

BÁRBARA RIBEIRO DA SILVA

**ESTRATÉGIAS DE *COPING*, ADESÃO AO
TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS
ADULTOS E ADULTOS COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Raquel Pires

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2017

BÁRBARA RIBEIRO DA SILVA

**ESTRATÉGIAS DE *COPING*, ADESÃO AO
TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS
ADULTOS E ADULTOS COM CONDIÇÕES
CRÓNICAS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 8 de Fevereiro de 2017, perante o júri, nomeado pelo Despacho Reitoral n.º: 455/2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientadora: Professora Doutora Raquel Pires

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

Lisboa

2017

Índice

Resumo	3
Abstract.....	4
Enquadramento Teórico	5
Condições Crónicas de Saúde e Qualidade de Vida	6
Estratégias de Coping e Qualidade de Vida.....	7
O Papel da Adesão Terapêutica	7
Objetivos e Hipóteses	9
Método.....	10
Participantes.....	10
Procedimentos.....	13
Análises Estatísticas.....	15
Resultados.....	16
Comparação Entre Grupos nas Variáveis em Estudo	16
Associação Entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas, a Qualidade de Vida, a Adesão aos Tratamentos e Estratégias de Coping	17
Análise Exploratória dos Efeitos Principais e de Interação	19
Discussão	21
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos.....	i
Anexo 1.....	ii
Anexo 2.....	iii
Anexo 3.....	viii
Anexo 4.....	ix
Anexo 5.....	x

Índice de Quadros

Quadro 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra em Estudo	12
Quadro 2 - Diferenças Entre os Grupos ao Nível das Variáveis em Estudo	17
Quadro 3 - Correlações Entre as Variáveis em Estudo	19
Quadro 4 - Modelo de Regressão: Efeitos Principais e de Interação que Contribuem Para Explicar a Qualidade de Vida da Amostra em Estudo.....	20

Resumo

As doenças crónicas são de longa duração, produzem incapacidade e exigem do doente a adaptação a várias mudanças na sua vida. Nos jovens adultos, o impacto da doença crónica pode ser particularmente elevado, em função da necessidade de adaptação a diversas dificuldades incomuns nesta faixa etária, tais como as que dizem respeito a assumir novas obrigações, modificar hábitos de vida, gerir os tratamentos, conhecer a doença e lidar com as suas limitações físicas. Considerando a doença crónica como uma condição potencialmente indutora de *stress*, a forma como ela é percebida pelo indivíduo, que depende da sua própria representação de doença e das estratégias que adota face ao novo estado de saúde, influencia os comportamentos de adesão, o que poderá refletir-se ao nível da qualidade de vida.

A presente investigação consistiu num estudo transversal, com o objetivo de analisar as associações entre estratégias de *coping* específicas, adesão ao tratamento e qualidade de vida em jovens adultos e adultos com condições crónicas de saúde, bem como testar o papel mediador da adesão ao tratamento na relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida. Procurou-se ainda averiguar o potencial papel moderador do grupo etário nestes processos. Para o efeito, foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico e foram recolhidos dados através dos seguintes instrumentos: Brief Cope, Medida de Adesão aos Tratamentos e EUROHIS-QOL 8.

A amostra foi constituída por 111 participantes: 60 jovens adultos e 51 adultos. Os resultados obtidos revelam que não se verificaram diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida ($t(109) = 0.023$; $p = .932$) nem de adesão aos tratamentos ($t(108) = -.117$; $p = .907$) apresentados pelos dois grupos. Relativamente aos efeitos da adesão aos tratamentos e do humor verificou-se que quanto maior a adesão aos tratamentos e a utilização do humor, maior a qualidade de vida dos indivíduos.

Em relação aos efeitos de interação, quando os indivíduos são jovens adultos, a aceitação e a utilização de suporte instrumental não contribuem para explicar a qualidade de vida. Porém, quando os indivíduos são adultos, a dimensão utilizar suporte instrumental relaciona-se positivamente com a qualidade de vida ($b = 1.169$, $t = 3.049$, $p = .003$) e a aceitação relaciona-se negativamente com a qualidade de vida ($b = -.766$, $t = -1.742$, $p = .085$).

Palavras-Chave: Doença Crónica, Estratégias de *Coping*, Adesão ao Tratamento, Qualidade de Vida, Jovens Adultos, Adulto

Abstract

Chronic diseases are long-term, produce disability and require the patient to adapt to various changes in your life. In young adults, the impact of chronic disease can be particularly high, due to the need to adapt to several unusual difficulties in this age group, such as those relating to new obligations, modify lifestyle habits, manage treatment, know the disease and deal with their physical limitations. Considering the chronic disease as a potentially inducing condition of stress, how it is perceived by the individual, it depends on your own representation of disease and the strategies adopted against the new health influences the adherence behaviors, which may be reflected in the quality of life.

This research consisted of a cross-sectional study aimed to examine the associations between specific coping strategies, treatment adherence and quality of life in young adults and adults with chronic health conditions and test the adhesion mediating role to treatment in relationship between coping strategies and quality of life. We sought to further investigate the potential moderating role of the age group in these processes. To this end, a sociodemographic and clinical questionnaire and data were collected was used through the following instruments: Brief Cope, Measure Treatment Adherence and EUROHIS-QOL 8.

The sample consisted of 111 participants: 60 young adults and 51 adults. The results show that there were no significant differences in the levels of quality of life ($t(109) = 0.023$, $p = .932$) or adherence to treatment ($t(108) = -.117$, $p = .907$) presented by both groups. For purposes of treatment adherence and mood found that the higher the adherence to treatment and the use humor, the higher the quality of life of individuals.

Regarding the interaction effects when individuals are young adults, the acceptance and use of instrumental support do not contribute to explain the quality of life. However, when subjects are adults, the size instrumental play support relates positively to the quality of life ($b = 1.169$, $t = 3.049$, $p = .003$) and relates negatively acceptance with the quality of life ($b = -.766$, $t = -1.742$, $p = .085$).

Keywords: Chronic Illness, Coping Strategies, Adherence to Treatment, Quality of Life, Young Adults, Adults

Enquadramento Teórico

Entende-se por doença crónica um problema de saúde de longa duração, que produz incapacidade por alterações patológicas irreversíveis e que exige do doente a adaptação a várias mudanças na sua vida (Stanton, Revenson & Tennen, 2007; World Health Organization, 2003). Um dado comum a todas as doenças crónicas é o facto de estas não serem curáveis, sendo apenas possível tratar e prevenir algumas consequências decorrentes das mesmas (Boekaerts & Roder, 1999). A prevalência deste género de doenças em Portugal tem aumentado de forma significativa. Cerca de 21% da população total manifesta incapacidades crónicas, estimando-se que existam cerca de 600 mil pessoas a viver com cinco ou mais patologias deste tipo, o que, do ponto de vista económico, tem enorme impacto nos custos das despesas de saúde (Almeida & Duarte, 2012; Figueiredo, 2007; Sousa, Mendes & Relvas, 2007; Trisolini, Honeycutt, Wieler & Lesesne, 2010).

Do ponto de vista do ajustamento individual, viver com uma doença crónica é uma experiência rigorosa em todas as fases do ciclo vital, requerendo reajustamentos em vários aspetos da vida, principalmente, a nível do funcionamento social, familiar e ocupacional (de Ridder, Geenen, Kuiper & van Middendorp, 2008). Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), a faixa etária dos vinte anos é o auge do desenvolvimento físico do indivíduo. Os jovens encontram-se no ponto máximo das suas vidas ao nível da elaboração de planos académicos, laborais e amorosos, da exploração da sua identidade e da vivência de alguma instabilidade face à eminência de serem responsáveis por si próprios. Devido à existência de uma condição crónica de saúde, terão simultaneamente de adaptar-se a dificuldades incomuns nesta faixa etária, assumindo novas obrigações, modificando hábitos de vida, fazendo os tratamentos e tendo de aprender a conhecer a doença e a lidar com as limitações por ela impostas. Como tal, o impacto da doença crónica na vida de jovens adultos pode ser mais elevado do que em adultos ou idosos, tendo em conta as suas expectativas de vida e todos os reajustamentos necessários face à sua condição de saúde (Munsey, 2006; Papalia et al., 2006; Trentini, Silva & Leimann, 1990; Weissber & Kuster, 1997). Neste sentido, tem sido cada vez mais valorizada a tentativa de perceber o processo de adaptação psicossocial à doença crónica, ou seja, a tentativa de conhecer a forma como os indivíduos se adaptam às suas condições crónicas de saúde ao longo do seu processo de desenvolvimento.

Segundo o Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica (Samson & Siam, 2008; Samson, Siam & Lavigne, 2007), resultados mais ou menos adaptativos ao nível do ajustamento destes indivíduos dependem de um conjunto alargado de fatores e

processos psicossociais. De forma sumária, este modelo compreensivo salienta que a percepção do indivíduo sobre a doença depende da avaliação cognitiva que faz desse acontecimento, tendo por base a sua história pessoal, o seu contexto social e as características do próprio acontecimento. Esta avaliação cognitiva primária refere-se ao significado que o evento tem para o indivíduo, enquanto a avaliação secundária consiste na avaliação dos recursos disponíveis para enfrentar o acontecimento (Lazarus & Folkman, 1984). Será face a essa avaliação que os indivíduos ultrapassarão as tarefas desenvolvimentais inerentes ao processo de adaptação à doença, nomeadamente através da mobilização de estratégias específicas e da adesão ao tratamento, com vista ao restabelecimento do seu estado de equilíbrio psicossocial (Samson & Siam, 2008; Samson et al., 2007).

Os objetivos do presente trabalho foram analisar as associações entre estratégias de *coping* específicas, adesão ao tratamento e qualidade de vida em jovens adultos e adultos com condições crônicas de saúde, bem como testar o papel mediador da adesão ao tratamento na relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida. Procurou-se ainda averiguar o potencial papel moderador do grupo etário nestes processos.

Condições Crônicas de Saúde e Qualidade de Vida

Entendida enquanto a percepção do indivíduo sobre o seu posicionamento na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL- Group, 1994), a qualidade de vida no contexto da doença crónica tem sido cada vez mais alvo de atenção e investimento em termos de cuidados de saúde (de Ridder et al., 2008).

Estudos realizados com doentes crónicos evidenciam a doença crónica como uma condição potencialmente indutora de *stress*, sugerindo a existência de uma diminuição significativa na qualidade de vida dos doentes em função das exigências colocadas pela doença (Bott, Mühlhauser, Overmann & Berger, 1998; Bradley et al., 1999; Klein, Klein & Moss, 1998).

No entanto, o impacto das condições crônicas de saúde na adaptação psicossocial é variável e muitas vezes não se correlaciona com a gravidade ou prognóstico da doença, mas sim com características individuais e estilos de vida adotados, sendo que esta relação não é direta nem linear, parecendo existir uma grande diversidade de respostas dos jovens às vivências de uma condição crónica (Siegel, 1998; Fernandes & Oliveira, 1998).

Estratégias de Coping e Qualidade de Vida

O facto de os resultados de adaptação psicossocial não dependerem apenas das características ou consequências clínicas da condição de saúde e dos tratamentos, mas das complexas interações entre a percepção de *stress* decorrente da doença e dos recursos disponíveis para lidar com a situação, tem vindo a aumentar o interesse no estudo das estratégias de *coping* neste contexto.

Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) definem *stress* como uma situação que é compreendida pelo sujeito como mais ou menos ameaçadora consoante a avaliação que o próprio faz das exigências dessa situação e dos recursos da pessoa ou da sua capacidade para lidar com ela. O *coping* emerge, neste contexto, como o conjunto de esforços realizados pelos indivíduos para lidar com as situações indutoras de *stress*. Apesar das diferentes classificações das estratégias de *coping* existentes na literatura, pode-se, de um modo simples, distinguir entre estratégias que são ativas e orientadas para o confronto com o problema, e estratégias passivas que perpetuam um esforço para reduzir a tensão pelo evitamento de lidar com o problema. Deste modo, o *coping* tem duas principais funções: lidar com o problema que é o motivo de um mal-estar psicológico, *coping* focalizado no problema e, regular a emoção, *coping* focalizado nas emoções (Folkman et al., 1986).

Lazarus e DeLongis (1983) confirmam que os processos de *coping* se alteram durante o desenvolvimento da pessoa, ou seja que através de experiências vivenciadas pelos indivíduos, acontecem grandes modificações. No contexto da doença crónica, em particular, alguns estudos permitiram verificar que estratégias de *coping* focadas na emoção, por comparação com as estratégias de *coping* ativas, são menos adaptativas, refletindo-se numa baixa adesão aos tratamentos e numa avaliação mais deteriorada da qualidade de vida (Nordin & Glimelius, 1998; Santos, 2004; Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011). No entanto, está disponível pouca informação na literatura sobre o papel que estratégias de *coping* específicas podem assumir a este nível.

O Papel da Adesão Terapêutica

A adesão ao tratamento, definida enquanto o grau em que o comportamento de um indivíduo é consistente com os cuidados de saúde prescritos (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001), constitui um dos grandes problemas de saúde da atualidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderiam adequadamente aos tratamentos (Vermeire et al., 2001). Um elevado número de estudos aponta para uma taxa de adesão de 50% em doentes crónicos, nos países

desenvolvidos, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países em desenvolvimento (WHO, 2003), contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida destes indivíduos (Bugalho & Carneiro, 2004; Henriques, 2006; Maia, 2008; WHO, 2003). Entre outros autores, Zimmermann et al., (2011) salientam o impacto da adesão terapêutica ao nível da qualidade de vida, concluindo que doentes com uma melhor adesão ao tratamento apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida. Parece igualmente consensual que as estratégias de *coping* do tipo ativo favorecem o nível de adesão, pois estarão mais relacionadas com situações percebidas pelo indivíduo como controláveis, enquanto as estratégias de *coping* mais passivas estarão relacionadas a uma baixa adesão aos tratamentos (Santos, 2004).

O Modelo de Auto-regulação de Leventhal permite explicar, de certa forma, o modo das pessoas lidarem com a doença crónica. Para que a mudança comportamental ocorra (i.e., adesão ao tratamento) é necessário adicionar à ameaça (i.e., doença crónica) um plano de ação através de instruções específicas (i.e., estratégias de *coping*) que facilitem o sucesso das ações e da adaptação (qualidade de vida), ajudando o indivíduo a incorporá-las no seu ciclo de vida. Este modelo assume assim que perante um dado problema ou mudança no estado do indivíduo, neste caso concreto, a doença crónica, o indivíduo terá de estar motivado para resolver o problema, assumindo-se como um agente ativo na resolução dos mesmos, para que possa alcançar resultados bem-sucedidos ao nível da adaptação psicossocial (Leventhal et al., 1997; Ogden, 2004).

Sendo a adesão ao tratamento uma problemática particularmente pertinente na população de jovens adultos com condições crónicas de saúde, uma vez que estes se encontram numa fase da sua vida em que muitas vezes pela primeira vez assumem um papel autónomo na toma da medicação, e uma vez que alguns estudos têm realçado menores níveis de adesão nesta população comparativamente com a população adulta (Horne, 2001; Hughes, 2004; Vik, Maxwell & Hogan, 2004), a compreensão dos mecanismos acima descritos poderá ter particular pertinência nesta faixa etária.

Objetivos e Hipóteses

Os objetivos desta investigação foram analisar as associações entre estratégias de *coping* específicas, adesão ao tratamento e qualidade de vida em jovens adultos e adultos com condições crônicas de saúde, bem como testar o papel mediador da adesão ao tratamento na relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida. Procurámos ainda averiguar o potencial papel moderador do grupo etário nestes processos. O presente estudo espelha então a relação entre as variáveis em estudo através de um modelo de mediação moderada, em que se define as estratégias de *coping* como variável independente, como variável dependente a qualidade de vida, a adesão aos tratamentos como variável mediadora e o grupo etário como variável moderadora.

Era esperado que os indivíduos que utilizam estratégias de *coping* ativas, focadas na resolução de problemas, apresentassem maiores níveis de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maiores níveis de qualidade de vida. Era igualmente esperado que a relação entre estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e qualidade de vida pudesse ser diferente em jovens adultos e adultos.

O esclarecimento destas questões poderá ter um contributo importante, pois apesar de existirem na literatura nacional e internacional estudos sobre estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e qualidade de vida em doentes crónicos, os que correlacionam todas as variáveis são escassos. Além disso, o foco no jovem adulto é um aspeto a ser destacado, uma vez que a doença crónica nessa etapa do ciclo vital pode ter conseqüências diferentes daquelas provocadas no adulto e até mesmo no idoso, e literatura específica com estas variáveis nestes dois grupos etários é escassa.

Método

Participantes

Foram recolhidos dados de 170 participantes com diagnóstico clínico de condição crónica de saúde (de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-109)), maiores de 18 anos, que se encontravam a receber tratamento farmacológico e que possuíam compreensão da língua portuguesa necessária ao preenchimento do protocolo de avaliação. Segundo os critérios de exclusão definidos para o presente estudo, dos 170 indivíduos foram excluídos 29 indivíduos por apresentarem diagnóstico clínico de psicopatologia grave ($n=4$) ou estarem a fazer tratamentos para uma perturbação psicológica/psiquiátrica à data da participação ($n= 25$). De igual forma, foram excluídos 30 participantes por não fazerem medicação farmacológica.

A amostra final foi então constituída por 111 participantes: 60 jovens adultos (idade: $M=22.22$; $DP=2.256$) e 51 adultos (idade: $M=39.20$; $DP=10.014$). Atualmente não existe acordo acerca das idades que delimitam a faixa etária dos jovens adultos, nomeadamente em função das condições económicas e sociais (Dellamann-Jenkins, Blankemeyer, & Pinkard, 2001). No presente estudo foi adotada uma perspetiva conservadora, que classifica esta fase entre os 18 e os 25 anos (Arnett, 2000).

Como se pode observar no Quadro 1, relativamente às principais características sociodemográficas, em ambos os grupos os indivíduos eram maioritariamente do sexo feminino (jovens adultos: $n=38$, 63.3% vs adultos: $n=37$, 72.5%), com um nível de escolaridade média entre os 13 e os 14 anos (jovens adultos: $M=13.02$; $DP=3.281$ vs adultos: $M=13.73$; $DP=4.695$), com rendimento líquido mensal médio de menos de 1666€/ mês (jovens adultos: $n=42$, 70.0% vs adultos: $n=36$, 70.6%).

Os grupos não se revelaram equivalentes nas variáveis idade (jovens adultos: $M=22.22$; $DP=2.26$ vs adultos: $M=39.20$; $DP=10.01$), situação profissional (jovens adultos eram principalmente estudantes/estudantes trabalhadores: $n=43$, 71.7%; os adultos eram principalmente trabalhadores: $n=32$, 62.7%), estado civil (jovens adultos eram maioritariamente solteiros/as: $n=56$, 93.3%, os adultos eram maioritariamente casados(as)/união de facto: $n=34$, 66.7%), no agregado familiar (jovens adultos viviam na maior parte com pais/irmãos/outros familiares: $n=43$, 71.7%, adultos viviam na maior parte com namorado/a/companheiro/a: $n=25$, 51.0%).

Relativamente às características clínicas, os grupos revelaram-se equivalentes no que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença crónica, sendo a situação mais frequente o

diagnóstico há mais de 2 anos (jovens adultos: $n=48$, 80.0% vs adultos: $n=45$, 88.2%). No entanto, os grupos diferiram relativamente ao tipo de doença crónica vivenciada ($p=.040$), com as doenças do aparelho respiratório a revelarem-se mais prevalentes nos jovens adultos ($n=27$, 45.5%) do que nos adultos ($n=8$, 15.7%). Outras doenças com prevalência assinalável nestes grupos foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (jovens adultos: $n=18$, 30.0% vs adultos: $n=17$, 33.3%).

Quadro 1

Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra em Estudo

Variáveis	Jovens adultos (n=60) n (%)	Adultos (n=51) n (%)	<i>t/x²(gl)</i>	<i>p</i>
Idade				
Média (DP; amplitude)	22.22 (2.256; 18-25)	39.20 (10.014; 26-70)	-12.768 (109)	<.001
Sexo				
Masculino	22 (36.7)	14 (27.5)	1.068 (1)	.318
Feminino	38 (63.3)	37 (72.5)		
Escolaridade				
Média (DP; amplitude)	13.02 (3.281; 0-21)	13.73 (4.695; 0-22)	-.932 (109)	.353
Situação Profissional				
Estudante/Estudante Trabalhador	43 (71.7)	7 (13.7)		
Trabalhador	13 (21.7)	32 (62.7)	38.967 (2)	<.001
Doméstico/Desempregado/ Reformado/Outro	3 (5.0)	12 (23.5)		
Estado Civil				
Solteiro(a)	56 (93.3)	12 (23.5)	56.795 (3)	<.001
Casado(a)/União de facto	4 (6.7)	34 (66.7)		
Viúvo(a)	0	2 (3.9)		
Divorciado(a)/Separado(a)	0	3 (5.9)		
Rendimento Líquido Mensal				
Menos de 1666€/mês	42 (70.0)	36 (70.6)	.005 (1)	1.000
Mais de 1667€/mês	18 (30.0)	15 (29.4)		
Agregado Familiar				
Pais/Irmãos/Outros familiares	43 (71.7)	20 (39.2)		
Sozinho(a)	1 (1.7)	3 (5.9)		
Colegas/Amigos	11 (18.3)	1 (2.0)	32.439 (4)	<.001
Namorado(a)/Companheiro(a)	5 (8.3)	26 (51.0)		
Outro	0	1 (2.0)		
Doença Crónica				
Aparelho respiratório	27 (45.0)	8 (15.7)		
Sangue	0	1 (2.0)		
Ossos, articulações e músculos	2 (3.3)	6 (11.8)		
Aparelho digestivo	3 (5.0)	3 (5.9)		
Autoimunes	5 (8.3)	6 (11.8)		
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	18 (30.0)	17 (33.3)	17.598 (9)	.040
Aparelho geniturinário	2 (3.3)	2 (3.9)		
Sistema Nervoso	0	1 (2.0)		
Aparelho circulatório/cardiovascular	2 (3.3)	7 (13.7)		
Infecção contagiosas	1 (1.7)	0		
Tempo de diagnóstico				
Menos de 2 anos	12 (20.0)	6 (11.8)	1.376 (1)	.305
Mais de 2 anos	48 (80.0)	45 (88.2)		

Procedimentos

O presente estudo faz parte de um projeto mais abrangente, intitulado “Processos e Resultados de Adaptação Psicossocial em Indivíduos Saudáveis e com Condições Crônicas de Saúde”. Este projeto foi aprovado pela Comissão Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa em Janeiro de 2016. Após a aprovação do projeto, os dados foram recolhidos entre março e junho de 2016, tendo sido cumpridos todos os requisitos legais e éticos aplicáveis, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, em serviços de saúde públicos, em associações de doenças crónicas, em residências universitárias, mediante as devidas autorizações.

Para esta recolha de dados foram utilizados dois métodos distintos: 1) plataforma *online* divulgada pelas redes sociais e pelos contactos dos investigadores e 2) formato de “papel e lápis” em contexto comunitário. Para ambos os métodos de recolha de dados, os indivíduos foram convidados a participar no preenchimento do protocolo de avaliação, sendo que aqueles que aceitaram colaborar assinaram um formulário de consentimento informado para a participação no estudo, no qual eram explicados os objetivos da investigação, salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das respostas e o carácter voluntário da participação, com a informação que poderiam desistir a qualquer momento. A acrescentar ainda que foram facultados aos participantes os contactos dos investigadores responsáveis, com vista ao esclarecimento de eventuais dúvidas ou questões adicionais.

Instrumentos

A recolha de informação foi feita através de um questionário sociodemográfico e clínico com respostas abertas e fechadas. Foram igualmente utilizados três instrumentos que permitiram avaliar, respetivamente, o *coping*, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida.

O Brief Cope foi adaptado por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004). Trata-se de uma versão reduzida do questionário de *coping* (COPE) desenvolvido por Carver, Scheier e Weintraub (1989) para avaliar estilos e estratégias de *coping*. O Brief Cope é um questionário com 28 itens, que se distribuem por 14 escalas, com dois itens por escala. As escalas do Brief Cope são: coping ativo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias (medicamentos/álcool) e a última escala é humor. As opções de resposta variam em quatro alternativas, desde “nunca faço isto” (0) até “faço sempre isto” (3). O estudo da consistência

interna deste instrumento com recurso ao Alfa de Cronbach mostrou valores adequados e segue padrões idênticos à versão original (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Após analisar a consistência interna das dimensões na amostra do presente estudo, verificou-se os seguintes valores de alfa: coping ativo (.75), planejar (.58); utilizar suporte instrumental (.76), utilizar suporte social emocional (.72), religião (.86), reinterpretação positiva (.72), auto culpabilização (.55), aceitação (.63), expressão de sentimentos (.79), negação (.70), auto-distração (.43), desinvestimento comportamental (.70), uso de substâncias (.86), humor (.76). Por apresentarem valores de alfa pouco adequados, foram excluídas das análises estatísticas as dimensões planejar, auto-culpabilização e auto-distração.

De modo a avaliar a adesão ao tratamento, foi utilizada a Medida de Adesão aos Tratamentos, validada para a população portuguesa por Delgado e Lima, em 2001. Esta medida desenvolveu-se a partir da medida de adesão apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). A medida é constituída por sete itens numa escala de Likert e avalia o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Para avaliar o grau de adesão, a pontuação é obtida através de uma escala de resposta de seis pontos, que varia entre “sempre” (1) e “nunca” (6), sendo que valores mais elevados significam maior nível de adesão. A consistência interna e a sua validade foram analisadas conforme o critério de contagem de medicamentos, tendo apresentado uma boa consistência interna, sendo o Alpha de Cronbach de 0.74 (Delgado & Lima, 2001). Na amostra em estudo, a medida apresentou uma boa consistência interna, tendo como alfa .82.

Para se medir a qualidade de vida, foi usado o índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL 8, desenvolvido por Power (2003), adaptado a partir dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, em 2003. O EUROHIS-QOL 8, como o nome indica, é constituído por oito itens. A cotação faz-se a partir do somatório de todos os itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde a uma melhor perceção da qualidade de vida. Todas as escalas têm um formato de resposta de cinco pontos. A versão portuguesa apresentou uma boa consistência interna, tendo o Alfa de Cronbach valor de .83. Trata-se de um instrumento que apresenta boas características psicométricas que facilita uma avaliação fácil e breve da qualidade de vida (Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011). Na amostra em estudo apresentou um alfa .83.

Análises Estatísticas

Após a recolha dos dados, procedeu-se à criação da base de dados e ao seu tratamento estatístico no *software* estatístico *StatisticalPackage for the Social Sciences*, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Para a caracterização da amostra, calculámos estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). A homogeneidade das características sociodemográficas entre os dois grupos em estudo 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 das diferentes dimensões do *coping* com o grupo etário foram analisadas através de uma análise multivariada da variância (MANOVA).

Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre todas as variáveis em estudo, de forma a avaliar as associações entre elas. Com esta análise pretendemos esclarecer a viabilidade do modelo de mediação hipotetizado, bem como a potencial necessidade de controlar algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nas análises subsequentes. Dada a ausência de associações significativas entre as dimensões do *coping* e adesão terapêutica, não foram testados os modelos de mediação previamente hipotetizados, a não ser para a dimensão do *coping* uso de substâncias. Optámos, então, por uma análise exploratória das associações entre as várias dimensões do *coping* e a qualidade de vida, averiguando o potencial efeito moderador do grupo etário e a contribuição da adesão terapêutica.

O papel moderador do grupo etário na relação entre as variáveis em estudo foi então examinado através de regressões lineares hierárquicas. Para reduzir a multicolinearidade entre as variáveis independentes e os termos de interação e tornar os coeficientes de regressão mais significativos e interpretáveis, as variáveis independentes foram centradas antes de serem calculados os termos de interação (Aiken & West, 1991). No primeiro bloco da regressão foram introduzidas a covariável (i.e., adesão ao tratamento) e as variáveis independentes centradas, no segundo bloco a variável moderadora e no terceiro bloco os termos de interação entre as variáveis independentes e a variável moderadora (Frazier, Tix, & Barron, 2004). Tendo em conta a reduzida dimensão da nossa amostra para o elevado número de variáveis em estudo, foram testados vários modelos de regressão de forma a seleccionar as melhores variáveis explicativas da qualidade de vida, que foram depois incluídas no modelo de regressão final que se apresenta na secção dos resultados. Os efeitos de interação significativos neste modelo foram então interpretados através da inversão da variável moderadora (antes 0 = jovens adultos, depois 0 = adultos) e a repetição do modelo de

regressão final. Com este procedimento, pretendemos avaliar os efeitos condicionais das variáveis independentes cujo efeito era moderado pelo grupo etário quando este corresponde ao dos adultos.

As análises estatísticas foram efetuadas a um intervalo de confiança de 95%, exceto para o nível de significância das análises de regressão, onde foi considerado um nível de significância de $p < .10$, de forma a compensar a perda de poder estatístico inerente às interações introduzidas nas análises de regressão múltipla (Aguinis, 1995).

Resultados

Comparação Entre Grupos nas Variáveis em Estudo

Tal como apresentado no quadro 2, não se verificaram diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida ($t(109) = 0.023$; $p = .932$) nem de adesão aos tratamentos ($t(108) = -.117$; $p = .907$) apresentados pelos dois grupos.

Relativamente às estratégias de *coping*, verificaram-se diferenças significativas nas dimensões coping ativo ($p = .006$); religião ($p = .037$), reinterpretação positiva ($p = .020$) e aceitação ($p = .011$), com os adultos a apresentarem maiores níveis nestas dimensões comparativamente aos jovens adultos.

Quadro 2

Diferenças Entre os Grupos ao Nível das Variáveis em Estudo

	Jovens Adultos M (DP)	Adultos M (DP)	Test t/F
QdV	29.22 (4.278)	29.20 (5.087)	$t(109) = 0.023, p = .932$
Adesão	34.73 (5.385)	34.84 (4.814)	$t(108) = -.117, p = .907$
Coping	-	-	-
Coping Ativo	3.87 (1.346)	4.59 (1.359)	$F = 7.851; p = .006$
Utilizar Suporte Instrumental	2.85 (1.246)	3.25 (1.611)	$F = 2.226; p = .139$
Utilizar Suporte Social Emocional	3.35 (1.448)	3.53 (1.554)	$F = 0.396; p = .531$
Religião	1.55 (1.741)	2.27 (1.866)	$F = 4.468; p = .037$
Reinterpretação Positiva	3.50 (1.200)	4.12 (1.545)	$F = 5.611; p = .020$
Aceitação	3.50 (1.242)	4.16 (1.447)	$F = 6.623; p = .011$
Expressão de Sentimentos	3.25 (1.385)	3.33 (1.465)	$F = 0.095; p = .759$
Negação	1.70 (1.488)	1.65 (1.324)	$F = 0.039; p = .845$
Desinvestimento Comportamental	1.18 (1.479)	1.18 (1.381)	$F = 0.001; p = .980$
Uso de Substâncias	.38 (.846)	.27 (.961)	$F = 0.043; p = .527$
Humor	2.83 (1.475)	3.25 (1.573)	$F = 2.119; p = .148$

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qdv = qualidade de vida, Adesão = adesão aos tratamentos, Coping = estratégias de coping

Associação Entre as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas, a Qualidade de Vida, a Adesão aos Tratamentos e Estratégias de Coping

Como se pode observar no Quadro 3, a qualidade de vida demonstrou estar positivamente correlacionada com as seguintes dimensões de coping: coping ativo ($p < .05$), utilizar suporte instrumental ($p < .01$), utilizar suporte emocional ($p < .01$), reinterpretação positiva ($p < .01$), humor ($p < .05$) e também com a adesão aos tratamentos ($p < .05$). Por sua vez, a dimensão uso de substâncias provou estar negativamente correlacionada com a qualidade de vida ($p < .05$) e com a adesão aos tratamentos ($p < .05$).

Os dados sugerem que as dimensões coping ativo, expressão de sentimentos, negação, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor, não se associam significativamente com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificou-se ainda que a qualidade de vida não se associa significativamente com as variáveis sociodemográficas avaliadas.

A variável sociodemográfica agregado familiar, correlacionou-se positivamente com as dimensões utilizar suporte instrumental ($p<.05$), utilizar suporte social emocional ($p<.01$), reinterpretação positiva ($p<.05$) e humor ($p<.05$). A variável tempo de diagnóstico correlaciona-se negativamente com a adesão aos tratamentos ($p<.05$), e com a dimensão utilizar suporte social emocional ($p<.05$). A variável escolaridade correlaciona-se positivamente com a dimensão religião ($p<.05$). A dimensão aceitação correlaciona-se significativamente com as seguintes variáveis sociodemográficas: idade ($p<.01$), estado civil ($p<.001$) e situação profissional ($p<.001$).

Quadro 3

Correlações Entre as Variáveis em Estudo

	Variáveis em estudo												
	QdV	Ade	CP	USI	USE	RE	RP	AC	ES	NE	DesC	US	HU
Sexo ^a	.014	-.034	.071	-.050	.111	.178	.086	.040	.005	-.078	-.048	-.129	.076
Idade	-.077	-.009	.164	.004	.013	.146	.150	.297**	.083	.073	.015	-.066	.215*
SitProf ^b	-.154	.058	.032	-.090	-.094	.011	.127	.316***	.011	-.051	.055	-.090	.120
Estado Civil ^c	-.037	-.117	.125	.030	-.055	.185	.107	.316***	-.074	-.004	-.049	.000	.156
Rendimento ^d	.120	.044	.049	.011	.036	.074	.073	.008	.077	-.004	-.027	-.176	.053
Escolaridade	.027	-.004	.184	.150	.158	.230*	.064	-.007	.069	-.071	-.078	-.050	-.078
AgregFam ^e	-.009	-.098	.136	.235*	.287**	.114	.188*	.138	.095	-.038	-.012	-.051	.191*
DC	-.020	.144	-.009	-.089	-.103	.157	-.031	.133	-.042	.091	.050	-.068	.005
TempDiagn ^f	-.017	-.211*	-.008	-.160	-.217*	.012	.002	.079	-.118	-.015	-.030	.055	.008
QdV	-	.226*	.192*	.279**	.296**	-.008	.248**	-.003	.168	-.156	-.126	-.193*	.194*
Ade	.226*	-	-.002	-.019	.088	.060	.116	-.002	-.045	-.089	-.006	-.191*	-.150

Nota. N=111; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

QdV=qualidade de vida; Ade=adesão; CP=coping ativo; USI=utilização suporte instrumental; USE=utilização suporte emocional; RE=religião; RP=reinterpretação positiva; AC=aceitação; ES=expressão de sentimentos; NE=negação; DesC=desinvestimento comportamental; US=uso substâncias; HU=humor; SitProf=situação profissional; Rendimento=Rendimento líquido/mês; AgregFam=agregado familiar; DC=doença crônica; TempDiagn=tempo de diagnóstico

Grupo de referência: ^a0=Masculino, 1=Feminino; ^b1=Estudante/Estudante Trabalhador, 2=Trabalhador, 3=Doméstico/Desempregado/Reformado/Outro; ^c1=Solteiro, 2=Casado, 3=Viúvo, 4=Divorciado; ^d1=Menos de 1666€/mês, 2=Mais de 1666 €/mês; ^e1=Pais/Irmãos/Outros Familiares, 2=Sozinho, 3=Colegas/Amigos, 4=Namorado/Companheiro, 5=Instituição, 6=Outro; ^f 1=Menos de 2 anos, 2=Mais de 2 anos

Análise Exploratória dos Efeitos Principais e de Interação

Dada a ausência de associações significativas entre *coping* e adesão, não foram testados os modelos de mediação previamente hipotetizados, a não ser para a dimensão do *coping*, uso de substâncias, sendo que o modelo não revelou efeitos significativos.

Optámos, então, por uma análise exploratória das associações entre as várias dimensões do *coping* e a qualidade de vida averiguando o potencial efeito moderador do grupo etário. O resultado do modelo final encontra-se apresentado no Quadro 4.

Quadro 4

Modelo de Regressão: Efeitos Principais e de Interação que Contribuem Para Explicar a Qualidade de Vida da Amostra em Estudo

	Bloco 1		Bloco 2		Bloco 3	
	$\Delta R^2 = .17$		$\Delta R^2 = .003$		$\Delta R^2 = .067$	
	$\Delta F_{(5,104)} = 4.538^{***}$		$\Delta F_{(1,103)} = 0.379$		$\Delta F_{(2,101)} = 4.494^{**}$	
	$R^2 = .179$		$R^2 = .182$		$R^2 = .249$	
Variáveis	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>	<i>b</i> (SE)	<i>T</i>
Adesão aos Tratamentos ^a	0.367 (0.326)	1.126	0.247 (0.083)	2.986**	0.271 (0.081)	3.359***
Humor ^b	0.696 (0.301)	2.312**	0.704 (0.302)	2.329**	0.780 (0.294)	2.655**
Aceitação ^c	-.257 (0.329)	-.781	-.209 (0.339)	-0.615	0.538 (0.461)	1.167
Utilizar Suporte Instrumental ^d	0.644 (0.325)	1.985**	0.677 (0.330)	2.053**	-0.024 (0.475)	-0.050
Expressão de Sentimentos ^e	0.246 (0.082)	2.983**	0.356 (0.327)	1.088	0.359 (0.319)	1.123
Grupo Etário			-.536 (0.870)	-0.616	-0.529 (0.842)	-0.628
Aceitação x Grupo Etário ^f					-1.354 (0.618)	-2.193**
Utilizar Suporte Instrumental x Grupo Etário ^g					1.059 (0.583)	1.816*

Nota. * $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

^aAdesão aos tratamentos centrado, ^bHumor centrado, ^cAceitação centrado, ^dUtilizar suporte instrumental centrado,

^eExpressão de sentimentos centrado; ^fAceitação x Grupo etário = termo de interação entre Aceitação e Grupo Etário,

^gUtilizar Suporte Instrumental x Grupo Etário= termo de interação entre Utilizar suporte instrumental e Grupo Etário (0= jovens adultos)

Do modelo final, salientam-se os efeitos das variáveis adesão aos tratamentos e humor (*coping*), bem como das interações aceitação x grupo etário e utilizar suporte instrumental x grupo etário. Relativamente aos efeitos da adesão aos tratamentos e do humor verificou-se que quanto maior a adesão aos tratamentos e a utilização do humor, maior a qualidade de vida dos indivíduos. Em relação aos efeitos de interação, eles revelaram que, quando os indivíduos são jovens adultos, a aceitação e a utilização de suporte instrumental não contribuem para explicar a qualidade de vida. No entanto, quando os indivíduos são adultos, a dimensão utilizar suporte instrumental relaciona-se positivamente com a qualidade de vida ($b=1.169$,

$t=3.049, p=.003$) e a aceitação relaciona-se negativamente com a qualidade de vida ($b=-.766, t=-1.742, p=.085$).

O modelo apresentado explica 25% da variância da qualidade de vida e foi estatisticamente significativo $F(101,109) = 4.185, p<.001$.

Discussão

Os objetivos da investigação foram analisar as associações entre estratégias de *coping* específicas, adesão ao tratamento e qualidade de vida em jovens adultos e adultos com condições crônicas de saúde, bem como testar o papel mediador da adesão ao tratamento na relação entre estratégias de coping e qualidade de vida. Procurámos ainda averiguar o potencial papel moderador do grupo etário nestes processos. Era esperado que os indivíduos que utilizam estratégias de *coping* ativas, focadas na resolução de problemas, apresentassem maiores níveis de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maiores níveis de qualidade de vida. Esperávamos também que a relação entre estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e qualidade de vida pudesse ser diferente em jovens adultos e adultos.

Os nossos resultados não revelaram diferenças ao nível da qualidade de vida e adesão aos tratamentos de jovens adultos e adultos com condições crônicas de saúde. Como tal, reforçam que a doença crónica pode ser uma experiência rigorosa em todas as fases do ciclo vital (de Ridder, Geenen, Kuiper & van Middendorp, 2008), devendo ser dada igual atenção a ambos os grupos etários no âmbito da promoção da adesão aos tratamentos e da qualidade de vida.

Por outro lado, verificaram-se diferenças ao nível de algumas estratégias de *coping* utilizadas por jovens adultos e adultos. Segundo Lazarus e DeLongis (1983), os processos de *coping* alteram-se consoante o desenvolvimento do indivíduo, ou seja, através de experiências vivenciadas pelos mesmos, assumindo que as estratégias adotadas podem variar ao longo do ciclo vital. Apesar do nosso estudo não permitir analisar mudanças entre diferentes fases desenvolvimentais, os nossos resultados apontam no sentido da utilização de diferentes estratégias por parte dos dois grupos etários. Aparentemente existem diferenças entre os grupos etários no coping ativo, reinterpretação positiva, aceitação e religião, com os adultos a recorrerem mais a estas estratégias de *coping* do que os jovens adultos. Várias destas estratégias mostraram estar correlacionadas com a qualidade de vida nos indivíduos estudados, pelo que devem ser alvo de atenção clínica. Além disso, a especificidade da vivência da condição crónica de saúde parece estar mais nos fatores que explicam a qualidade

de vida nas duas etapas desenvolvimentais sendo que neste estudo verificou-se que o grupo etário moderava o efeito de algumas variáveis explicativas e não tanto no facto da qualidade de vida poder estar mais comprometida num grupo do que no outro. Estes resultados são ainda mais pertinentes se tivermos em conta que a promoção da qualidade de vida no contexto da doença crónica tem sido cada vez mais alvo de atenção e investimento em termos de cuidados de saúde (de Ridder et al., 2008) e que no nosso estudo a qualidade de vida não se associou com as variáveis sociodemográficas, mas apenas com a adesão aos tratamentos e com algumas estratégias de *coping*.

Segundo o modelo final, através do qual procurámos explicar a qualidade de vida, tanto nos jovens adultos como nos adultos, podemos assumir que pessoas que recorrem ao humor para lidar com a doença crónica e que apresentam maior adesão aos tratamentos, apresentam maior qualidade de vida. De forma específica, a utilização do suporte instrumental parece ser promotor da qualidade de vida apenas nos adultos, provavelmente por se encontrarem numa fase de vida mais estruturada, com um maior número de responsabilidades e com uma perceção mais realista das consequências da condição crónica de saúde para as suas vidas. Neste caso, entende-se que tentem procurar conselhos para lidar com a situação ou até mesmo ajuda a quem já tenha passado pelo mesmo. Os doentes crónicos envolvem-se em mais estratégias de coping instrumental, dado que estão em regular contacto com os profissionais de saúde (Spirito, Stark & Tyc, 1994), e segundo Morris (1986), a estratégia de coping instrumental está relacionada com uma melhor adaptação à doença, o que se poderá relacionar com uma melhor qualidade de vida. Os nossos resultados vão de encontro a estes autores.

Também nos adultos, uma maior aceitação parece estar associada a uma menor qualidade de vida. Entendemos que uma das explicações para este resultado poderá ter a ver com uma maior passividade, i.e., um menor papel ativo, associado à aceitação. Assim, supomos que adultos que recorrem mais à estratégia de aceitação poderão demonstrar algum conformismo e papel passivo na gestão da doença, o que poderá prejudicar a sua qualidade de vida. Neste estudo, a associação entre aceitação e a adesão aos tratamentos foi também negativa, embora não significativa, sendo este resultado de certa forma coerente a justificação de que a aceitação não está necessariamente ligada a um papel mais ativo na gestão da doença.

De certa forma, estes resultados contribuem para a compreensão do papel moderador do grupo etário na relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida em indivíduos com

condição crónica de saúde, chamando a atenção de que as estratégias de *coping* são mais ou menos adaptadas à promoção da qualidade de vida conforme a etapa do ciclo vital em que o individuo se encontra. Salienta-se igualmente o papel da adesão aos tratamentos na qualidade de vida dos sujeitos.

Importa, contudo, notar que esta investigação apresenta algumas limitações. Nomeadamente, o elevado número de variáveis e o tamanho reduzido da amostra, fatores que podem ter contribuído para a ausência de poder suficiente para detetar potenciais diferenças/efeitos significativos. A fraca representatividade da amostra pode comprometer os resultados encontrados e a generalização dos mesmos para uma população mais ampla de indivíduos com condições crónicas de saúde. Neste sentido, será importante desenvolver pesquisas que, utilizando amostras maiores e mais representativas da população com doença crónica, permitam replicar os resultados encontrados neste estudo, bem como averiguar fatores que promovam a adesão, e esclarecer que papel podem assumir as estratégias de *coping* específicas nestes processos. Estudos futuros deverão também considerar individualmente as distintas condições crónicas de saúde, uma vez que é possível que diferentes condições crónicas de saúde envolvam diferentes processos a estes níveis.

Concluimos que o esclarecimento destas questões parece nos ter um contributo importante, pois apesar de existirem na literatura nacional e internacional estudos sobre estratégias de *coping*, adesão ao tratamento e qualidade de vida em doentes crónicos, os que correlacionam todas as variáveis são escassos. Além disso, o foco no jovem adulto é um aspeto a ser destacado, uma vez que a doença crónica nesta etapa do ciclo vital pode ter consequências diferentes daquelas provocadas no adulto e até mesmo no idoso, e literatura específica com estas variáveis nestes dois grupos etários é escassa.

Referências Bibliográficas

- Aguinis, H. (1995). Statistical power problems with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21(6), 1141–1158. doi:10.1016/0149-2063(95)90026-8
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Almeida, H.N., & Duarte, D.O. (2012). Serviço social e ajudas técnicas: mediações em situação de doença crónica com incapacidade física. *Reportório da Universidade Lusíada*, 39, 147-163.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Boekaerts, M., & Röder, I. (1999). Stress, coping and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 311-337. doi:10.1080/096382899297576
- Bott, U., Mühlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (1998). Validation of a diabetes-specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21(5), 757-769. doi:10.2337/diacare.21.5.757
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004) *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bradley, C., Todd, C., Gorton, T., Symonds, E., Martin, A., & Plowright, R. (1999). The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: The ADDQoL. *Quality of Life Research*, 8, 79-91. doi: 10.1023/A:1026485130100

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Retirado de <http://psycnet.apa.org/journals/psp/56/2/267/>

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. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>

Dellmann-Jenkins, M., Blankemeyer, M., & Pinkard, O. (2001). Incorporating the elder caregiving role into the developmental tasks of young adulthood. *International Journal of Aging & Human Development*, 52, 1-18. doi:10.2190/FGQA-65FU-JGNT-6C9J

Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12). doi:10.1016/S0895-4356(01)00457-7

Fernandes, A.L.G., & Oliveira, M.L. (1998) Avaliação da qualidade de vida na asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 23(3), 148-152 Retirado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=zXm1gTKSIXQC&oi=fnd&pg=RA1-PA142-IA8&dq=ernandes+%26+oliveira+1998-+avalia%C3%A7%C3%A3o+da+qualidade+de+vida+na+asma&ots=GgyPMb6dWC&sig=3hLZB0AY8YcwY4ZjjFb0PKtog2M&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Figueiredo, D.M. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, J.R. & DeLongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571

Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115–134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115.

Henriques, Maria Adriana Pereira. (2006) *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Tese de Doutoramento apresentada na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa.

Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf

Horne, R. (2001). *Compliance, adherence and concordance*. In K. Taylor & G. Harding (Eds) *Pharmacy Practice*, pp. 168-184. London: Taylor & Francis.

Hughes, C. (2004). Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging*, 21(12), 793-811. Retirado de <http://link.springer.com/article/10.2165/00002512-200421120-00004>

Klein, B. E.K., Klein, R., & Moss, S.E. (1998). Self-rated health and diabetes retinopathy. *Diabetes Care*, 21(2), 236-240. doi:10.2337/diacare.21.2.236

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997) *Illness representations: theoretical foundations*. In Petrie, K. & Weinman, J. (Eds). *Perceptions of Health and Illness*, 19-45. London: Harwood Academic Publishers.

Retirado de https://www.academia.edu/259449/Illness_Representations_Theoretical_Foundations

Lazarus, R.S., & DeLongis, A. (1983) Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254. Retirado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-58793-001>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, NY: Springer.

Maia, C. (2008). Adesão à terapêutica: aspetos práticos em medicina familiar. *Fatores de risco*, 3, 42-45.

Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of a medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74. Retirado de

http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.aspx

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>

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Nordin, K., & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with diferente prognosis. *Psychooncology*, 7, 413-423. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809332>

Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)

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. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5515/2/85111.pdf>

Papalia, E. D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed. Retirado de <http://pt.slideshare.net/kzuda/desenvolvimento-humano-diane-e-papalia>

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. Retirado de <http://hdl.handle.net/10316/20675>

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. 145-1599. Amsterdam: IOS Press.

Retirado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf#page=149

Samson, A., & Siam, H. (2008) Adapting to major chronic illness: a proposal for a comprehensive task model approach. *Patient Educacion and Counseling*, 70(3), 426-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.018>

Samson, A., Siam, H.; & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration of an integrated task-based model. *Interventions*, 127, 16-28.

Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Andre_Samson/publication/237724077_Psychosocial_adaptation_to_chronic_illness_description_and_illustration_on_an_integrated_task-based_model/links/53dfd0090cf2a768e49be722

Santos, C. (2004). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/22948>

Siegel, L.J. (1998). *Children medically at risk*. In R.J. Morris & T.R. Kratochwill (Eds.). The practice of child therapy, 325-366. Allyn & Bacon. Retirado de [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Y7sQ95eyZ84C&oi=fnd&pg=PA363&dq=Siegel,+L.J.+\(1998\).+Children+medically+at+risk.+In+R.J.+Morris+%26+T.R.+Kratochwill+\(Eds.\).+The+practice+of+child+therapy,+pp.+325-366.+Allyn+%26+Bacon.&ots=fZ6edN_nfw&sig=ALMo9NPqztOBfNiQf5Bo8j9fqZM&redirect_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Y7sQ95eyZ84C&oi=fnd&pg=PA363&dq=Siegel,+L.J.+(1998).+Children+medically+at+risk.+In+R.J.+Morris+%26+T.R.+Kratochwill+(Eds.).+The+practice+of+child+therapy,+pp.+325-366.+Allyn+%26+Bacon.&ots=fZ6edN_nfw&sig=ALMo9NPqztOBfNiQf5Bo8j9fqZM&redirect_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Sousa, M.R.G., Landeiro, M.J.L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência III* (4), 151-160. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a16.pdf>

Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A.P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.

Spirito, A., Stark, L.J., & Tyc, V.L. (1994). Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(4), 314-322

Stanton, A., Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085615

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Internacional Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286

Trentini, M., Silva, D.G.V., Leimann, A.H. (1990). Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev. Gaúch Enfermagem*, 11(1), 18-28.

Retirado do resumo de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=9023&indexSearch=ID>

Trisolini, M, Honeycutt, S, Wieler, J. & Lesesne, S. (2010). Global Economic Impact of Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis International Federation*. Retirado de https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Global_economic_impact_of_MS.pdf

Vermeire, E., Hearnshaw, H., VanRoyen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research- A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363

Vik, S., Maxwell, C. & Hogan, D. (2004). Measurement, correlates and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother*, 38(2), 303-312. doi:10.1345/aph.1D252

Weissberg, R.P., & Kuster, C.B. (1997). *Let's make "Healthy children 2010" a national priority!* In R.P. Weissberg, T.P. Gullota, R.L. Hampton, B.A. Ryan, & G.R. Adams (Eds.), *Enhancing children's wellness*, pp 1-16. London: Sage Publications.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Retirado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

Zimmermann, C., Burman, D., Swami, N., Krzyzanowska, MK., Leighl, N., Moore., ... & Tannock, I. (2011). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 19, 621-629. doi:10.1007/s00520-010-0866-1

Anexos

Anexo 1

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: _____

Anexo 2

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 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?

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

Anexo 3

EUROHIS-QOL-8

(Power, 2003; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011)

Instruções: Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida **nas duas últimas semanas**.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

5. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

6. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

8. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

Anexo 4

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. Procuo 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. Procuo 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. Procuo 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

Anexo 5

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

(Delgado & Lima, 2001)

Por favor, indique a opção que, para cada pergunta, melhor expressa a sua resposta. Se anteriormente indicou que nunca lhe foi diagnosticada uma condição crônica de saúde, ou se, apesar de ter o diagnóstico de uma condição crônica de saúde, não se encontra atualmente a realizar tratamentos, por favor, não responda a este questionário.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

1 Sempre	2 Quase sempre	3 Com frequência	4 Por vezes	5 Raramente	6 Nunca
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------