos, com valores do alfa de Cronbach que variaram entre ,53 (Interno) e ,72 (Acaso) num estudo com mulheres colombianas (Rodríguez-Rosero, Ferriani, & Coleta, 2002), enquanto no Brasil (Coleta, 1999) esses valores variaram entre ,62 e ,67 (Interno), entre ,51 e ,78 (Acaso) e entre ,62 e ,71 (Outros Poderosos).

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo pretende contribuir para a validação psicométrica da MHLC – Forma A (Wallston et al., 1978) para a população portuguesa de jovens adultos saudáveis e com condições crónicas de saúde. São objetivos específicos deste estudo: (1) analisar a fiabilidade, através da consistência interna das três dimensões do instrumento; (2) analisar a validade de construto, através das correlações entre as três dimensões do instrumento; (3) analisar a validade convergente da MHLC, correlacionando as suas dimensões com a avaliação cognitiva do acontecimento indutor de *stress* e as tendências de *coping*; e (4) analisar a validade discriminante, através da comparação do *locus* de controlo de jovens adultos saudáveis e jovens adultos com condições crónicas de saúde.

A partir dos objectivos traçados, e com base na revisão da literatura, elaboraram-se as seguintes hipóteses de estudo: (H1) esperam-se correlações positivas entre as três dimensões do *locus* de controlo; (H2) esperam-se correlações positivas entre a dimensão do *locus* de controlo interno e a avaliação cognitiva da doença como Controlável pelo Próprio, e entre as dimensões do *locus* de controlo externo e a avaliação cognitiva da doença como Não Controlável; (H3) esperam-se correlações positivas entre as dimensões do *locus* de controlo interno e estratégias de *coping* adaptativas e entre as dimensões do *locus* de controlo externo e

estratégias de *coping* desadaptativas; (H4) espera-se que os jovens adultos saudáveis apresentem valores significativamente superiores no *locus* de controlo interno, relativamente aos jovens com condições crónicas de saúde.

Método

Participantes

Participaram no estudo 235 indivíduos, sendo os critérios de inclusão: (1) idade compreendida entre os 18 e os 25 anos e (2) nacionalidade portuguesa. Os critérios de exclusão incluíram (1) incapacidade de preencher o questionário, (2) não ter o diagnóstico de perturbação psicológica e não estar a fazer tratamentos para perturbação psicológica/psiquiátrica; e (3) *missing values* numa percentagem superior a 20,0%. A amostra de conveniência contou com 155 (66,0%) participantes saudáveis e 80 (34,0%) com uma condição crónica de saúde, dos quais 70 (29,8%) eram do sexo masculino e 165 (70,2%) do sexo feminino. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

	Indivíduos com condições crónicas de saúde (<i>n</i> = 80)	Indivíduos saudáveis (<i>n</i> = 155)		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Sexo			0,81	,463
Masculino	23 (28,80%)	47 (30,30%)		
Feminino	57 (71,30%)	108 (69,70%)		
Situação profissional			0,66	,027
Estudante	37 (46,80%)	94 (60,60%)		
Estudante-trabalhador	19 (24,10%)	30 (19,40%)		
Trabalhador a tempo inteiro	9 (11,40%)	22 (14,20%)		
Trabalhador a tempo parcial	6 (7,60%)	2 (1,30%)		
Desempregado	8 (10,10%)	6 (3,90%)		
Outro		1 (0,60%)		
Com quem vive a maior parte do tempo			10,87	,054
Sozinho	3 (3,80%)	11 (7,10%)		
Pais e irmãos	51 (63,80%)	106 (68,40%)		
Outros familiares (ex., avós, tios, etc.)	1 (1,30%)	10 (6,50%)		
Cônjuge/companheiro(a) e/ou filhos	10 (12,50%)	8 (5,20%)		

	Indivíduos com condições crónicas de saúde (<i>n</i> = 80)	Indivíduos saudáveis (<i>n</i> = 155)		
Colegas/amigos	15 (18,80%)	18 (11,60%)		
Instituição/Residência	–	2 (1,30%)		
Rendimento familiar/mês			3,74	,442
Menos de 583 €	12 (15,00%)	16 (10,40%)		
Entre 583 e 1666 €	44 (55,00%)	81 (52,60%)		
Entre 1667 e 3333 €	23 (28,80%)	48 (31,20%)		
Entre 3334 e 6666 €	1 (1,30%)	8 (5,20%)		
Mais de 6667€	–	1 (0,60%)		
Tempo desde o diagnóstico de condição crónica de saúde				
Menos de 6 meses	9 (11,30%)	-		
Entre 6 meses e 1 ano	4 (5,00%)	-		
Entre 1 e 2 anos	10 (12,50%)	-		
Mais de 2 anos	57 (71,30%)	-		
Tratamento atual para a condição crónica de saúde				
Sim	17 (21,30%)	-		
Não	63 (78,80%)	-		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	22,30 (2,18)	21,86 (1,90)	1,61	,110
Anos de escolaridade	13,74 (2,41)	13,67 (1,95)	0,24	,814

Os dois grupos apresentaram diferenças a nível da situação profissional, sendo a distribuição por sexos homogénea. A maioria dos participantes vivia com pais ou familiares, não se observando diferenças significativas na idade ou os anos de escolaridade entre os participantes saudáveis e com condição crónica. Relativamente aos participantes com condição crónica, esta tinha sido maioritariamente diagnosticada há mais de dois anos e era sujeita a tratamento.

Instrumentos

O estudo teve como suporte um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e mais três instrumentos, a MHLC (Wallston et al., 1978), a *Stress Appraisal Measure* (Peacock & Wong, 1990) e o *Brief COPE* (Carver, 1997; versão portuguesa: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Locus de controlo.

A escala MHLC (Wallston et al., 1978) integra três dimensões: *Locus* de Controlo Interno, *Locus* de Controlo Externo – Acaso e *Locus* de Controlo Externo – Outros Poderosos, sendo cada dimensão constituída por seis itens, resultando em 18 itens no total, que representam as crenças dos indivíduos em cada dimensão. Embora estas dimensões possam apresentar correlações entre si, as subescalas avaliam tipos de *locus* de controlo diferenciados, não estando previsto o cálculo de um valor total (Rock, Meyerowitz, Maisto, & Wallston, 1987). A escala de resposta é de tipo *Likert*, com seis opções de resposta que variam entre 1 (*Discordo Totalmente*) e 6 (*Concordo Totalmente*). Os resultados são obtidos através da média das pontuações dos 6 itens correspondentes a cada subescala, sendo que quanto maior a pontuação total de cada subescala, maior a crença de que essa dimensão controla a sua saúde. A MHLC apresentou boa consistência interna no estudo original, com coeficientes de alfa de Cronbach entre ,67 e ,77 (Wallston et al., 1978).

Avaliação cognitiva da condição crónica de saúde.

A avaliação cognitiva do acontecimento indutor de *stress* foi avaliada através da *Stress Appraisal Measure* (SAM; Peacock & Wong, 1990), que avalia a percepção dos acontecimentos indutores de *stress* e os recursos individuais para lidar com essas situações. Apresenta duas subescalas: Avaliação Primária, focada na percepção da situação indutora de *stress*, a qual é constituída por três dimensões: Ameaça (com valores de consistência interna que, em três estudos, variaram entre $\alpha = ,65$ e $,75$), Desafio (α entre $,66$ e $,79$) e Centralidade (α entre $,84$ e $,90$), todas com quatro itens; e Avaliação Secundária, que avalia a percepção dos recursos individuais para lidar com a situação em três dimensões: Controlável pelo Próprio (α entre $,84$ e $,87$), Controlável pelos Outros (α entre $,51$ e $,82$) e Incontrolável (α entre $,75$ e $,81$), as quais incluem, também, quatro itens (Peacock & Wong, 1990). Os itens são respondidos utilizando uma escala de Likert de 5 pontos entre 1 (*Nada*) e 5 (*Extremamente*), correspondendo a pontuação total de cada dimensão à média dos itens que a constituem, com valores mais elevados a indicar um maior grau desse tipo de avaliação cognitiva do acontecimento. Uma vez que, neste trabalho, o acontecimento indutor de *stress* foi definido como a presença de diagnóstico de doença crónica, este questionário não foi preenchido pelos participantes saudáveis. Os valores de consistência interna das diversas dimensões foram de ,81 (Ameaça), ,32 (Desafio), ,83 (Centralidade), ,75 (Controlável pelo Próprio), ,72 (Controlável pelos Outros) e de ,59 (Incontrolável). Uma vez que os valores de consistência

interna das subescalas Desafio e Incontrolável se situam abaixo do valor mínimo recomendável de ,60 (Tabachnick & Fidell, 1983), as mesmas não foram usadas neste estudo.

Estratégias de coping.

As estratégias de *coping* foram avaliadas com o questionário *Brief-COPE* (Carver, 1997; versão portuguesa: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O *Brief-COPE* é composto por 28 itens, agrupados em 14 subescalas com dois itens cada, respeitantes a mecanismos que remetem para o uso de estratégias consideradas adaptativas, as quais podem estar ligadas ao *coping* focado no problema – Coping Ativo, Planear e Suporte Instrumental, ou ligadas ao *coping* focado na emoção – Suporte Social e Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva e Humor, e as estratégias ligadas ao *coping* consideradas desadaptativas ou disfuncionais – Expressão de Sentimentos, Autoculpabilização, Negação, Uso de Substâncias, Autodistração e Desinvestimento Comportamental. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert de quatro opções, que variam de 0 (*Nunca faço isto*) a 3 (*Faço sempre isto*), com valores mais elevados a corresponder a uma maior utilização dessa estratégia. As subescalas são independentes e podem ser utilizadas individualmente, não existindo uma pontuação para o total da escala. Os autores referem valores aceitáveis a bons de fiabilidade das subescalas: Coping Ativo ($\alpha = ,65$), Planear ($\alpha = ,70$), Suporte Instrumental ($\alpha = ,81$), Suporte Social e Emocional ($\alpha = ,79$), Religião ($\alpha = ,80$), Reinterpretação Positiva ($\alpha = ,74$), Autoculpabilização ($\alpha = ,62$), Aceitação ($\alpha = ,55$), Humor ($\alpha = ,83$), Negação ($\alpha = ,72$), Autodistração ($\alpha = ,67$), Desinvestimento Comportamental ($\alpha = ,78$), Uso de Substâncias ($\alpha = ,81$) e Expressão de Sentimentos ($\alpha = ,84$) (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach variaram entre ,44 (Autodistração) e ,88 (Uso de Substâncias) para os participantes com condição crónica de saúde, e entre ,42 (Autoculpabilização) e ,85 (Religião) para os participantes saudáveis. Atendendo a que as subescalas são compostas por apenas dois itens, os autores da escala consideraram que a consistência interna é aceitável a partir dos 0,50, pelo que foram excluídas do nosso trabalho cinco subescalas – Coping Ativo, Planear, Autoculpabilização, Aceitação e Autodistração, uma vez que o seu valor do alfa de Cronbach era inferior a ,50 em pelo menos um dos grupos.

Procedimentos

O estudo teve um desenho metodológico quantitativo transversal, de carácter psicométrico. A primeira fase do estudo consistiu na recolha bibliográfica sobre a MHLC, para perceber a sua estrutura e funcionalidade. Posteriormente, foi realizado o pedido de consentimento para a tradução e validação da mesma para a população portuguesa. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT).

Seguidamente, foi definido o protocolo de investigação e disponibilizado numa plataforma *online*, cuja divulgação ocorreu através de diferentes redes sociais, correio electrónico e contactos dos investigadores. Adicionalmente, alguns dados foram recolhidos através de questionários em papel. Previamente aos questionários, foi apresentado um documento de consentimento informado, referindo os objetivos e a metodologia da investigação, assim como os critérios de inclusão/exclusão e o contributo dos participantes e dos investigadores. O documento mencionou, também, que o protocolo de avaliação seria respondido de forma voluntária e anónima e que as respostas seriam confidenciais e usadas apenas para fins de investigação, cumprindo os princípios éticos relativos à investigação com participantes humanos (American Psychological Association [APA], 2010) e a Declaração de Helsínquia (World Medical Association [WMA], 2008).

Análise Estatística

Os dados recolhidos foram tratados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* v.20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A caracterização da amostra baseou-se em estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias e desvio-padrão) e a homogeneidade das características da amostra entre os dois grupos etários foi analisada através de testes *t* de Student para amostras independentes (variáveis contínuas) e testes de Qui-quadrado (variáveis categoriais). À exceção dos dados clínicos e demográficos, os *missing-values*, que eram aleatórios e constituíam menos de 20% dos valores, foram tratados por substituição pela pontuação média individual para cada uma das variáveis. As análises estatísticas foram efectuadas a um nível de significância de $p < ,05$.

Para avaliar a fiabilidade do instrumento (especificamente, a consistência interna), foi usado o coeficiente alfa de Cronbach. A validade de construto e a validade convergente foram calculadas através do uso de coeficientes de correlação de Pearson, através da análise

das intercorrelações entre as escalas da MHLC e destas com as dimensões da SAM e do *Brief-Cope*. As diferenças nos valores médios das dimensões do *locus* de controlo entre os participantes saudáveis e com condições crónicas de saúde foram analisadas através de uma análise multivariada da variância (MANOVA).

Resultados

Com o objetivo de avaliar as principais características psicométricas da MHLC na amostra em estudo, foi analisada a fiabilidade das três dimensões do instrumento, a validade de construto, a validade convergente e a validade discriminante.

Fiabilidade

Os valores da consistência interna das três dimensões da MHLC, avaliada através do alfa de Cronbach, apresentaram valores que se podem considerar aceitáveis (superiores a ,60), de acordo com os critérios apresentados por Tabachnick e Fidell (1983). Na Tabela 2, podemos constatar que, no grupo de participantes com condições crónicas de saúde, os valores de alfa de Cronbach variaram de ,66 (*Locus* de Controlo Externo – Outros Poderosos) a ,84 (*Locus* de Controlo Interno), enquanto no grupo dos participantes saudáveis esses valores variaram entre ,68 (*Locus* de Controlo Interno) e ,72 (*Locus* de Controlo Externo – Acaso).

Tabela 2. Consistência interna e correlações entre as subescalas da MHLC por grupos.

	Diagnóstico de condição crónica de saúde					
	Sim (<i>n</i> = 80)			Não (<i>n</i> = 155)		
MHLC	α	2	3	α	2	3
1. <i>Locus</i> de Controlo Interno	,84	,43**	,31**	,68	,02	,32**
2. <i>Locus</i> de Controlo Externo - Acaso	,73		,30**	,72		,31**
3. <i>Locus</i> de Controlo Externo - Outros	,66			,71		

* $p < .05$; ** $p < .01$, two-tailed.

Validade de construto

Ao analisarmos as correlações entre as escalas da MHLC, verificamos que todas se correlacionaram de forma significativa, positiva e fraca a moderada (Tabachnick & Fidell, 1983), com exceção da relação entre o *Locus* de Controlo Interno e o *Locus* de Controlo Externo – Acaso que, nos participantes saudáveis, é não-significativa (ver Tabela 2). Estes resultados suportam a validade de construto da MHLC.

Validade convergente

A generalidade das correlações entre as dimensões da MHLC e da SAM, relativas ao grupo de participantes com condições crónicas de saúde, não foi significativa, com exceção da correlação entre o *Locus* de Controlo Interno e a avaliação cognitiva da doença como Controlável pelo Próprio (ver Tabela 3).

Tabela 3. Correlações entre as subescalas da MHLC e a avaliação cognitiva do *stress*.

	<i>Locus</i> de Controlo Interno	<i>Locus</i> de Controlo Externo - Acaso	<i>Locus</i> de Controlo Externo - Outros
Ameaça	,10	,20	,17
Centralidade	,04	,12	,06
Controlável pelo Próprio	,34**	,05	,08
Controlável pelos Outros	-,04	-,15	-,06
<i>Stress</i> Geral	,09	,16	,14

* $p < .05$; ** $p < .01$, two-tailed.

Relativamente às correlações entre a MHLC e o *Brief COPE*, o *Locus* de Controlo Interno correlacionou-se com a Reinterpretação Positiva e o Humor no grupo com doença crónica, e com o Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva e Humor no grupo de saudáveis. O *Locus* de Controlo Externo – Acaso correlacionou-se positivamente com as dimensões Negação e o Humor nos dois grupos, e com as dimensões Religião e Desinvestimento Comportamental nos participantes com doença crónica. O *Locus* de Controlo Externo – Outros Poderosos correlacionou-se com as dimensões Religião e Uso de Substâncias nos dois grupos, e ainda com a Reinterpretação Positiva nos participantes com doença crónica. Estes resultados evidenciam a validade convergente da MHLC (Tabela 4).

Tabela 4. Correlações entre as subescalas da MHLC e as estratégias de *coping*.

Participantes saudáveis	Locus de Controlo	Locus de Controlo	Locus de Controlo
	Interno	Externo - Acaso	Externo - Outros
Suporte Instrumental	,22**	-,01	,11
Suporte Emocional	,13	,01	,16
Religião	,12	,09	,22**
Reinterpretação Positiva	,29**	,01	,03
Humor	,19*	,18*	,05
Negação	-,03	,29**	,16
Desinvestimento	,03	,14	,13
Comportamental			
Uso de Substâncias	,11	,02	,18*
Expressão de Sentimentos	,06	,06	,11
Participantes com condições crónicas	Locus de Controlo	Locus de Controlo	Locus de Controlo
	Interno	Externo - Acaso	Externo - Outros
Suporte Instrumental	,15	,19	,19
Suporte Emocional	,17	,01	,17
Religião	,11	,23*	,34**
Reinterpretação Positiva	,33**	,08	,24*
Humor	,45**	,24*	,19
Negação	-,05	,34**	,02
Desinvestimento	,04	,30**	,15
Comportamental			
Uso de Substâncias	-,04	-,02	-,24*
Expressão de Sentimentos	,12	,15	,08

* $p < .05$; ** $p < .01$, two-tailed.

Validade Discriminante

Seguidamente, comparámos o *locus* de controlo dos participantes saudáveis e com condições crónicas de saúde. O valor do lambda de Wilks (Wilks Lambda = ,95, $F_{(3,231)} = 4,386$, $p = ,005$) indica a presença de diferenças significativas entre os grupos. Especificamente, a nível do *Locus* de Controlo Interno, os participantes com condições crónicas de saúde apresentaram valores significativamente inferiores ($F_{(1,233)} = 12,179$, $p =$

,001) aos obtidos pelos participantes saudáveis. Quanto ao *Locus* de Controlo Externo – Acaso ($F_{(1,233)} = 0,293$, $p = ,589$) e *Locus* de Controlo Externo – Outros Poderosos ($F_{(1,233)} = 0,008$, $p = ,929$), as diferenças entre os dois grupos não foram significativas (Tabela 5). No seu conjunto, os dados permitem concluir que este instrumento possui validade discriminante ao nível do *Locus* de Controlo Interno.

Tabela 5. Comparação de médias das subescalas da MHLC segundo a condição de saúde.

MHLC	Diagnóstico de condição crónica de saúde					
	Não ($n = 155$)		Sim ($n = 80$)		$F(1,233)$	p
	M	DP	M	DP		
<i>Locus</i> de Controlo Interno	4,23	,73	3,82	1,05	12,179	,001
<i>Locus</i> de Controlo Externo - Acaso	2,52	,82	2,46	,82	,293	,589
<i>Locus</i> de Controlo Externo - Outros	3,29	,91	3,28	,89	,008	,929

Discussão

O presente trabalho pretendeu contribuir para a validação psicométrica da MHLC – Forma A (Wallston et al., 1978) para a população portuguesa, em jovens adultos saudáveis e com condições crónicas de saúde, avaliando de forma mais específica a sua fiabilidade, validade de construto, validade convergente e validade discriminante.

A nível da fiabilidade, os resultados mostram que a MHLC é uma escala que apresenta valores adequados de fiabilidade, quer nos participantes saudáveis quer nos participantes com condições crónicas de saúde.

Os resultados obtidos a nível das intercorrelações entre as três dimensões da MHLC evidenciam a sua validade de construto, o que confirma a nossa primeira hipótese. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Almeida e Pereira (2006), que avaliaram o *locus* de controlo na saúde com uma amostra igualmente na fase de transição para a vida adulta.

A nível das correlações entre as dimensões da MHLC e as subescalas da SAM, apenas foi significativa a correlação entre o *Locus* de Controlo Interno e a subescala Controlável pelo Próprio, o que indica que o construto *locus* de controlo interno, relativo à saúde/doença, está associado aos mecanismos e reforços internos para maior controlo pessoal sobre a saúde, em conformidade com o que foi descrito por Wallston (1982).

A nossa terceira hipótese, que indicava que eram esperadas correlações entre o *locus* de controlo interno e as estratégias de *coping* adaptativas, também se confirmou. Assim, no grupo dos participantes com doença crónica, o *locus* de controlo interno correlacionou-se com duas subescalas correspondentes às estratégias focadas na emoção, a Reinterpretação Positiva e o Humor. O mesmo se verificou no grupo dos participantes saudáveis, os quais, além destas, também recorreram ao Suporte Instrumental, sendo esta uma estratégia focada no problema. Tal demonstra que, na presença de uma condição crónica de saúde, verificou-se uma relação mais forte com as estratégias focadas na emoção, onde os indivíduos, face a um evento considerado *stressante*, recorrem a estratégias de *coping* como a procura de suporte social, sendo este predomínio das estratégias focadas na emoção compatível com o referido em estudos anteriores (Dell’Aglia, 2003; Compas, 1987; Compas et al., 1991; Lazarus & Folkman, 1987). Adicionalmente, verificou-se que o *locus* de controlo interno não se correlacionou de forma significativa com qualquer das subescalas correspondentes às estratégias de *coping* consideradas desadaptativas, o que demonstra que estes indivíduos procuram estratégias de *coping* mais adequada ao seu problema, que dependa da avaliação cognitiva resultante das características objetivas do evento e da perspetiva subjetiva dos indivíduos (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1987).

Por outro lado, o *locus* de controlo externo, nas suas duas dimensões, *locus* de controlo externo – Outros Poderosos e *locus* de controlo externo – Acaso, apresentou correlações positivas com as estratégias de *coping* consideradas desadaptativas, nos dois grupos, o que confirma os dados de Bonetti et al. (2007). A atribuição causal externa constitui uma forma menos eficaz de lidar com a situação stressante, particularmente no caso dos participantes com doença crónica, o que os pode levar a ter uma atitude menos responsável perante a doença ou prejudicar a sua adesão ao tratamento (Botega, 2002).

A nossa quarta e última hipótese, segundo a qual eram esperadas diferenças significativas no *locus* de controlo entre jovens saudáveis e com condições crónicas de saúde, foi parcialmente confirmada. Estando o *locus* de controlo externo frequentemente associado a indivíduos com condições de saúde (Youkilis & Bootzin, 1979), no nosso estudo, nas dimensões associadas ao *locus* de controlo externo, não se verificaram diferenças entre os grupos. Por outro lado, a nível do *locus* de controlo interno, observou-se que os participantes saudáveis exibiram níveis significativamente superiores nesta dimensão relativamente aos participantes com doença crónica, o que é congruente com os resultados obtidos por Relvas (1983). Isto leva-nos a afirmar que a MHLC possui validade discriminante numa das suas

dimensões, embora este resultado deva ser aprofundando em estudos futuros.

A nível das limitações deste estudo, devemos referir a dimensão da amostra clínica e a variabilidade das suas características clínicas, bem como os diferentes tempos de diagnóstico da doença, fatores que impedem que os resultados sejam generalizados para o conjunto dos jovens portugueses portadores de uma condição crónica de saúde.

Verificou-se que a versão portuguesa da MHLC apresentou boas propriedades psicométricas, podendo ser usada para futuras investigações que integrem, entre outros, o construto de *locus* de controlo, a nível das respetivas associações com a saúde e qualidade de vida dos jovens portugueses. Os nossos resultados apontam ainda para a necessidade de reforçar os níveis correspondentes ao *locus* de controlo interno junto dos jovens adultos com condições crónicas de saúde, na linha do referido por Marreiros (2009), que afirma que o *locus* de controlo deve ser considerado uma variável a ter em conta na elaboração de programas de prevenção em população jovem e adulta, de forma a promover a internalidade nos indivíduos (Marreiros, 2009). Por fim, é nossa convicção que, em estudos futuros, seria interessante incluir também um instrumento que avaliasse a personalidade, dadas as associações já referidas entre o *locus* de controlo e personalidade (Almeida & Pereira, 2006; Mardiyono et al., 2011).

Referências

- Abraham, A., Silber, T. J., & Lyon, M. (1999). Psychosocial aspects of chronic illness in adolescence. *The Indian Journal of Pediatrics*, 66, 447-453. doi:10.1007/bf02845539
- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de Controlo na saúde: Conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes Tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 221-238.
- Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451. doi:10.1037//0021-9010.62.4.446
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1037/0033-295x.84.2.191
- Barron, F., & Harrington, D. M. (1981). Creativity, intelligence and personality. *Annual Review of Psychology*, 32, 477-522. doi:10.1146/annurev.ps.32.020181.002255
- Beckjord, E. B., Glinder, J., Langrock, A., & Compas, B. E. (2009). Measuring multiple dimensions of perceived control in women with newly diagnosed breast cancer. *Psychology and Health*, 24, 423-438. doi:10.1080/08870440701832634
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 55-67.
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodriguez-Marin, J., Pastor, M., Martin-Aragon, M., Doherty, E., & Sheehan, K. (2007). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology & Health*, 16, 655-674. doi:10.1080/08870440108405865
- Botega, N. J. (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. (1ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

doi:10.1037//0022-3514.56.2.267

- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G., & Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 411-421. doi:10.1007/BF02228042
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403. doi:10.1037//0033-2909.101.3.393
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34. doi:10.1111/j.1540-4560.1991.tb01832.x
- Coleta, M. F. D. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182.
- Crandall, V. C., Katkovsky, W., & Crandall, V. J. (1965). Children's beliefs in their own control of reinforcements in intellectual-academic achievement situations. *Child Development*, 36(1), 91-109.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(1), 38-45.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.
- Jacelon, C. S. (2007). Theoretical perspectives of perceived control in older adults: A selective review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 1-10. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04320.x
- Katz, E., Kellerman, J., & Siegel, S. (1980). Behavioral distress in children undergoing medical procedures: Developmental considerations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48, 356-365. doi:10.1037//0022-006x.48.3.356
- Kyngäs, H. A., Kroll, T., & Duffy, M. E. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. *Journal of Adolescent Health*, 26, 379-388. doi:10.1016/S1054-139X(99)00042-7
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotion and coping. In L. Laux, & G. Vossel (Eds.), *Personality in biographical stress and coping research* (pp. 141-170). Berne: Verlag and Huber.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, 299-312.

doi:10.1037//0012-1649.32.2.299

- Mardiyono, M., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 225-243.
- Marreiros, N. (2009). Considerações teóricas sobre o conceito locus de controlo: Reflexões acerca do seu potencial preventivo. *Revista Toxicodependências*, 15(3), 61-68.
- Newacheck, P. W., & Taylor, W. R. (1992). Childhood chronic illness: Prevalence, severity, and impact. *American Journal of Public Health*, 82, 364-371. doi:10.2105/ajph.82.3.364
- Nowicki, S., & Strickland, B. R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 148-154. doi:10.1037/h0033978
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. S. V. B. (2013). Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 93-101. doi:10.12707/RIII1311
- Parcel, G. S., & Meyer, M. P. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education & Behavior*, 6, 149-159. doi:10.1177/109019817800600106
- Peacock, J. E., & Wong, P. T. P. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6, 227-236. doi:10.1002/smi.2460060308
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Relvas, J. S. (1983). O locus de control na teoria de aprendizagem social e a ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 4(3), 145-154.
- Rodríguez-Rosero, J. E., Ferriani, M. G. C., & Coleta, M. F. D. (2002). Escala de locus de controlo da saúde – MHLHC: Estudos de validação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10, 179-184. doi:10.1590/s0104-11692002000200009
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28. doi:10.1037/h0092976
- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A., & Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six Multidimensional Health Locus of Control Scale clusters. *Research in Nursing & Health*, 10, 185-195. doi:10.1002/nur.4770100311
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications

- of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi:10.1016/b978-012373947-6/00284-1
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588. doi:10.1590/s0102-311x2004000200027
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Suris, J., Michaud, P., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938-942. doi:10.1136/adsc.2003.045369
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (1983). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper & Row.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16, 155-158. doi:10.14417/ap.418
- Wallston, K. A. (1982). Health locus of control beliefs. *Patient Education Newsletter*, 5, 56-57.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, K. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553. doi:10.1207/s15327752jpa6303_10
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170. doi:10.1177/109019817800600107
- World Health Organization. (1948). *Official records of the World Health Organization n°2: Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference*. Genebra: Edição do autor.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Genebra: Edição do autor.
- Youkilis, H., & Bootzin, R. (1979). The relationship between adjustment and perceived locus of control for female psychiatric inpatients. *Journal of Genetic Psychology*, 135, 297-299. doi:10.1080/00221325.1979.10534084

Anexos

Consentimento Informado

As doenças crónicas podem provocar alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem cuidados constantes. Neste sentido, torna-se urgente a compreensão dos fatores psicossociais envolvidos no processo de adaptação a uma condição de crónica de saúde.

Qual é o objetivo do estudo?

Esta investigação tem como objetivo compreender os processos de adaptação psicossocial e identificar os fatores que contribuem para melhor adaptação em indivíduos adultos, saudáveis e com condições crónicas de saúde.

Quem pode participar?

Este estudo é dirigido a homens e mulheres, saudáveis ou com condições crónicas de saúde, com idade igual ou superior a 18 anos.

Como pode participar?

A sua participação consiste na resposta voluntária a um conjunto de questionários, compostos por questões simples e de resposta rápida sobre diferentes áreas da sua vida (individual, familiar, social, etc.). Não existem respostas certas nem erradas. Este questionário demora cerca de 30 minutos a ser preenchido. O seu contributo é muito importante e desde já agradecemos o tempo dispensado. Por favor, responda a todas as questões. Pode, em qualquer momento, e por qualquer motivo, desistir de colaborar neste estudo.

Como é garantida a confidencialidade?

As suas respostas serão confidenciais e anónimas. Apenas serão solicitados dados sociodemográficos para efeitos estatísticos e em nenhum momento serão solicitados dados que permitam a sua identificação (ex., nome, número de cartão de cidadão, etc.). Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins de investigação.

Quem está a realizar este estudo?

Este estudo está a ser realizado por um grupo de alunos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Se tiver questões adicionais acerca desta investigação, por favor, contacte os investigadores responsáveis: Neuza Silva (neuzamsilva@gmail.com); Raquel Pires (raquelpires.ulusofona@gmail.com)

As suas respostas serão um importante contributo com repercussões clínicas, científicas e sociais.

Desde já, os investigadores responsáveis agradecem a sua disponibilidade e colaboração!

Declaro que percebi a informação acima descrita e dou o meu consentimento com vista a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

1

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Os dados obtidos neste questionário são importantes para conhecermos melhor o seu perfil sociodemográfico. Por isso, solicita-se que responda a todos os itens com atenção.

1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
2. Idade: _____ (anos)
3. Nacionalidade: _____
4. Localidade de residência: _____
5. Escolaridade (número de anos de escola completos): _____
6. Situação profissional:
 - ☐ Estudante
 - ☐ Estudante trabalhador(a)
 - ☐ Trabalhador(a) a tempo inteiro
 - ☐ Trabalhador(a) a tempo parcial
 - ☐ Doméstico(a)
 - ☐ Desempregado(a)
 - ☐ Reformado(a)
 - ☐ Outro: _____
7. Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____
8. Com quem vive na maior parte do tempo? (pode seleccionar várias opções)
 - ☐ Pais e/ou irmãos
 - ☐ Outros familiares (ex., avós, tios, etc.)
 - ☐ Sozinho
 - ☐ Com colegas/amigos
 - ☐ Com namorado(a)/companheiro(a)
 - ☐ Em instituição
 - ☐ Outro

9. Qual é o rendimento líquido mensal do seu agregado familiar?

- ☐ Menos de 583 €/mês
- ☐ Entre 583 e 1666 €/mês
- ☐ Entre 1667 e 3333 €/mês
- ☐ entre 3334 e 6666 €/mês
- ☐ Mais de 6666 €/mês

10. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/ União de fato
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Divorciado(a)/Separado(a)

11. Sobre os seus relacionamentos amorosos...

a. Atualmente, mantém um relacionamento amoroso?

- ☐ Não
- ☐ Sim: relação de exclusividade com indivíduo do sexo oposto
- ☐ Sim: relação de exclusividade com indivíduo do mesmo sexo
- ☐ Sim: relação ocasional com indivíduo do sexo oposto
- ☐ Sim: relação ocasional com indivíduo do mesmo sexo

b. Há quantos meses mantém esta relação? _____ (meses)

Se atualmente não mantém um relacionamento amoroso, por favor responda 0 (zero).

c. Esta relação inclui contactos de natureza sexual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se atualmente não mantém um relacionamento amoroso, por favor responda "Não".

12. Sobre a sua saúde sexual...

a. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma disfunção sexual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

b. Qual foi a disfunção sexual diagnosticada? _____
Se nunca lhe foi diagnosticada uma disfunção sexual, por favor responda "Nenhuma".

c. Há quanto tempo foi diagnosticada a disfunção sexual?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses mas menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 2 anos
- ☐ Mais de 2 anos
- ☐ Nunca

Se nunca lhe foi diagnosticada uma disfunção sexual, por favor responda "Nunca".

13. Sobre a sua saúde física...

a. Peso (em Kg) _____

b. Altura (em cm) _____

c. Tem diagnóstico de alguma condição crónica de saúde?

☐ Sim

☐ Não

d. Que condição crónica de saúde lhe foi diagnosticada? (em caso de diabetes, por favor indique se é de tipo I ou II)

Se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor responda "Nenhuma".

e. Há quanto tempo foi diagnosticada esta condição crónica de saúde?

☐ Menos de 6 meses

☐ Mais de 6 meses mas menos de 1 ano

☐ Entre 1 e 2 anos

☐ Mais de 2 anos

☐ Nunca

f. Faz atualmente algum tratamento para esta condição crónica de saúde?

☐ Sim

☐ Não

Se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor responda "Não".

g. Que tratamentos faz para a sua condição crónica de saúde?

Se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor responda "Nenhum".

h. Consegue realizar os seus tratamentos sem ajuda?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sem tratamentos

Se atualmente não faz nenhum tratamento para a sua condição crónica de saúde, ou se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor responda "Sem tratamentos".

i. Quem é que o ajuda na realização dos seus tratamentos? (pode seleccionar

4

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

várias opções)

- ☐ Pais/Outros Familiares
- ☐ Profissionais de saúde
- ☐ Não preciso de ajuda
- ☐ Sem tratamentos
- ☐ Outro: _____

Se atualmente não faz nenhum tratamento para a sua condição crónica de saúde, ou se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor responda "Sem tratamentos".

14. Sobre a sua saúde mental....

a. Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

b. Há quanto tempo tem/teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses mas menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 2 anos
- ☐ Mais de 2 anos
- ☐ Nunca

Se nunca teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, por favor responda "Nunca".

c. Toma medicação para algum problema psicológico/psiquiátrico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

d. Possui hábitos de consumo de substâncias?

- ☐ Sim
- ☐ Não

e. Com que regularidade consome bebidas alcoólicas?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1 vez por semana
- ☐ 1-2 vezes por semana
- ☐ 3-4 vezes por semana
- ☐ 5-6 vezes por semana
- ☐ 1 vez por dia
- ☐ Mais de uma vez por dia

f. Com que regularidade consome tabaco?

5

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Diariamente, menos de 10 cigarros por dia
- ☐ Diariamente, entre 10 e 20 cigarros por dia
- ☐ Diariamente, mais de 1 maço de tabaco por dia

g. Com que regularidade consome outras drogas?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de 1 vez por semana
- ☐ 1-2 vezes por semana
- ☐ 3-4 vezes por semana
- ☐ 5-6 vezes por semana
- ☐ 1 vez por dia
- ☐ Mais de uma vez por dia

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROLO DA SAÚDE - FORMA A

(Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978)

Cada um dos itens abaixo representa uma crença sobre a sua condição de saúde, com a qual pode concordar ou discordar. Por baixo de cada afirmação está uma escala de resposta que varia entre: 1 = Discordo completamente; 2 = Discordo moderadamente; 3 = Discordo ligeiramente; 4 = Concordo ligeiramente; 5 = Concordo moderadamente; 6 = Concordo completamente. Para cada item, gostaríamos que assinalasse o número que melhor representa o grau em que concorda ou discorda da afirmação. Quanto mais concordar com uma afirmação, maior será o número a assinalar. Quanto mais discordar de uma afirmação, menor será o número a assinalar. Esta é uma medida das suas crenças pessoais; naturalmente, não existem respostas certas ou erradas.

1 = DISCORDO COMPLETAMENTE**2 = DISCORDO MODERADAMENTE****3 = DISCORDO LIGEIRAMENTE****4 = CONCORDO LIGEIRAMENTE****5 = CONCORDO MODERADAMENTE****6 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

	1	2	3	4	5	6
1. Se eu ficar doente, é o meu próprio comportamento que determina quão cedo eu voltarei a ficar bem.						
2. Faça eu o que fizer, se eu tiver de ficar doente (i.e., se estiver destinado), eu irei ficar doente.						
3. Ter contacto frequente com o meu médico é a melhor forma de eu evitar ficar doente.						
4. A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-me por acaso.						
5. Sempre que não me sinto bem, eu devo consultar um profissional de saúde qualificado.						
6. Eu tenho controlo sobre a minha saúde.						
7. A minha família contribui muito para eu ficar doente ou permanecer saudável.						
8. Quando eu fico doente, a culpa é minha.						
9. A sorte é muito importante para determinar quão cedo eu irei recuperar de uma doença.						
10. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.						
11. A minha saúde é, em grande parte, uma questão de sorte.						
12. O que mais influencia a minha saúde é aquilo que eu faço.						
13. Se eu tomar conta de mim próprio, eu posso evitar ficar doente.						
14. Quando eu recupero de uma doença, é geralmente porque outras pessoas (por exemplo, médicos, enfermeiros, familiares, amigos) cuidaram bem de mim.						
15. Faça eu o que fizer, é provável que eu fique doente.						
16. Se estiver destinado, eu continuarei saudável.						
17. Se eu adotar comportamentos adequados, eu posso continuar saudável.						
18. Em relação à minha saúde, eu só posso fazer o que os médicos me disserem para fazer.						

BRIEF-COPE

(Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Existem diversas formas através das quais as pessoas podem lidar com os seus problemas (familiares, pessoais, profissionais, financeiros, etc.). Os itens que vai encontrar de seguida exprimem diversos modos de lidar com esses problemas. Queremos saber **em que extensão** tem feito aquilo que o item diz; **quanto** ou **com que frequência**. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido eficaz ou não - mas se tem feito ou não tem feito isso. Responda como foi **PARA SI** com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta fornecidas.

	Nunca faço isto	Faço isto poucas vezes	Faço algumas vezes	Faço sempre isto
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.	0	1	2	3
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
3. Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”.	0	1	2	3
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).	0	1	2	3
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto.	0	1	2	3
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	0	1	2	3
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.	0	1	2	3
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.	0	1	2	3
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	0	1	2	3
13. Faço críticas a mim próprio.	0	1	2	3
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.	0	1	2	3
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	0	1	2	3
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
24. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação.	0	1	2	3
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.	0	1	2	3
27. Rezo ou medito.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	0	1	2	3

9

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE STRESS

(Peacock & Wong, 1990)

Este questionário procura conhecer os seus pensamentos sobre vários aspectos da sua condição crónica de saúde, enquanto situação potencialmente indutora de stress. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a sua percepção atual acerca dessa situação. Por favor, responda a todas as questões, assinalando a opção que melhor representa a sua resposta. Se nunca lhe foi diagnosticada uma condição crónica de saúde, por favor, não responda a este questionário.

	1	2	3	4	5
	NADA	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	CONSIDERAVELMENTE	EXTREMAMENTE
1. Esta situação é totalmente irremediável?	1	2	3	4	5
2. Esta situação provoca-me tensão?					
3. O resultado desta situação não pode ser controlado por ninguém?					
4. Existe alguém ou alguma entidade a quem eu possa recorrer se precisar de ajuda?					
5. Esta situação faz-me sentir ansioso(a)?					
Esta situação tem consequências importantes para mim?					
7. Esta situação terá um impacto positivo em mim?					
8. Quão desejoso estou de resolver este problema?					
9. Até que ponto serei afetado(a) pelo resultado desta situação?					
10. Até que ponto me posso tornar mais forte por causa deste problema?					
11. O resultado desta situação será negativo?					
12. Tenho capacidades para me sair bem nesta situação?					
13. Esta situação tem implicações sérias para mim?					
14. Tenho o que é preciso para me sair bem nesta situação?					
15. Tenho ajuda disponível para lidar com este problema?					
16. Esta situação sobrecarrega ou excede as minhas capacidades de resposta?					
17. Os recursos disponíveis são suficientes para me ajudar a lidar com esta situação?					
18. Não há ninguém com poder para fazer alguma coisa acerca desta situação?					
19. Até que ponto me entusiasmo ao pensar no resultado desta situação?					
20. Até que ponto esta situação é ameaçadora?					
21. Este problema não poderá ser resolvido por ninguém?					
22. Serei capaz de superar este problema?					
23. Existe alguém que me possa ajudar a gerir este problema?					
24. Até que ponto vejo esta situação como stressante?					
25. Tenho as competências necessárias para atingir um resultado positivo nesta situação?					
26. Até que ponto lidar com este acontecimento requer esforço da minha parte?					
27. Esta situação tem consequências a longo prazo para mim?					
28. Esta situação terá um impacto negativo em mim?					