

CARINA CRISTINA CODEÇO BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO CONTROLO SITUACIONAL,
ADESÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA
EM JOVENS E ADULTOS COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Neuza Silva

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

CARINA CRISTINA CODEÇO BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO CONTROLO SITUACIONAL,
ADESÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA
EM JOVENS E ADULTOS COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 16 de Fevereiro de 2017 perante o JÚRI nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº451/2016 com a seguinte composição:

Presidente:

Professor Doutor Américo Baptista-ULHT

Arguente:

Professor Doutor Pedro Joel Rosa-ULHT

Orientador:

Professora Doutora Neuza Silva

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

Começo por agradecer à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Neuza Silva, por me transmitir os seus conhecimentos e pelo tempo que me dedicou ao longo deste trabalho.

À Professora Isabel Santos, pelo apoio e simpatia demonstrados.

À minha Mãe, pelo seu apoio, força e motivação, a minha profunda gratidão pelo significado que dá à minha vida.

À minha Irmã, simplesmente por existir!

A todos os meus Amigos e Família, que no momento certo estavam por perto.

À minha amiga de quatro patas, Kika, por todo o companheirismo.

Por último agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, e que irão contribuir para o meu percurso pessoal e profissional futuro.

Muito obrigada a Todos pelo carinho, amor, atenção, amizade e paciência inesgotáveis!

Sumário

Objectivos: Este estudo pretendeu comparar a avaliação do controlo situacional, a adesão terapêutica e a qualidade de vida (QdV) entre indivíduos com condições crónicas de saúde em dois grupos desenvolvimentais distintos, e analisar as relações directas e indirectas, via adesão terapêutica, entre avaliação cognitiva e QdV. **Método:** A amostra foi constituída por 61 jovens (18-25 anos) e 55 adultos (26-64 anos) com diagnóstico de uma doença crónica e a realizarem tratamentos. Os participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e instrumentos de avaliação do controlo da doença (Stress Appraisal Measure), adesão aos tratamentos (Medida de Adesão aos Tratamentos), e QdV (EUROHIS-QOL-8). **Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas na avaliação do controlo da doença, adesão ao tratamento e QdV entre jovens e adultos. A avaliação da doença como controlável pelo próprio ou pelos outros associou-se a melhor QdV, enquanto a avaliação da doença como não controlável associou-se a menor adesão e menor QdV. Estas associações directas foram invariantes em função do grupo etário. **Conclusão:** Os resultados permitem uma maior compreensão dos processos envolvidos na adaptação, contribuindo para a planificação de intervenções psicossociais focadas na avaliação cognitiva da doença, com vista à promoção da adesão terapêutica e da QdV dos jovens adultos e adultos com condições crónicas.

Palavras-chave: Adesão terapêutica, Avaliação cognitiva secundária, Condições crónicas de saúde, Jovens adultos e adultos, Qualidade de vida.

Abstract

Objectives: This study was aimed at comparing the perceptions of situational control (secondary cognitive appraisal), adherence to treatments and quality of life (QoL) between youths and adults with chronic health conditions, as well as examining the direct and indirect links, via adherence to treatments, between secondary cognitive appraisal and QoL. **Method:** The sample included 61 youth (18-25 year-olds) and 55 adults (26-64 year-olds) with a chronic health condition and receiving treatments. Participants completed a sociodemographic and clinical datasheet and self-reported questionnaires assessing perceptions of situational control (Stress Appraisal Measure), adherence to treatment (Adherence to Treatment Measure) and QoL (EUROHIS-QOL-8). **Results:** There were no significant differences in the secondary cognitive appraisal, adherence to treatments and QoL between youths and adults. The disease appraisal as controllable by self or by others was linked to better QoL, whilst the perception of the disease as uncontrollable was associated with lower levels of adherence to treatments and lower QoL. These direct associations were invariant across age groups. **Conclusion:** The results allow a better understanding of the adaptation processes, thus contributing for the development of psychosocial interventions targeting the cognitive appraisal, in order to promote the adherence to treatment and the QoL of youths and adults with chronic health conditions.

Key-words: Adherence to treatments, Chronic health conditions, Secondary cognitive appraisal, Quality of life, Youths and adults.

Abreviaturas

APA –American Psychological Association

CEDIC –Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

MAT –Medida de Adesão aos Tratamentos

OMS –Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

ULHT –Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

SAM –The Stress Appraisal Measure

SPSS –Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL Group –World Health Organization Quality of Life

WMA –World Medical Association

Índice

Índice de Tabelas	8
Índice de Figuras	9
Introdução	10
Condições Crónicas de Saúde e QdV em Jovens e Adultos	10
Avaliação Cognitiva da Doença Crónica e QdV	11
Adesão Terapêutica como Mediadora no Processo de Adaptação	13
O Presente Estudo: Objectivos e Hipóteses	14
Método.....	15
Participantes e Procedimento.....	15
Instrumentos.....	16
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.	16
Medida de Adesão aos Tratamentos.....	17
Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8.....	17
The Stress Appraisal Measure.....	18
Análise de Dados	19
Resultados.....	20
Análises de Comparação entre Grupos Etários.....	20
Associação entre a Avaliação do Controlo Situacional, Adesão ao Tratamento e QdV e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	20
Análises de Mediação Moderada	21
Análises de Moderação	22
Discussão	23
Limitações do Estudo.....	26
Implicações para a Prática Clínica e Investigação.....	27
Referências	28

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 2. Comparação da avaliação cognitiva do controlo situacional, adesão ao tratamento e qualidade de vida entre grupos etários.

Tabela 3. Correlações entre a avaliação cognitiva do controlo situacional, adesão ao tratamento, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 4. Efeitos principais e de interação da avaliação cognitiva do controlo situacional e do grupo etário na QdV.

Índice de Figuras

Figura 1. Associações diretas e indiretas, via adesão terapêutica, entre a avaliação cognitiva da doença crónica como não controlável e a QdV.

Introdução

A doença crónica é uma condição de saúde de curso prolongado, evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais que afectam as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas e requerem mecanismos compensatórios para minimizar essas limitações (e.g., medicação), e/ou necessidade sistemática acrescida de cuidados médicos (Kothari et al., 2013; Silver, Westbrook, & Stein, 1998). Tem-se observado uma diminuição da mortalidade e morbidade associadas a doenças consideradas incuráveis e, por outro lado, verifica-se um aumento exponencial de doenças crónicas devido ao avanço da medicina (De-Castro & Piccinini, 2002; Martirelli & Schulz, 2007; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003). Verificou-se em 2010 que um terço da população Europeia tinha pelo menos uma doença crónica (Organização Mundial de Saúde, 2011).

No entanto, os resultados da adaptação psicossocial não dependem apenas das características clínicas da condição de saúde e dos tratamentos, mas de complexas interações entre as percepções de *stress* decorrente da doença e dos recursos disponíveis para enfrentar a situação (Lazarus & Folkman, 1984). O estudo dos processos através dos quais a percepção de controlo sobre a condição de saúde se associa à adesão terapêutica e à qualidade de vida poderá contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção e estratégias terapêuticas com vista à promoção da adesão aos tratamentos e, conseqüentemente, da qualidade de vida (QdV), dos indivíduos com condições crónicas de saúde.

Condições Crónicas de Saúde e QdV em Jovens e Adultos

O diagnóstico de uma condição crónica de saúde acarreta um conjunto de alterações que podem influenciar a QdV (Matos & Machado, 2007; Silva et al., 2003), conceptualizada como a “percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). De facto, vários estudos têm demonstrado que os indivíduos com condições crónicas de saúde têm pior QdV que os pares saudáveis, tanto em populações pediátricas (Ravens-Sieberer & Bulinger, 1998; Sawyer et al., 2004; Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003), como na população adulta (Perlman et al., 2005; Schlenk et al., 1997).

Os adolescentes e jovens adultos são confrontados com alterações físicas, psicológicas e sociais (Burd, 2006; Pina, 1998; Suris, Michaud, & Viner, 2004) e a transição para a idade

adulta implica tarefas desenvolvimentais específicas, tais como o ingresso no ensino superior, a saída da casa dos pais, o aumento da independência em relação à família, o desenvolvimento de relações íntimas, o início da actividade profissional e consequente aumento da responsabilidade financeira, ea conjugação do trabalho com a educação e vida social (Moreira, Crusellas, Lima, Melo, & Pires, 2005; Munsey, 2006). Estas alterações podem ter repercussões na doença crónica (Suris et al., 2004) e esta, por sua vez, é frequentemente sentida como mais perturbadora do que noutras faixas etárias (Pais & Menezes, 2010), o que pode dificultar a adesão terapêutica (Serrabulho, De-Matos, Nabais, & Raposo, 2014), e afectar a QdV (Pais & Menezes, 2010).

Segundo Havighurst (1972) a idade adulta é um período etário em que homens e mulheres levam a cabo responsabilidades cívicas e sociais, atingem e mantêm um desempenho satisfatório na carreira profissional, desenvolvem actividades de lazer, relacionam-se, como pessoa, com o cônjuge, e aceitam e adaptam-se às mudanças fisiológicas da meia-idade. A doença crónica implica uma série de transformações, que podem pôr em risco o bem-estar psicossocial e contribuem para o aumento da sintomatologia psicológica através da redução de acessibilidade a experiências positivas da vida, bem como podem comprometer sentimentos de autocontrolo, nem que seja por um curto período de tempo (Devins et al., 1993). Os estudos que comparam a QdV entre diferentes grupos desenvolvimentais com condições crónicas de saúde mostram que os jovens apresentam melhor QdV do que os adultos seniores (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoos, & Chobanian, 1997; Klein, Klein, & Moos, 1998).

No entanto, a QdV, enquanto indicador do resultado do processo adaptativo, não resulta apenas das características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos, mas de complexas interacções entre os factores clínicos, intrapessoais e socio-ecológicos, que podem ser integrados na perspectiva geral do Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica (Samson & Siam, 2008; Samson, Siam, & Lavigne, 2007). Este modelo engloba, entre outros aspectos, a avaliação cognitiva das situações indutoras de *stress* com que o indivíduo se confronta e dos recursos disponíveis para a enfrentar, e a adesão aos tratamentos enquanto tarefa adaptativa que pode mediar o impacto da percepção de *stress* nos resultados da adaptação psicossocial.

Avaliação Cognitiva da Doença Crónica e QdV

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), existem dois tipos de avaliação cognitiva: avaliação primária e avaliação secundária. A primeira consiste na avaliação do significado

individual ou da relevância do acontecimento potencialmente indutor de *stress* (e.g., acontecimento avaliado como irrelevante, positivo, ou ameaçador). A avaliação secundária consiste na avaliação dos recursos pessoais disponíveis para lidar com as exigências da situação indutora de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984), como por exemplo a percepção de controlo sobre o acontecimento. As percepções que as pessoas têm em relação ao controlo resultam de um processo de aprendizagem social ao longo da vida e influenciam os comportamentos de gestão da saúde (De-Almeida & Pereira, 2006; Rodrigues & Costa, 2013). A avaliação do controlo situacional é complexa e multifacetada, podendo envolver a avaliação do acontecimento indutor de *stress* em três dimensões relativamente distintas: a medida em que o acontecimento é controlável pelo próprio, controlável pelos outros ou não pode ser controlado por ninguém (e portanto devido à sorte ou ao acaso; Peacock & Wong, 1990). Estudos empíricos com populações pediátricas revelaram que as crianças/adolescentes tendem a perceber a sua condição de saúde como mais controlável por si mesmas (Balola, 2012; Almeida, 2003; Nowicki & Strickland, 1973), enquanto estudos com adultos mostraram que os indivíduos tendem a perceber a sua condição de saúde como mais controlável pelos outros (Kurita & Pimenta, 2003; Williams, Lynch, Voronca, & Egede, 2016). Na adolescência a sensação de controlo pelo próprio poderá resultar do sentido progressivo de competência pessoal proporcionado pelas modificações acentuadas na estrutura corporal ao longo da puberdade, da conceptualização cognitiva de si mesmo e do mundo, e da sensação de liberdade e poder pessoal (Almeida & Pereira, 2006; Damião & Pinto, 2007). Nos adultos, o indivíduo é confrontado com acontecimentos estressantes e que afectam o equilíbrio alcançado (Marcia, 2002) e a percepção do controlo é alterada durante a vida, como resultado do processo de envelhecimento e subjacentes mudanças psicossociais e biológicas (Heckhausen & Schulz, 1995).

Relativamente à associação entre a avaliação do controlo situacional e a QdV, os resultados dos estudos empíricos reportam associações positivas entre a avaliação cognitiva da doença como controlável e a QdV (Chilcot, 2012; Huguet, Eccleston, Miró, Gauntlett-Gilbert, 2009; Valentim, Santos, & Pais-Ribeiro, 2014) e associações negativas entre a avaliação cognitiva da doença como não controlável e a QdV (Rodrigues & Costa, 2013). No entanto, estas associações nem sempre são diretas (Klonowicz, 2001; Lang & Heckhausen, 2001), e os mecanismos que explicam a associação entre avaliação cognitiva de controlo e QdV ainda estão pouco estudados.

Adesão Terapêutica como Mediadora no Processo de Adaptação

Silveira e Ribeiro (2005) referem que a doença crónica normalmente exige um tratamento permanente, pelo que a adesão terapêutica é imprescindível para o controlo dos sintomas. Entende-se a adesão terapêutica como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008; OMS, 2003). A adolescência é uma das fases desenvolvimentais em que se verificam menores taxas de adesão ao tratamento, quando comparado com outras faixas etárias (Falkenstein, Flynn, Kirkpatrick, & Casa-Melly, & Dunn, 2004; Patton, 2011; Tebbi, 1993), com taxas de não adesão que variam entre os 27% e os 60% (Kondryn, Edmondson, Hill, & Eden, 2011; Suriset al., 2004). Já a idade adulta está associada a uma maior vulnerabilidade devido ao número crescente de patologias decorrentes do envelhecimento e um maior consumo de medicação (Conrad, 1985), sendo que a taxa de adesão terapêutica nos doentes crónicos em geral ronda os 50% (Molassiotis et al., 2002). A não adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua QdV, constituindo-se em problema relevante de saúde pública que pode trazer consequências pessoais, sociais e económicas (Marinker & Shaw, 2003). Diversos estudos têm mostrado que uma maior adesão terapêutica está associada a melhor QdV (Almeida, Pereira, & Fontoura, 2012; Ausili et al., 2007; Bugniet al., 2012; Geocze, Mucci, de Marco, Nogueira-Martins, & Citero, 2014; Hoey et al., 2001; Nabolsi, Wardam, & Al-Halabi, 2015; Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2010; Serrabulho et al., 2014).

Para além das diferenças entre grupos desenvolvimentais, a adesão terapêutica tem sido também associada a variáveis intrapessoais, nomeadamente à avaliação cognitiva da condição crónica de saúde. As pessoas que acreditam que a sua saúde pode ser controlada pelos seus próprios comportamentos (Kretchy, Owusu-Daaku, & Danquah, 2014; Morowastisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam, & Tonekaboni, 2010) ou pela ação dos profissionais de saúde, têm maior probabilidade de adoptar comportamentos de promoção de saúde e de adesão aos tratamentos (Cuevas, Peñate, & Sanz, 2014; Marques, 2006). No entanto, outros estudos mostram resultados divergentes, não encontrando quaisquer relações significativas (Balola, 2012; López-Larrosa, 2013) ou mesmo associações negativas entre crenças de que o controlo da sua saúde depende de si próprio e adesão terapêutica (Alves & Lopes, 2010; Gormally, Rardin, & Black, 1980; Kurita & Pimenta, 2004). No nosso conhecimento, não existem ainda estudos que analisem o papel mediador da adesão terapêutica

nas associações entre a percepção de controlo sobre a doença crónica e a QdV tendo em conta a fase desenvolvimental dos indivíduos.

O Presente Estudo: Objectivos e Hipóteses

Com base no Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica de Samson (2008), este estudo tem como objetivo geral analisar a avaliação cognitiva secundária da doença crónica (i.e., avaliação do controlo situacional) e a sua relação com a adesão terapêutica e a QdV em indivíduos com condições crónicas de saúde, em duas etapas desenvolvimentais distintas. Tendo em conta este objectivo geral, foram definidos os seguintes objectivos específicos: (1) comparar a avaliação do controlo situacional, a adesão terapêutica e a QdV entre diferentes grupos etários (i.e., jovens adultos entre 18 e 25 anos *vs.* adultos entre 26 e 64 anos de idade); (2) analisar as associações entre a avaliação do controlo situacional, a adesão terapêutica e a QdV; (3) testar o papel mediador da adesão terapêutica na relação entre a avaliação do controlo situacional e a QdV; e (4) testar a (in)variância do modelo de mediação entre os dois grupos desenvolvimentais.

A partir dos objectivos traçados, e com base na revisão da literatura, elaboraram-se as seguintes hipóteses de estudo: (H1) espera-se que os adultos apresentem maior tendência para percepcionarem a condição crónica de saúde como controlável pelos outros e que os jovens adultos apresentem maior tendência para percepcionarem a condição crónica de saúde como controlável pelo próprio; (H2) espera-se que os jovens com condições crónicas de saúde tenham melhor QdV do que os adultos; (H3) espera-se que a não adesão ao tratamento nos jovens seja maior que nos adultos; (H4) espera-se que uma maior tendência para avaliar a doença crónica como controlável pelo próprio ou pelos outros esteja associada a melhor QdV, directa e indirectamente, via maior adesão aos tratamentos; e (H5) espera-se que uma maior tendência para avaliar a doença crónica como não controlável esteja associada a pior QdV, directa e indirectamente, via menor adesão aos tratamentos. Devido à escassez de literatura sobre as associações entre avaliação cognitiva, adesão terapêutica e QdV em diferentes grupos desenvolvimentais, não foram colocadas quaisquer hipóteses em relação ao papel moderador do grupo etário.

Método

Participantes e Procedimento

Este estudo faz parte de um projecto mais abrangente, intitulado “Processos e Resultados de Adaptação Psicossocial em Indivíduos Saudáveis e com Condições Crónicas de Saúde”. Este projecto foi realizado ao longo do ano lectivo de 2015/2016, após aprovação pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Trata-se de um projecto com um desenho quantitativo, transversal e de cariz correlacional. A amostra foi selecionada através do método não probabilístico de conveniência. Os dados foram recolhidos entre Março e Junho de 2016 por meio de questionários de auto-resposta disponibilizados numa plataforma *online* em formato “papel e lápis”, cuja divulgação foi efectuada através da rede de contactos dos investigadores, redes sociais e correio electrónico para diversas entidades de apoio a doentes crónicos. A recolha dos dados foi precedida pela apresentação dos objectivos do estudo, dos critérios de inclusão/exclusão, do papel dos participantes e investigadores, da garantia de confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e da aceitação voluntária para a participação no estudo através do consentimento informado, em cumprimento com os princípios éticos relativos à investigação com participantes humanos (American Psychological Association [APA], 2010) e com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association [WMA], 2008).

No total, foram recolhidos dados de 492 indivíduos. Para o presente estudo foram seleccionados 116 participantes (61 jovens e 55 adultos), de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos; (2) diagnóstico clínico de uma condição crónica de saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2004); (3) estar a receber tratamentos para a sua condição de saúde; (4) não ter o diagnóstico de perturbação psicológica e não estar a fazer tratamentos para perturbação psicológica/psiquiátrica; e (5) *missing values* numa percentagem inferior a 20%. Relativamente às características sociodemográficas (Tabela 1), os dois grupos etários revelaram-se homogéneos, excepto em relação à situação profissional e estado civil. A maior frequência de adultos trabalhadores e casados e a maior frequência de jovens estudantes e solteiros são características de cada fase do desenvolvimento, logo não foram incluídas como covariáveis nas análises comparativas entre grupos etários subsequentes. Quanto às

características clínicas dos jovens, as doenças do aparelho respiratório foram as mais prevalentes ($n = 18, 30,0\%$), assim como as doenças dos sistemas hematológico e imunológico ($n = 12, 20,0\%$). Nos adultos, prevaleceram as doenças dos sistemas hematológico e imunológico ($n = 13, 23,6\%$) e doenças neuromusculares e relacionadas com o movimento ($n = 13, 23,6\%$). Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes características clínicas (i.e., duração da condição de saúde e tipo de tratamentos) entre os grupos etários.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

		Jovens (n=61)	Adultos (n=55)	Diferenças entre grupos
Sexo, $n(\%)$	Feminino	41(67,2%)	42(76,4%)	$\chi^2=1,19$
	Masculino	20(32,8%)	13(23,6%)	
Idade, $M(DP)$		22,38 (2,14)	37,36(8,37)	$t=-12,91^{**}$
Escolaridade, $M(DP)$		13,65 (2,46)	14,31 (4,02)	$t = 1,05$
Situação profissional, $n(\%)$	Estudante/Estudante-trabalhador	43 (71,7%)	11 (20,0%)	$\chi^2 = 30,83^*$
	Trabalhador	13 (21,7%)	32(58,2%)	
	Outra	4 (6,7%)	12 (21,8%)	
Agregado familiar, $M(DP)$		3,15 (1,18)	2,80 (1,11)	$t = 1,63$
Rendimento ilíquido, $n(\%)$	Menos de 1666 €/mês	44(72,1%)	39(70,9%)	$\chi^2 = 0,02$
	Mais de 1666 €/mês	17(27,9%)	16(29,1%)	
Estado civil, $n(\%)$	Solteiro/Divorciado/Viúvo	57 (93,4%)	22 (40,0%)	$\chi^2 = 38,03^{**}$
	Casado	4 (6,6%)	33 (60,0%)	
Duração da doença, $n(\%)$	Menos de 2 anos	16 (26,2%)	7 (12,7%)	$\chi^2 = 3,32$
	Mais de 2 anos	45 (73,8%)	48 (87,3%)	
Tipo de tratamento, $n(\%)$	Medicamentoso	41 (67,2%)	35 (63,6%)	$\chi^2 = 0,16$
	Não medicamentoso	20 (32,8%)	20 (36,4%)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, two-tailed.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.

Os participantes preencheram uma ficha constituída por questões de resposta aberta e fechada, relativas aos seus dados sociodemográficos (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de elementos do agregado familiar, rendimento do agregado familiar, situação profissional) e clínicos (e.g., diagnóstico, duração da doença, tipo de tratamento).

Medida de Adesão aos Tratamentos.

A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT; Delgado & Lima, 2001) é uma escala unidimensional que se destina a avaliar a adesão ao tratamento prescrito. É composta por 7 itens (e.g., “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?”), respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos (1 = *Sempre* a 6 = *Nunca*). A pontuação total é calculada pela média dos 7 itens, em que valores mais elevados indicam maior nível de adesão aos tratamentos.

Relativamente às qualidades psicométricas, a versão portuguesa da MAT revelou boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,74, e boa validade concorrente com o nível de adesão aos tratamentos calculado a partir do rácio entre o número de medicamentos efectivamente tomados e o número de medicamentos prescritos (Delgado & Lima, 2001). No nosso estudo, a MAT apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,82, confirmando a sua fiabilidade.

Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8.

De forma a avaliar a QdV, recorreremos ao instrumento EUROHIS-QOL-8, desenvolvido a partir do WHOQOL-BREF, por Power (2003), e adaptado à versão portuguesa por Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011). Trata-se de uma medida unidimensional de autoavaliação, constituída por 8 itens, que representam os 4 domínios da qualidade de vida: físico (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”), psicológico (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?”), relações sociais (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”) e ambientais (e.g., “Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?”), sendo que cada domínio encontra-se representado por 2 itens. A resposta é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos, variando entre *Nada/Muito insatisfeito* e *Completamente/Muito satisfeito*. A partir da média dos 8 itens obtém-se um resultado total, sendo que um valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção da QdV.

As propriedades psicométricas deste instrumento adaptado à versão portuguesa são apropriadas, com um alfa de *Cronbach* de 0,83 (Pereira et al., 2011). Relativamente à validade convergente, os dados indicaram que EUROHIS-QOL-8 se correlaciona negativamente com ambas as escalas *Beck Depression Inventory* ($r=-0,61$) e *Brief Symptom Inventory* ($r=-0,59$). Quanto à validade discriminante, o resultado obtido permitiu verificar a capacidade do EUROHIS-QOL-8 para diferenciar entre indivíduos doentes e saudáveis. Quanto à estabilidade temporal, o coeficiente de correlação de *Pearson* entre os dois momentos de avaliação foi de

0,73. No âmbito da validade de conteúdo, foram encontradas correlações superiores a 0,60 entre o índice EUROHIS-QOL-8 e os quatro domínios e a faceta geral de qualidade de vida avaliadas pelo WHOQOL-Bref. No presente estudo, a consistência interna do EUROHIS-QOL-8 foi boa, com um alfa de *Cronbach* de 0,84.

The Stress Appraisal Measure.

Para avaliar a avaliação cognitiva do acontecimento indutor de *stress* utilizou-se a escala The Stress Appraisal Measure (SAM; Peacock & Wong, 1990). Esta escala é constituída por 28 itens, agrupados em 2 dimensões: Avaliação Primária, com três subescalas: Ameaça (e.g., “Esta situação terá um impacto negativo em mim?”), Desafio (e.g., “Até que ponto me posso tornar mais forte por causa deste problema?”) e Centralidade (e.g., “Esta situação tem implicações sérias para mim?”); e Avaliação Secundária, com 3 subescalas: Controlável pelo Próprio (e.g., “Tenho as competências necessárias para atingir um resultado positivo nesta situação?”), Controlável pelos Outros (e.g., “Existe alguém que me possa ajudar a gerir este problema?”) e Não Controlável (e.g., “Esta situação é totalmente irremediável?”); e uma escala de avaliação do *Stress* Global (e.g., “Esta situação sobrecarrega ou excede as minhas capacidades de resposta?”). Esta escala tem um formato de resposta tipo Likert de cinco pontos (1 = *Nada* a 5 = *Extremamente*). Os resultados são calculados a partir da média dos itens de cada subescala, sendo um valor médio mais elevado indicador do significado que o evento tem para a pessoa. No presente estudo, serão utilizadas apenas as subescalas da dimensão de avaliação secundária, sendo cada subescala composta por 4 itens.

Relativamente às propriedades psicométricas do instrumento original, os coeficientes de alfa de *Cronbach* de cada subescala revelaram-se aceitáveis, variando entre 0,51 e 0,90 (Peacock & Wong, 1990). Concretamente para a dimensão de avaliação secundária, a subescala, “Controlável pelo Próprio”, apresentou um alfa de *Cronbach* entre 0,84 e 0,87, a subescala, “Controlável pelos Outros”, um alfa de *Cronbach* entre 0,84 e 0,85 e a subescala, “Não Controlável”, apresentou um alfa de *Cronbach* entre 0,51 e 0,82. As subescalas mostraram-se moderadamente correlacionadas entre si (correlação média de 0,22), indicando que cada subescala mede uma dimensão específica da avaliação cognitiva e pode ser utilizada individualmente. Quanto à validade convergente, as dimensões da SAM apresentaram correlações significativas com medidas de locus de controlo e de sintomas psicopatológicos (Peacock & Wong, 1999). A fiabilidade teste-reteste não foi apropriada, uma vez que, é espectável que as avaliações mudem ao longo do tempo e em função da situação indutora de

stress específica. Por fim, a escala demonstrou ainda validade discriminante entre grupos com diferentes situações indutoras de *stress* (e.g., doença crónica vs. situação de desemprego). No nosso estudo, os coeficientes alfa de *Cronbach* de cada subescala variaram entre 0,67 e 0,81.

Análise de Dados

As análises estatísticas foram realizadas com o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As hipóteses foram testadas a um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Numa primeira fase, procedeu-se à realização das análises descritivas para as variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g., distribuição de frequências, percentagens, médias e desvios-padrão) para caracterização da amostra. A homogeneidade das características sociodemográficas e clínicas entre os dois grupos etários (i.e., jovens entre 18 e 25 anos e adultos entre 26 e 64 anos) foi analisada através de testes *t* de *Student* para amostras independentes (variáveis contínuas) e testes de Qui-quadrado (variáveis categoriais). As diferenças nos valores médios de adesão ao tratamento e QdV em função do grupo etário foram avaliadas através de testes *t* de *Student* para amostras independentes. As diferenças nos valores médios das três dimensões da avaliação do controlo situacional foram analisadas através de uma análise multivariada da variância (MANOVA), seguida de análises univariadas para determinar quais as dimensões do controlo situacional onde se verificaram diferenças significativas.

Após análise preliminar dos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis do estudo, as variáveis sociodemográficas e clínicas significativamente correlacionadas com a variável dependente (QdV) ou com a variável mediadora (adesão aos tratamentos) foram incluídas como covariáveis nos modelos subsequentes. Foram testados modelos de mediação moderada com o objectivo de analisar as associações directas e indirectas, via adesão aos tratamentos, entre a avaliação do controlo situacional e a QdV, bem como a influência do grupo etário nestas associações. Foram ainda testados modelos de moderação simples para explorar mais aprofundadamente o efeito do grupo etário nas associações entre as dimensões da avaliação do controlo situacional e a QdV. Estes modelos foram testados utilizando o macro PROCESS para o SPSS (modelo 59 para as análises de mediação moderada e modelo 1 para as análises de moderação simples; Hayes, 2013). A significância estatística dos efeitos indirectos foi analisada utilizando procedimentos de reamostragem (*bootstrapping*) com 2000 amostras e um intervalo de confiança (IC) de 95% (Preacher & Hayes, 2008).

Resultados

Análises de Comparação entre Grupos Etários

Os resultados apresentados na Tabela 2 mostram que não existem diferenças significativas nos níveis de QdV, $t_{(114)} = 0,74$; $p > 0,05$, e adesão ao tratamento, $t_{(114)} = 0,18$; $p > 0,05$, entre os 2 grupos etários (i.e., jovens entre 18 e 25 anos e adultos entre 26 e 64 anos). Relativamente à avaliação do controlo situacional, a análise multivariada da variância também não mostrou diferenças significativas entre os grupos, Wilks' Lambda=0,97; $F_{(3, 112)} = 1,03$; $p = 0,38$; $\eta_p^2 = 0,03$. As análises univariadas subsequentes estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Comparação da avaliação cognitiva do controlo situacional, adesão ao tratamento e qualidade de vida entre grupos etários.

	Jovens	Adultos	$t_{(114)}/F_{(1,114)}$	p	η_p^2
	$M (DP)$	$M (DP)$			
Qualidade de vida	3,72 (0,53)	3,63 (0,65)	0,74	0,46	
Adesão ao tratamento	4,99 (0,76)	4,97 (0,67)	0,18	0,86	
Avaliação do controlo situacional					
Controlável pelo próprio	3,44 (0,87)	3,44 (0,86)	<0,01	0,97	<0,01
Controlável pelos outros	3,75 (0,80)	3,51 (0,99)	2,09	0,15	0,02
Não controlável	2,73 (0,92)	2,64 (0,92)	0,30	0,59	<0,01

Associação entre a Avaliação do Controlo Situacional, Adesão ao Tratamento e QdV e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

O estudo das relações entre as variáveis psicossociais (Tabela 3) revelou uma associação positiva significativa entre a avaliação cognitiva da condição de saúde como controlável pelo próprio e como controlável pelos outros. Adicionalmente, as três dimensões da avaliação do controlo situacional mostraram-se correlacionadas com a QdV, mas apenas a avaliação da doença como não controlável se associou negativamente à adesão ao tratamento. Verificou-se ainda a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre maior adesão ao tratamento e melhor QdV.

Em relação às associações entre as variáveis psicossociais e variáveis sociodemográficas e clínicas (Tabela 3), verificou-se que uma menor adesão ao tratamento se correlacionou significativamente com a duração da condição crónica de saúde há menos de 2 anos, e que uma melhor QdV se correlacionou significativamente com um menor número de elementos do agregado familiar e com o estado civil solteiro, divorciado ou viúvo. Assim, a

duração da condição crónica de saúde e o número de elementos do agregado familiar serão incluídas no modelo de mediação/moderação como covariáveis (o estado civil não será incluído por se tratar de uma característica própria do grupo etário, variável esta que será analisada como moderadora).

Tabela 3. Correlações entre a avaliação cognitiva do controlo situacional, adesão ao tratamento, qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e clínicas.

	1	2	3	4	5
1. Av. cognitiva: controlável pelo próprio	-				
2. Av. cognitiva: controlável pelos outros	0,55**	-			
3. Av. cognitiva: não controlável	-0,14	-0,04	-		
4. Adesão ao tratamento	-0,04	0,12	-0,23*	-	
5. QdV	0,24**	0,28**	-0,26**	0,20*	-
Sexo ^a	-0,08	0,04	-0,07	0,02	-0,08
Grupo etário ^b	-0,00	-0,13	-0,05	-0,02	-0,07
Escolaridade	-0,01	0,05	-0,18	0,02	-0,03
Situação profissional ^c	0,08	-0,12	-0,02	0,07	-0,12
Agregado familiar	-0,18	0,08	0,00	-0,17	-0,26**
Rendimento mensal ^d	-0,02	0,16	0,03	0,03	0,10
Estado civil ^e	0,05	-0,07	0,16	-0,15	-0,19*
Duração da doença ^f	0,09	0,03	0,14	-0,22*	0,03
Tipo de tratamento ^g	0,26**	0,15	0,09	0,03	-0,04

^a Grupo de referência: 0 = masculino; ^b Grupo de referência: 0 = jovens; ^c Grupo de referência: 0 = estudante/estudante-trabalhador; ^d Grupo de referência: 0 = menos de 1666€/mês; ^e Grupo de referência: 0 = solteiro/divorciado/viúvo; ^f Grupo de referência: 0 = menos de 2 anos; ^g Grupo de referência: 0 = tratamento medicamentoso.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, two-tailed.

Análises de Mediação Moderada

Uma vez que as análises de correlação preliminares mostraram ausência de associações lineares significativas entre a avaliação da doença crónica como controlável pelo próprio ou controlável pelos outros e a adesão ao tratamento, foram apenas testados os efeitos directos e indirectos, via adesão ao tratamento, da avaliação da doença como não controlável na QdV, considerando os efeitos do grupo etário como moderador (modelo 59 do PROCESS;

Figura 1). Controlando o número de elementos do agregado e a duração da condição crónica de saúde, foram encontrados efeitos directos da avaliação cognitiva da doença como não controlável na adesão terapêutica ($B = -0,16$, $SE = 0,07$, $t = -2,20$, $p = 0,03$) e na QdV ($B = -0,16$, $SE = 0,06$, $t = -2,83$, $p < 0,01$). Não foram encontrados efeitos directos significativos da adesão terapêutica na QdV ($B = 0,10$, $SE = 0,08$, $t = 1,35$, $p = 0,18$). Nenhuma destas associações foi moderada pelo grupo etário: os efeitos de interacção entre a avaliação cognitiva da doença como não controlável e o grupo etário não foram significativos a predizer a adesão terapêutica ($B = 0,12$, $SE = 0,14$, $t = 0,82$, $p = 0,41$) ou a QdV ($B = -0,20$, $SE = 0,12$, $t = -1,76$, $p = 0,08$); adicionalmente, a interacção entre a adesão terapêutica e o grupo etário na QdV também não apresentou significância estatística ($B = -0,01$, $SE = 0,15$, $t = -0,05$, $p = 0,96$). Também não foram observados efeitos indirectos condicionais da avaliação cognitiva da doença como não controlável na QdV, via adesão terapêutica ($B = -0,02$, $SE = 0,03$, $CI = -0,11/0,01$ para os jovens; e $B = -0,01$, $SE = 0,02$, $CI = -0,08/0,01$ para os adultos).

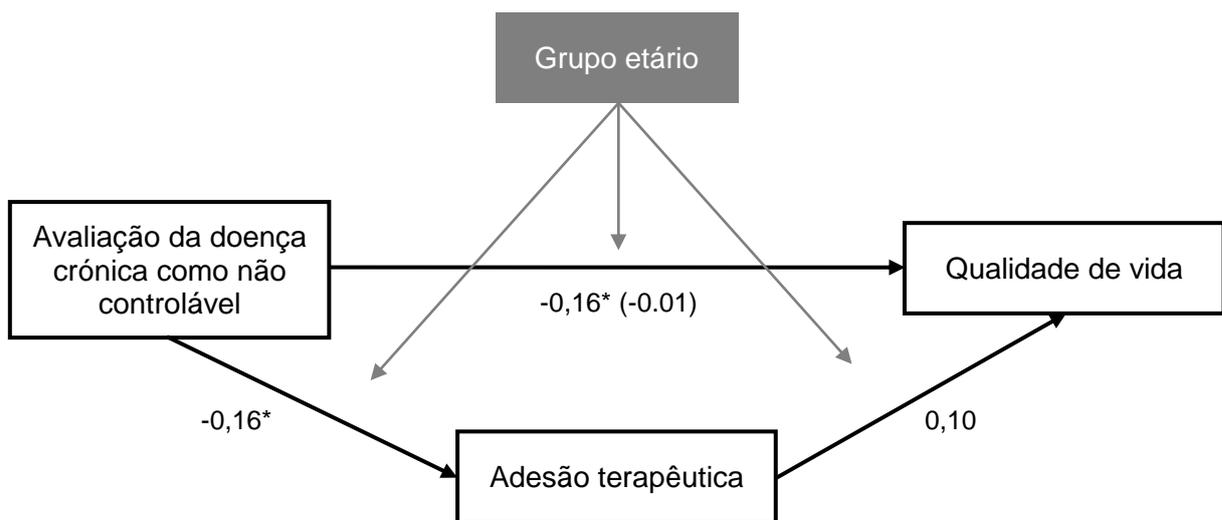


Figura 1. Associações diretas e indiretas, via adesão terapêutica, entre a avaliação cognitiva da doença crónica como não controlável e a QdV.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, two-tailed.

Análises de Moderação

Para explorar mais aprofundadamente o efeito do grupo etário nas associações entre as dimensões da avaliação do controlo situacional e a QdV, foram testados três modelos de moderação simples (modelo 1 do PROCESS), incluindo as dimensões da avaliação cognitiva como variáveis independentes, o grupo etário como variável moderadora, a QdV como variável

dependente, e o número de elementos do agregado familiar e duração da doença como covariáveis. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Efeitos principais e de interação da avaliação cognitiva do controlo situacional e do grupo etário na QdV.

	QdV (VI: Av. cognitiva: controlável pelo próprio)		QdV (VI: Av. cognitiva: controlável pelos outros)		QdV (VI: Av. cognitiva: não controlável)	
	<i>B (SE)</i>	<i>T</i>	<i>B (SE)</i>	<i>t</i>	<i>B (SE)</i>	<i>T</i>
Agregado familiar	-0,14(0,05)	-2,91**	-0,15 (0,05)	-3,41**	-0,13 (0,05)	-2,88**
Duração da doença	0,02 (0,13)	0,16	0,02 (0,13)	0,17	0,13 (0,13)	0,97
Avaliação do controlo	0,13 (0,06)	2,15*	0,20 (0,06)	3,35**	-0,18 (0,06)	-3,18**
Grupo etário	-0,13 (0,11)	-1,23	-0,09 (0,11)	-0,86	-0,16 (0,10)	-1,54
Avaliação do controlo * Grupo etário	0,20 (0,12)	1,64	-0,08 (0,12)	-0,68	-0,19 (0,11)	-1,69
Resumo do modelo	$r^2 = 0,14$ $F_{(5,110)} = 3,62^{**}$		$r^2 = 0,17$ $F_{(5,110)} = 4,45^{**}$		$r^2 = 0,18$ $F_{(5,110)} = 4,79^{**}$	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, two-tailed.

Nos três modelos analisados, foram encontrados efeitos principais significativos da avaliação do controlo situacional na QdV. Especificamente, uma maior tendência para avaliar a doença como controlável pelo próprio ou controlável pelos outros associou-se a uma melhor QdV, explicando 14% e 17% da sua variância, respectivamente; por outro lado, uma maior tendência para avaliar a doença como não controlável associou-se a pior QdV, explicando 18% da sua variância. Não foram encontrados efeitos principais do grupo etário na QdV, nem efeitos de interacção entre o grupo etário e as dimensões da avaliação do controlo situacional, indicando que os efeitos principais da avaliação cognitiva secundária da condição de saúde na QdV ocorrem independentemente da idade dos sujeitos.

Discussão

O presente estudo teve como objectivo analisar a avaliação cognitiva secundária da doença crónica (i.e., avaliação do controlo situacional) e a sua relação com a adesão terapêutica e a QdV em jovens adultos e adultos com condições crónicas de saúde. O carácter inovador deste estudo prende-se com a análise dos efeitos diretos e indiretos, através da adesão aos

tratamentos, da avaliação do controlo da doença na QdV e do papel moderador do grupo etário nestas associações. Os resultados mostraram que não existem diferenças significativas na avaliação do controlo da doença, adesão ao tratamento e QdV entre jovens adultos e adultos. A avaliação da doença como controlável pelo próprio ou pelos outros associou-se a melhor QdV, enquanto a avaliação da doença como não controlável associou-se a menor adesão e menor QdV. Estas associações directas foram invariantes em função do grupo etário.

Contrariamente à nossa primeira hipótese, que previa que os jovens adultos teriam melhor QdV que os adultos com base em estudos prévios (Alves et al., 2007; Glasgow et al., 1997; Klein et al., 1998; Matos & Machado, 2007; Verbrugge, 1989), os resultados do nosso estudo revelaram níveis de QdV equivalentes nos dois grupos etários. Também não foram encontradas diferenças ao nível da adesão ao tratamento nos dois grupos etários, refutando a literatura que refere menores taxas de adesão entre os jovens diagnosticados com a doença (Falkenstein et al., 2004; Patton, 2011; Tebbi, 1993). Se, por um lado, as exigências impostas pelos tratamentos nos adolescentes podem conflitar com o seu desenvolvimento (e.g., interferência dos tratamentos nas suas actividades sociais ou relacionamentos com os pares) e estes poderem optar, conscientemente ou não, por não aderir aos tratamentos (Almeida, 2003), por outro lado, tem-se verificado um aumento do sedentarismo, das patologias decorrentes do envelhecimento e do maior consumo de medicação nos adultos (Conrad, 1985). Alguns autores referem que as percentagens de adesão aos tratamentos decrescem quando os regimes são mais complexos e requerem alterações no estilo de vida (Dias et al., 2011), principalmente nos jovens (Garret & Lemos, 2009). Na nossa amostra, a maior parte dos jovens (67%) toma medicamentos (regimes de tratamentos menos complexos e mais fáceis de aderir), o que poderá explicar a ausência de diferenças em relação aos adultos.

Também contrariamente à literatura que revela que adolescentes tendem a perceber a sua condição de saúde como mais controlável por si mesmas (Balola, 2012; Almeida, 2003; Nowicki & Strickland, 1973) e os adultos tendem a percepcioná-la como mais controlável pelos outros (Kurita & Pimenta, 2003; Williams et al., 2016), a presente investigação revelou que não existem diferenças na avaliação cognitiva entre os jovens adultos e adultos. De acordo com Almeida e Pereira (2006), as expectativas de controlo pessoal resultam de um processo de aprendizagem ao longo da vida, determinado pela personalidade individual em interacção com as características do meio. A fundamentação destes resultados pode estar relacionada com as características da população estudada e com o facto dos participantes de ambos os grupos etários estarem a lidar com uma doença crónica enquanto acontecimento indutor de stresse, o

que pode explicar esta ausência de diferenças, uma vez que a avaliação cognitiva do controlo pode ser influenciada pela natureza da situação indutora de stress, como é referido na descrição do Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica (Lazarus & Folkman, 1984; Samson & Siam, 2008; Samson et al., 2007). O modo como se percebe o stress é que vai determinar a resposta do indivíduo perante o mesmo, as emoções experimentadas, bem como os esforços para o vencer (Lazarus & Folkman, 1984).

Devido às consequências da não adesão para a saúde pública, é necessário compreender os factores psicológicos que influenciam a adesão aos tratamentos e a QdV. Na nossa amostra, a avaliação do controlo situacional como controlável pelo próprio e controlável pelos outros não mostraram associações significativas com a adesão à terapêutica, sendo que estes resultados estão de acordo com o referido na literatura (Albuquerque, 1999; Balola, 2012; Cardoso et al., 2007; López-Larrosa, 2013). No que concerne à dimensão não controlável da avaliação do controlo situacional, em particular, foi observada uma associação significativa negativa com a adesão ao tratamento, sendo que este resultado está de acordo com o referido na literatura, i.e., quando a doença é percebida como não controlável nem pelos esforços do próprio indivíduo nem pela intervenção médica, a adesão ao tratamento pode ser mais negligenciada (Rodrigues & Costa, 2013). Os resultados obtidos reforçam também a relação positiva entre a adesão ao tratamento e a QdV, já amplamente demonstrada na literatura (Almeida et al., 2012; Geocze et al., 2014; Hoey et al., 2001; Nabolsi et al., 2015; Pereira, 2008; Reis et al., 2010; Serrabulho et al., 2014).

De acordo com alguns autores, a adaptação à doença crónica depende de vários factores, como a avaliação que a pessoa faz do agente *stressor* (doença), a eficácia do tipo de *coping* utilizado e o suporte social recebido (Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011). Diferenças individuais também podem interferir na forma e intensidade com que o evento é percebido, bem como na seleção das estratégias adaptativas. Assim, a adaptação sofre influência tanto de factores externos quanto de factores directamente ligados ao indivíduo (como aqueles relacionados à sua percepção, conhecimento, atitudes, crenças, aceitação, percepções, expectativas e motivação), com consequências na sua QdV (Coelho et al., 2005; Rasmussen, Chong, & Alter, 2007). De uma forma geral, constatámos que uma maior tendência para avaliar a doença como controlável pelo próprio e controlável pelos outros se associou a melhor QdV, enquanto uma maior tendência para avaliar a doença como não controlável se associou a pior QdV. Os resultados vão de encontro aos encontrados por Almeida (2003), que verificou que as pessoas que avaliam cognitivamente a doença como controlável têm melhor QdV. No mesmo

sentido, Rodrigues e Pereira (2007) consideram que quando a doença é percebida como não controlável pela pessoa, esta apresenta pior QdV. De forma congruente, quando testados os efeitos principais e de interação da avaliação do controlo situacional como controlável, pelo próprio ou pelos outros, e o grupo etário na QdV verificámos que estas associações são independentes da etapa desenvolvimental dos indivíduos. Logo, ser mais novo não é um fator protetor do impacto da avaliação do controlo situacional na QdV, pois a adaptação psicossocial não resulta apenas das características sociodemográficas, mas de complexas interações entre os factores clínicos, intrapessoais e socio-ecológicos (Samson & Siam, 2008). Apesar da exploração deste aspecto ser pioneiro e da inexistência de estudos prévios, os resultados encontrados poderão ser pertinentes para os profissionais de saúde melhor compreenderem a influência das crenças de controlo na adesão ao tratamento e na QdV.

Limitações do Estudo

A interpretação dos resultados deste estudo deve considerar algumas limitações, entre as quais destacamos o tamanho reduzido da amostra e a sua selecção pelo método não probabilístico de conveniência, o que dificulta a generalização dos resultados à população clínica em geral. Assim, o nosso estudo necessita de replicação em estudos futuros com amostras maiores e com características clínicas mais diversificadas (e.g., inclusão de maior número de participantes em tratamentos não medicamentosos) para aumentar a validade externa dos resultados. Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo não permite estabelecer relações causais entre as variáveis, nomeadamente entre a avaliação do controlo da doença, a adesão aos tratamentos e a QdV. Além disso, a influência da etapa desenvolvimental foi avaliada transversalmente através da comparação entre dois grupos de participantes em idades distintas. Futuramente são necessários estudos longitudinais que estabeleçam a relação entre factores de risco e recursos/factores de protecção e a adaptação às condições crónicas de saúde ao longo do desenvolvimento dos sujeitos. Uma terceira limitação prende-se com a adopção de uma abordagem não categorial à doença crónica e aos tratamentos, visto que as condições crónicas de saúde têm características e consequências específicas e, por isso, podem afectar os indivíduos de diferentes formas. Uma outra limitação que deve ser referida diz respeito à falta de clareza na literatura sobre os limites etários das duas etapas desenvolvimentais em estudo. No presente estudo, os 25 anos foram considerados como ponte de corte para diferenciar jovens adultos e adultos, adoptando uma perspectiva mais conservadora e focada na etapa de transição; no entanto existem outros estudos menos conservadores que consideram a “juventude” até mais

tarde (30/35 anos, de acordo com o estágio desenvolvimental “Intimidade versus Isolamento” proposto por Erikson). A dificuldade de delimitação das etapas desenvolvimentais poderá justificar a ausência de diferenças na avaliação cognitiva do controlo da doença, adesão aos tratamentos e QdV entre os grupos etários. Por fim, a avaliação do controlo situacional foi medido no nosso estudo pela Stress Appraisal Measure, um instrumento que ainda não se encontra validado para população Portuguesa, devido à inexistência de outras medidas para avaliar o mesmo constructo na população Portuguesa.

Implicações para a Prática Clínica e Investigação

Apesar destas limitações, este estudo veio reforçar a existência de associações significativas entre a avaliação do controlo situacional e a QdV, assim como a associação negativa entre a dimensão não controlável e a adesão ao tratamento. A compreensão da adaptação à doença crónica em jovens adultos e adultos, nomeadamente no que concerne à avaliação cognitiva do acontecimento indutor de stresse e de que forma esta afecta a adesão ao tratamento e a QdV (Samson & Siam, 2008; Samson et al., 2007), é uma mais-valia na promoção de práticas terapêuticas mais eficazes. Conhecer a avaliação do controlo situacional do indivíduo é importante para que se antecipem as mudanças que o indivíduo necessitará fazer tendo em vista o melhor manuseamento do tratamento (Kolton, 1988). Segundo Wallston, Wallston e DeVellis (1978), existem controvérsias sobre qual a orientação desejável da avaliação do controlo situacional nas questões de saúde. Assim, é importante que os profissionais de saúde tenham em conta as crenças pessoais, pois segundo o Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica poderemos melhorar a adesão e QdV através da exploração e mudança das cognições que os indivíduos têm sobre a doença (Samson & Siam 2008; Samson et al., 2007). Apesar dos resultados terem-se mostrado parcialmente contraditórios, segundo os autores Petrie, Cameron, Ellis, Buick, e Weinman (2002) as intervenções destinadas a alterar as percepções sobre a doença dos pacientes podem melhorar os seus resultados adaptativos. Tendo por base este pressuposto, sugere-se que os profissionais de saúde tenham em conta, no planeamento e abordagem das suas intervenções, a avaliação dos indivíduos do controlo situacional da doença. Desta forma, tornar-se-á mais fácil ultrapassar as barreiras à adesão ao tratamento, que poderão prender-se, por exemplo, com crenças e percepções individuais. Adicionalmente, a invariância dos processos de adaptação encontradas no nosso estudo indica que estas estratégias de intervenção poderão ser eficazes tanto com jovens na fase de transição para a idade adulta como em adultos séniores.

Referências

- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado de <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Almeida, J. P. (2003). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Braga, Portugal.
- 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 e Doenças*, 7(2), 221-238.
- Almeida, J. P., Pereira, M. G., & Fontoura, M. (2012). Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(1), 60-82.
- Alves, L. C., Leimann, B. C., Vasconcelos, M. E., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G., Fonseca, T. C., Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924-30.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. (2010). Locus of control and contraceptive knowledge, attitude and practice among university students. *RevistaSaúdePública*, 44(1), 39-44.
- Amorim, M. I. (2009). *Para lá dos números...Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto. Porto, Portugal.
- Albuquerque, C. M. S. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, Portugal.
- Ausili, E., Tabacco, F., Focarelli, B., Padua, L., Crea, F., Caliandro, P., ...Rendeli, C. (2007). Multidimensional study on quality of life in children with type 1 diabetes. *EuropeanReviewforMedicalandPharmacologicalSciences*, 11(4),249-255.
- Balola, M. (2012). Locus de controlo e adesão à terapêutica na doença reumática infantil. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 433-446.
- Bugni, V. M., Ozaki, L. S., Okamoto, K. Y., Barbosa, C. M., Hilário, M. O, Len, C. A.,

- &Terreri, M. T. (2012). Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *Jornal de Pediatria*, 88(6), 483-488.
- Burd, M. (2006). O adolescente e a experiência do adoecer: O diabetes *mellitus*. *Adolescência&Saúde*, 3(1), 12-17.
- Carvalho, A. M. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em adolescentes obesos. *Paidéia*, 11(20), 39-47.
- Cardoso, L. K., Carvalho, A. M. (2007). Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 297-312.
- Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: Associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59-64.
- Coelho, E. B., Neto, M. M., Palhares, R., Cardoso, M. C., Geleilate, T. J., & Nobre, F. (2005). Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85(3), 157-161.
- Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. *BMC Psychiatry*, 14, 324. doi:10.1186/s12888-014-0324-6
- Damião, E. B., & Pinto, C. M. (2007). “Sendo transformado pela doença”: A vivência do adolescente com diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 568-574.
- De-Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença crónica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Seland, T. P., Klein, G. M., Paul, L. C., & Mandin, H. (1993). Differences in illness intrusiveness across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(6), 377-381.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Programa nacional para as doenças respiratórias*.

- Retiradode <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>
- Falkentein, K., Flynn, L., Kirkpatrick, B., Casa-Medlley, A., & Dunn, S. (2004). Noncompliance in children post-liver transplant. Who are the culprits? *Pediatric Transplantation*, 8(3), 233-236.
- Figueiras, M. J., Machado, V. A., & Alves, N. C. (2002). Os Modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 20(1), 77-90.
- Garret, S. A. & Lemos, M. S. (2009). Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: Ambiente terapêutico e factores clínicos. In C. Sequeira, J. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins, & T. Rodrigues (Coords.), *Saúde e qualidade de vida em análise* (pp. 123-133). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Glasgow, R. E., Ruggiero, L., Eakin, E. G., Dryfoos, J., & Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20(4), 562-567.
- Geocze, L., Mucci, S., de Marco, M. F., Nogueira-Martins, L. A., & Citero, V. A. (2010). Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 743-749.
- Gormally, J., Rardin, D., & Black, S. (1980). Correlate of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 27(2), 179-191.
- Havighurst, J. R. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David Mackay Company, Inc.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Intervention for enhancing medication adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16, CD000011. doi:10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304.
- Hoey, H., Aanstoot, H., Chiarelli, F., Daneman, D., Danne, T., Dorchy, H., & Aman, J. (2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 24(11), 1923-1928.
- Huguet, A., Eccleston, C., Miró, J., & Gauntlett-Gilbert, J. (2009). Young people making sense

- of pain: Cognitive appraisal, function, and pain in 8-16-year-old children. *European Journal of Pain*, 13(7), 751-759.
- Klein, B. E., Klein, R., & Moos, S. E. (1998). Self-rated health and diabetes of long duration. *Diabetes Care*, 21(2), 236-240.
- Klonowicz, T. (2001). Discontented people: Reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. *European Journal of Personality*, 15(1), 29-47.
- Kolton, K. A., & Piccolo, P. (1988). Patient compliance: A challenge in practice. *The Nurse Practitioner*, 13(12), 37-50.
- Kondryn, H. J., Edmondson, C. L., Hill, J., & Eden, T. O. (2011). Treatment non-adherence in teenage and young adult patients with cancer. *The Lancet Oncology*, 12, 100-108. doi:10.1016/S1470-2045(10)70069-3
- Kothari, A., Gore, D., McDonald, M., Bursey, G., Allan, D., & Scarr, J. (2013). Chronic disease prevention policy in British Columbia and Ontario in light of public health renewal: A comparative policy analysis. *BMC Public Health*, 13, 934. doi:10.1186/1471-2458-13-934
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., & Danquah, S. (2014). Locus of control and anti-hypertensive medication adherence in Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 17, 13. doi:10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3433
- Kurita, G. P., & Pimenta, A. M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crónica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(2-B), 416-425.
- Kurita, G. P., & Pimenta, A. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle saúde. *Revista da Escola de Enfermagem*, 38, 254-261. doi:10.1590/S0080-62342004000300003
- Lang, F. R., & Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 509-523.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leitão, A. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde.
- López-Larrosa, S. (2013). Quality of life, treatment adherence, and locus of control: Multiple family groups for chronic medical illnesses. *Family Process*, 52, 685-696. doi:10.1111/famp.12034
- Marcia, E. J. (2002). Identity and psychological development in adulthood. *Identity*, 2, 7-

28.doi:10.1207/S1532706XID0201_02

- Marinker, M., & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed: Putting concordance for taking medicines into practice. *British Medical Journal*, 326, 348-349.doi:10.1136/bmj.326.7385.348
- Marques, P. A. (2006). *Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: Atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Martire, M., & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 90-94.
- Matos, A. P., & Machado, A. C. (2007). Influência de variáveis biopsicossociais na qualidade de vida em asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148.
- Molassiotis, A., Nahas-Lopez, V., Chung, W. Y., Lam, S. W., Li, C. K., & Lau, T. F. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS*, 13, 301-310.doi:10.1258/0956462021925117
- Moreira, P., Crusellas, L., Lima, A., Melo, A., & Pires, C. (2005). *Saúde: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Morowastisharifabad, M. A., Mahmoodabad, S. S., Baghianimoghadam, M. H., & Tonekaboni, N. R. (2010). Relationship between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30, 27-32. doi:10.4103/0973-3930.60009
- Munsey, C. (2006). Emerging adults: The in-between age. *Monitor on Psychology*, 37(6), 68. Retirado de <http://www.apa.org/monitor/jun06/emerging.aspx>
- Nabolsi, M. M., Wardam, L., & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 1-10.
- Nowicki, S., & Strickland, B.R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 148-154.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Genebra: Edição do autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* Genebra: Edição do autor.

- Pais, S. C., & Menezes, I. (2010). A experiência de vida de crianças e jovens com doença crónica e suas famílias: O papel das associações de apoio no seu empoderamento. *Educação, Sociedade & Culturas*, 30, 131-144.
- Patton, S. R. (2011). Adherence to diet in youth with type 1 diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 550-555. doi:10.1016/j.jada.2011.01.016
- Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6(3), 227-236.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Perlman, R. L., Finkelstein, F. O., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Eisele, G., ... Saran, R. (2005). Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(4), 658-666.
- Petrie, K. J., Cameron, L., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 580-586.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.
- Preacher, K., & Hayes, A. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Rasmussen, J. N., Chong, A., & Alter, D. A. (2007). Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 297(2), 177-86.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399-407.
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infeção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429.

- Rodrigues, A., & Costa, E. V. (2013). Locus de controlo, autoeficácia e qualidade de vida na diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde e Doenças, 14*(3), 389-404.
- Rodrigues, D. M., & Pereira, C. A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisa em Psicologia, 7*(3), 541-556.
- Samson, A., & Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling, 70*, 426-429. doi:10.1016/j.pec.2007.10.018
- Samson, A., Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: Description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention, 127*, 16-28.
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*, 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Sawyer, M. G., Reynolds, K. E., Couper, J. J., French, D. J., Kennedy, D., Martin, J., & Baghurst, P. A. (2004). Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness – A two year prospective study. *Quality of Life Research, 13*(7), 1309-1319.
- Schlenk, E. A., Erien, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowel, J., Engberg, S., Sereika, S. M., ... Bernier, M. J. (1997). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research, 7*(1), 57-65.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of American Medical Association, 289*(14), 1813-1819.
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V., & Raposo, J. F. (2014). A satisfação com a vida e a adesão ao tratamento da diabetes dos jovens adultos com diabetes tipo 1. *Revista Portuguesa Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, 9*(2), 122-128.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica, 21*(2), 185-194.
- Silveira, L. M., & Ribeiro, V. M. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 9*, 91-104. doi:10.1590/S1414-32832005000100008
- Silver, E. J., Westbrook, L. E., & Stein, R. E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric*

- Psychology*, 23, 5-15. doi:10.1093/jpepsy/23.1.5
- Suris, J. C., Michaud, P. A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938-942. doi:10.1136/adc.2003.045369
- Tebbi, C. K. (1993). Treatment compliance in childhood and adolescence. *Cancer*, 71(10), 3441-3449.
- Valentim, O., Santos, C., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Qualidade de vida e percepção da doença em pessoas dependentes de álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 261-276.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twin meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 282-304.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Williams, J. S., Lynch, C. P., Voronca, D., & Egede, L. E. (2016). Health locus of control and cardiovascular risk factors in veterans with type 2 diabetes. *Endocrine*, 51, 83-90. doi:10.1007/s12020-015-0677-8
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- World Medical Association. (2008). *World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retirado de <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>