

MARIA MADALENA CODEÇO BRANDÃO

**PERCEPÇÃO DE *STRESS*, APOIO SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS E ADULTOS
COM CONDIÇÕES CRÓNICAS DE SAÚDE**

Orientadora: Prof.^a Doutora Neuza Silva

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

MARIA MADALENA CODEÇO BRANDÃO

**PERCEPÇÃO DE *STRESS*, APOIO SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS E ADULTOS
COM CONDIÇÕES CRÓNICAS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção de 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 nº 454/2016 com a seguinte composição:

Presidente:

Professor Doutor Américo Baptista-ULHT

Arguente:

Professora Doutora Bárbara Gonzalez-ULHT

Orientadora:

Professora Doutora Neuza Silva

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

Quero deixar umas breves palavras de agradecimento a todos os que contribuíram para realização da dissertação.

Antes de mais, gostaria de primeiro agradecer a Deus pela força e pelas pessoas que colocou no meu caminho e aquelas que permitiu continuarem ao meu lado nesta jornada.

Agradeço à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Neuza Silva, pela disponibilidade, apoio, investimento e transmissão de conhecimentos que abriram os meus horizontes.

Agradeço à minha irmã querida pela força, apoio que me fortaleceu e contribuiu para chegar ao fim.

À minha admirável e querida mãe pela força e presença nesta fase mais exigente

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

Aos meus amigos, um muito obrigada pela amizade, partilha e pelo encorajamento mútuo face às adversidades.

Um obrigada ainda a tantas outras pessoas, professores, colegas, conhecidos que de forma directa ou indirecta me permitiram a concretização da dissertação.

Sumário

Objectivos: O presente estudo pretendeu comparar a percepção de *stress* associado às condições crónica de saúde, o apoio social e a qualidade de vida (QdV) entre diferentes grupos etários e analisar o efeito protector do apoio social no impacto negativo da percepção de *stress* associado à condição crónica de saúde na QdV em duas etapas desenvolvimentais distintas. **Método:** A amostra foi constituída por 84 jovens (18-25 anos) e 79 adultos (26-64 anos) com diagnóstico de uma condição crónica de saúde. Os participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e instrumentos de avaliação do *stress* percebido (Stress Appraisal Measure), apoio social (Escala de Satisfação com o Suporte Social) e QdV (EUROHIS-QOL-8). **Resultados:** Os resultados revelaram que não existem diferenças no *stress* percebido, satisfação com o apoio social e níveis de QdV entre os grupos etários. O *stress* percebido teve um efeito negativo e o apoio social teve um efeito positivo na QdV e estes efeitos principais foram invariantes entre os grupos etários. **Conclusão:** Estes resultados vêm reforçar a importância de avançar com estratégias de intervenção focadas na promoção do apoio social e na redução do *stress* de forma a facilitar a adaptação às condições de saúde em ambos os grupos etários.

Palavras-chave: Apoio social, Condições crónicas de saúde, Jovens adultos e Adultos, Percepção de *stress*, Qualidade de vida.

Abstract

Objectives. The present study was aimed at comparing the appraisal of disease-related stress, social support and quality of life (QoL) between two different age groups, as well as the protective role of social support on the negative effects of stress appraisal on QoL, taking into account the moderating role of developmental stage. **Method.** The sample included 84 youths (18-25 years-old) and 79 adults (26-64 years-old) with a clinical diagnosis of a chronic health condition. The participants completed a sociodemographic and clinical datasheet, as well as self-reported measures of stress (Stress Appraisal Measure), social support (Satisfaction with Social Support Scale) and QoL (EUROHIS-QOL-8). **Results.** The results revealed no significant differences on stress appraisal, satisfaction with the social support and levels of QoL between among youths and adults. The stress appraisal had a negative main effect and the social support a positive main effect on QoL and these main effects were invariant among age groups. **Conclusion.** These results reinforce the importance of developing intervention strategies focused on promotion of social support and on stress decrease, in order to facilitate the adaptation to the chronic health condition in both age groups.

Key-words: Chronic health conditions, Quality of life, Social Support, Stress appraisal, Youths and adults.

Abreviaturas

APA – American Psychological Association

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

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

Introdução.....	10
Condições Crónicas de Saúde e QdV em Jovens e Adultos	11
Percepção de <i>Stress</i> e Qualidade de Vida.....	11
Apoio Social como Factor Protector no Processo de Adaptação	12
O Presente Estudo: Objectivos e Hipóteses	13
Método	15
Procedimento e Participantes	15
Instrumentos.....	17
Stress Appraisal Measure.	17
Índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8.....	18
Escala de Satisfação com o Suporte Social.	18
Questionário de dados sociodemográficos e clínicos.	19
Análise de Dados.....	19
Resultados	20
Comparação de Médias entre Grupos Etários.....	20
Inter-correlações entre as Variáveis Psicossociais e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	21
Efeitos Principais e de Interação da Percepção de <i>Stress</i> e do Apoio Social na QdV	22
Discussão.....	23
Limitações do Estudo	26
Implicações para a Prática Clínica	27
Referências	28

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 2. Análises univariadas e multivariadas da covariância.

Tabela 3. Matriz de correlações entre as variáveis.

Tabela 4. Efeitos principais e de interacção do *stress*, apoio social (AS) e grupo etário na QdV.

Índice de Figuras

Figura 1. Desenho do estudo: modelo de moderação moderada.

Introdução

Numa perspectiva não categorial, as condições crónicas de saúde podem ser definidas como tendo uma base biológica, psicológica ou cognitiva, duração superior a 1 ano, e estarem associadas a limitações funcionais, dependência de mecanismos compensatórios para minimizar essas limitações (e.g., medicação), e/ou necessidade sistemática acrescida de cuidados médicos (Silver, Westbrook, & Stein, 1998). A prevalência das condições crónicas de saúde tem aumentado exponencialmente devido ao permanente desenvolvimento científico e tecnológico que contribui para a redução da mortalidade e morbilidade associadas a doenças anteriormente consideradas terminais (De-Castro & Piccinini, 2002; Miauton, Narring, & Michaud, 2003; Organização Mundial de Saúde, 2005; Stein & Silver, 1999).

Num contexto em que os progressos no campo da medicina têm enfatizado a prevenção e controlo das condições crónicas de saúde, a qualidade de vida (QdV), definida 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), tem vindo a ser considerada um importante resultado de saúde a considerar no processo de tomada de decisão clínica e na investigação (Clarke & Eiser, 2004). Apesar das evidências de que o diagnóstico de uma condição crónica de saúde pode constituir-se como um acontecimento indutor de *stress* que afecta o funcionamento e o bem-estar físico, emocional e social, e requer uma adaptação constante à nova situação, o apoio social pode constituir-se como um importante recurso facilitador da adaptação. Os resultados de adaptação psicossocial não dependem directamente das características clínicas da condição de saúde e dos tratamentos, mas de complexas interacções entre a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde e dos recursos disponíveis para enfrentar a situação, como por exemplo a satisfação com o apoio social (Barros, Matos, & Batista-Foguet, 2008; Lazarus & Folkman, 1984; Martire & Schulz, 2007; Pais-Ribeiro, Meneses, Meneses, & Grupo Português para o estudo da Qualidade de Vida, 1998; Samson & Siam, 2008; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003; Silva, Santos, Carona, Crespo, & Canavarro, 2012).

Neste contexto, este estudo visa contribuir para a compreensão das condições nas quais o apoio social poderá contribuir para minimizar o impacto negativo do *stress* na QdV, oferecendo pistas para alvos de intervenção psicossocial como o intuito de promover a QdV e a saúde em geral nos diferentes grupos etários.

Condições Crónicas de Saúde e QdV em Jovens e Adultos

Estudos empíricos mostram que os indivíduos com condições crónicas de saúde apresentam pior QdV comparativamente aos seus pares saudáveis, quer na adolescência (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998; Sawyer et al., 2008; Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003; Valente, 2011), como na idade adulta (Paredes et al., 2008; Perlman et al., 2005; Schlenk et al., 1997). Comparando a QdV em diferentes faixas etárias, os resultados dos estudos demonstraram que os jovens têm melhor QdV do que os adultos séniores (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoos, & Chobanian, 1997; Klein, Klein, & Moos, 1998). A adolescência representa uma fase crítica de transição da infância para a vida adulta, onde decorrem muitas alterações biopsicossociais e, por isso, é um período crucial no que diz respeito à saúde, uma vez que, o aparecimento de uma condição crónica de saúde vem interferir com o normal crescimento e desenvolvimento psicossocial. Estas alterações podem ter consequências na condição crónica de saúde, (e.g., não adesão ao tratamento, comportamentos de risco), assim como esta pode ter impacto no desenvolvimento (e.g., restrições nas actividades sociais do adolescente). A transição para a idade adulta é caracterizada pelo desenvolvimento, realização e consolidação da identidade pessoal e social do indivíduo, culminando na aquisição do estatuto social de adulto (Andrade, 2010; Moreira, Crusellas, Lima, Melo, & Pires, 2005; Santos, Santos, Ferrão & Figueiredo, 2011). A fase adulta caracteriza-se pela estabilidade profissional e das relações interpessoais, constituição de família e realização de projectos individuais e colectivos. O surgimento de uma condição crónica de saúde representa uma ameaça a essas tarefas desenvolvimentais, vivenciadas de forma distinta de indivíduo para indivíduo (Brito, 2009; Oliveira, 2004).

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 de Samson (2008). Dentro destes factores, têm sido identificados diversos factores de risco e de protecção determinantes da adaptação à condição crónica de saúde, nomeadamente a percepção de *stress* e o apoio social (Barros, Matos, & Batista-Foguet, 2008; Samson & Siam, 2008; Samson, Siam, & Lavigne, 2007).

Percepção de *Stress* e Qualidade de Vida

De acordo com o modelo de adaptação referido (Samson & Siam, 2008; Samson et

al., 2007), a percepção da condição crónica de saúde consiste na avaliação cognitiva que o sujeito faz do acontecimento, em função das suas características, história pessoal e contexto social. Inicialmente, o indivíduo avalia o significado que o evento tem para si (e.g., irrelevante, positivo ou stressante), podendo ter repercussões facilitadoras ou dificultadoras do processo adaptativo – avaliação primária. Posteriormente avalia o que pode fazer para se adaptar ou confrontar com o agente *stressor*, iniciando uma procura cognitiva dos recursos e opções disponíveis para enfrentar o acontecimento, a fim de ser bem-sucedido no processo adaptativo – avaliação secundária. Assim, a resposta ao *stress* ocorre quando as situações são percebidas como ameaçadoras ou excedem os recursos comportamentais e cognitivos da pessoa, podendo colocar em perigo o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

Vários estudos indicam uma relação significativa negativa entre a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde e a QdV (Alriksson-Schmidt, Wallander, & Biasini, 2007; Ruivo, 1999; Rush et al., 2014; Scharloo et al., 2005). No entanto, a maioria destes estudos debruçam-se, essencialmente, sobre a população adulta, existindo poucos estudos empíricos com populações pediátricas. A escassez de estudos que considerem as especificidades das distintas faixas etárias, poderão prender-se com as dificuldades na avaliação da percepção cognitiva do *stress* nos mais novos ou com o facto de os autores considerarem os participantes entre os 18 e os 80 anos como adultos. Assim, é importante o desenvolvimento de investigações que contemplem as diferenças na percepção de *stress* entre as diferentes faixas etárias, uma vez que estas podem ter um impacto diferente na QdV.

Apoio Social como Factor Protector no Processo de Adaptação

O apoio social pode ser conceptualizado como o ambiente social ou pessoas que fazem parte da rede social do indivíduo, incluindo as suas dimensões estrutural (dimensão quantitativa referente à existência de relações entre os membros da rede social) e funcional (dimensão qualitativa, referente aos recursos emocionais, instrumentais e informativos proporcionados pelas interações sociais (Helgeson, 2003). As principais hipóteses referentes ao apoio social referem-se ao efeito principal e ao efeito “amortecedor”. A hipótese do efeito principal preconiza uma relação directa entre o apoio social e a QdV, independentemente do nível de *stress* (Cohen & Wills, 1985). A hipótese do efeito “amortecedor” prevê que o apoio social possa contribuir para a redução do impacto negativo do *stress* associado à condição crónica de saúde na QdV (Carona, Moreira, Silva, Crespo, & Canavarro, 2014; Mitchell, Billings & Moos, 1982). Segundo esta hipótese teórica do efeito protector do apoio social, os

sujeitos expostos a níveis mais elevados de *stress* serão mais fortemente influenciados pela presença ou ausência do apoio social (Cohen & Wills, 1985; Quittner, Glueckauf, & Jackson, 1990). Estudos empíricos têm mostrado associações positivas entre o apoio social e a QdV em crianças/adolescentes (Jackson & Warren, 2000; Silva et al., 2012; Weis et al., 2002; Zeller & Modi, 2006), assim como em jovens adultos e adultos (Matuz, Birbaumer, Hautzinger, & Kúbler, 2015; Smite, Rudzite, & Ancane, 2012), confirmando a hipótese do efeito principal do apoio social. No entanto, estes estudos não consideram as especificidades inerentes às diferentes etapas desenvolvimentais. Adicionalmente, existem poucos estudos empíricos que evidenciem o papel do apoio social como moderador do impacto negativo do *stress* na QdV na população pediátrica (Jackson & Warren, 2000; Silva et al., 2012) e que abordem esta temática considerando as diferentes fases do desenvolvimento (Coelho & Ribeiro, 2000; Valentim, Santos, & Pais-Ribeiro, 2014; Young, 2001).

Perante uma condição crónica de saúde percebida como uma fonte de *stress*, o apoio social assume um papel importante para enfrentar as exigências adaptativas que esta impõe, podendo constituir-se como um recurso utilizado pelo indivíduo para enfrentar as vicissitudes do quotidiano (Cassel, 1974; Cobb, 1976; Ribeiro, 1999; Sparud-Lundin, Ohrn, & Danielson, 2009). Alguns estudos demonstram que as fontes de satisfação com o apoio social dependem do grupo etário. Na infância, os pais representam a maior fonte de apoio social seguida do grupo de pares. Com o crescimento, o grupo de pares torna-se proeminente, constituindo a maior fonte de apoio social e emocional na adaptação à doença (Antunes & Fontaine, 2008; La Greca, 1992; La Greca et al., 1995; Sánchez-Queija & Oliva, 2003). Assim, os jovens adultos apontam os amigos e as actividades sociais e lúdicas como fontes de apoio social privilegiadas, principalmente em indivíduos do sexo masculino (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006; Nogueira 2001; Pais-Ribeiro, 1999). Já os adultos tendem a privilegiar mais as relações familiares como fonte de apoio social, tendo sido o cônjuge apontado como a fonte mais importante pelos homens e os filhos pelas mulheres. Esta distinção entre jovens e adultos justifica-se pelo facto de os jovens encontrarem-se num processo de procura de identidade e individualidade, através de novos grupos de referência como o grupo de amigos, para além do familiar (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006).

O Presente Estudo: Objectivos e Hipóteses

Apesar das evidências de que as condições crónicas de saúde podem constituir uma condição indutora de *stress* com impacto negativo na QdV, e de que este impacto pode ser

amenizado pelo efeito protector do apoio social satisfatório, não existem estudos empíricos que estudem estas relações em etapas desenvolvimentais distintas. Assim, considerou-se pertinente desenvolver o presente estudo com o objectivo geral de analisar o efeito protector do apoio social na diminuição do impacto negativo da percepção de *stress* associado às condições crónicas de saúde na QdV em indivíduos em duas etapas desenvolvimentais distintas (i.e., jovens entre os 18 e os 25 anos e adultos entre 26 e 64 anos de idade). Assim, foram definidos os seguintes objectivos específicos: (1) comparar a percepção de *stress* associado às condições crónica de saúde, o apoio social e a QdV entre diferentes grupos etários (i.e., jovens entre os 18 e os 25 anos vs. adultos entre os 26 e os 64 anos de idade); (2) analisar as relações entre a percepção de *stress* decorrente das condições crónicas de saúde, o apoio social e a QdV; (3) testar o papel moderador do apoio social na relação entre a percepção de *stress* decorrente das condições crónicas de saúde e a QdV; e (4) testar a (in)variância do modelo de moderação entre jovens entre 18 e 25 anos e adultos entre 26 e 64 anos de idade.

Com base na revisão da literatura, foram delineadas algumas hipóteses. Em relação ao estudo comparativo entre grupos etários, espera-se que os jovens adultos apresentem maiores níveis de satisfação com o apoio social dos amigos e das actividades sociais, e que os adultos apresentem maiores níveis de satisfação com o apoio social proveniente das relações familiares e da intimidade (H1). Espera-se também que jovens adultos com condições crónicas de saúde tenham melhor QdV do que adultos com condições crónicas de saúde (H2). Em relação à associação entre as variáveis, espera-se que a percepção de *stress* associado às condições crónicas de saúde esteja correlacionada negativamente com a QdV (H3); e que o apoio social esteja associado positivamente com a QdV (H4). Adicionalmente, espera-se que o apoio social contribua para atenuar/moderar o impacto negativo da percepção de *stress* associado às condições crónicas de saúde na QdV (H5) em ambos os grupos etários.

A articulação esquemática das variáveis em estudo é apresentada na Figura 1.

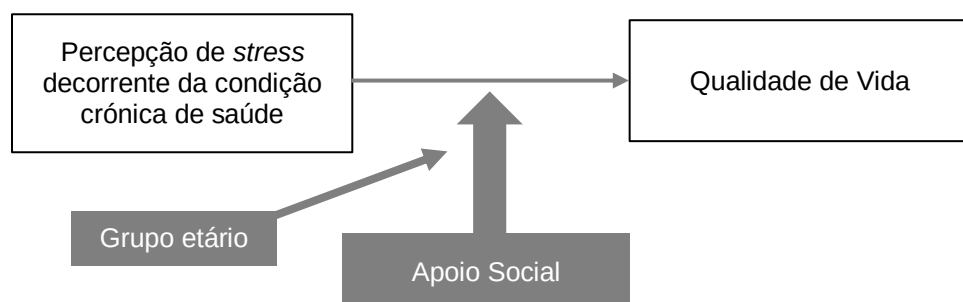


Figura 1. Desenho do estudo: modelo de moderação moderada.

Método

Procedimento e Participantes

O estudo integra-se num projecto mais abrangente intitulado “Processos e Resultados de Adaptação Psicossocial em Indivíduos Saudáveis e com Condições Crónicas de Saúde”. Este estudo 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 (ULHT). Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, correlacional e comparativo, no qual a amostra foi seleccionada através do método não probabilístico de conveniência. Os dados foram recolhidos entre Março e Junho de 2016 através de um conjunto de questionários de auto-resposta, após autorização dos respectivos autores. Para a recolha dos dados foram utilizados dois procedimentos distintos: 1) plataforma *online* divulgada pela rede de contactos dos investigadores, através do correio electrónico, e redes sociais; e 2) formato de papel aplicado presencialmente. Foi enviado um *e-mail* com uma curta apresentação da investigação e acesso à hiperligação do questionário para diversas entidades de apoio a doentes crónicos. Ressalta-se, ainda, que foram facultados aos participantes os contactos dos investigadores responsáveis, para dar resposta a eventuais dúvidas ou questões adicionais. Para ambos os procedimentos de recolha de dados foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, assegurando que estes seriam tratados colectivamente e apenas para fins de investigação. A recolha dos dados foi acompanhada pela apresentação dos objectivos do estudo, dos critérios de inclusão/exclusão, do papel dos participantes e investigadores, e da aceitação voluntária para a colaboração através do consentimento informado disponibilizado, 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, participaram neste projecto 492 indivíduos. Para o presente estudo foram seleccionados 163 participantes, 84 jovens adultos e 79 adultos, segundo os seguintes critérios de inclusão: 1) idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos e os 26 e os 64 anos; 2) diagnóstico de condição crónica de saúde de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF; Leitão, 2004); 3) ausência de diagnóstico de perturbação psicológica e de tratamentos para perturbação psicológica/psiquiátrica; e 4) *missing values* numa percentagem inferior a 20%.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

		Jovens	Adultos	Diferenças entre grupos
Variáveis sociodemográficas				
Sexo, <i>n</i> (%)	Feminino	59 (70,2%)	54 (68,4%)	$\chi^2 = 0,07$
	Masculino	25 (29,8%)	25 (31,6%)	
Nacionalidade, <i>n</i> (%)	Portuguesa	80 (96,4%)	76 (96,2%)	$\chi^2 = 0,95$
	Brasileira	3 (3,6%)	3 (3,8%)	
Escolaridade, <i>M</i> (<i>DP</i>)		13,6 (0,27)	14,4 (0,44)	$t = - 1,46$
Situação profissional, <i>n</i> (%)	Estudante/Estudante-trabalhador(a)	59 (70,2%)	16 (20,5%)	$\chi^2 = 41,03^{**}$
	Trabalhador(a)	15 (17,9%)	44 (56,4%)	
	Outro	10 (11,9%)	18 (23,1%)	
Agregado familiar, <i>M</i> (<i>DP</i>)		3,17 (1,17)	2,91 (1,12)	$t = 1,42$
Estado civil, <i>n</i> (%)	Casado(a)/união de facto	6 (7,1%)	44 (55,7%)	$\chi^2 = 45,13^{**}$
	Solteiro(a)/Viúvo(a)/ Divorciado(a)	78 (92,9%)	35 (44,3%)	
Variáveis clínicas				
Duração da doença, <i>n</i> (%)	< 2 anos	23 (27,4%)	10 (12,7%)	$\chi^2 = 5,47^*$
	> 2 anos	61 (72,6%)	69 (87,3%)	
Tratamento, <i>n</i> (%)	Não	17 (20,2%)	14 (17,7%)	$\chi^2 = 0,17$
	Sim	67 (79,8%)	65 (82,3%)	

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

Os resultados obtidos indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os jovens adultos com condições crónicas de saúde e os adultos em relação ao estado civil ($\chi^2 = 45,13$; $p < 0,01$), à situação profissional ($\chi^2 = 41,03$; $p < 0,01$) e à duração da condição crónica de saúde ($\chi^2 = 5,47$; $p = 0,02$). No entanto, pode-se afirmar que a maior frequência de adultos trabalhadores e casados e a maior frequência de jovens estudantes e solteiros são características de cada fase desenvolvimental e, por isso, não foram considerados nas análises subsequentes.

Em relação às características clínicas, verificou-se que as doenças do aparelho respiratório nos jovens (28,6%), as doenças neuromuscoléticas e relacionadas com o movimento nos adultos (26,6%) e as doenças dos sistemas metabólico e endócrino (22,6% nos jovens e 25,3% nos adultos) foram as mais prevalentes. As condições crónicas de saúde

menos frequentes foram as doenças oftalmológicas e da pele e estruturas relacionadas, tanto nos jovens adultos como nos adultos, (1,2% e 0,0%, respectivamente) e as doenças geniturinárias e reprodutivas nos jovens adultos (1,2%).

Instrumentos

Stress Appraisal Measure.

A Stress Appraisal Measure (SAM, Peacock & Wong, 1990) foi utilizada para medir a avaliação cognitiva do acontecimento indutor de *stress*. Trata-se de uma medida constituída por 28 itens, agrupados numa subescala de Stress Global (e.g., “*Esta situação sobrecarrega ou excede as minhas capacidades de resposta?*”) e 2 dimensões: Avaliação Primária, com 3 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?*”). Neste estudo, irá ser utilizada apenas a subescala de *stress* global, constituída por 4 itens indicadores da percepção da condição crónica de saúde como acontecimento indutor de *stress* que excede os recursos de *coping* individuais. A resposta é fornecida numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Nada* a 5 = *Extremamente*). A cotação é feita através da média dos itens que compõem cada subescala, sendo o valor médio mais elevado indicador do significado que o evento tem para a pessoa.

Em relação às propriedades psicométricas no estudo original (Peacock & Wong, 1990), os coeficientes de alfa de *Cronbach* de cada subescala revelaram-se aceitáveis, variando entre 0,51 e 0,90. Especificamente, a subescala *stress* global apresenta valores de alfa de *Cronbach* entre 0,75 e 0,81. 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 do teste-reteste não foi apropriada, uma vez que é expectável que as avaliações mudem ao longo do tempo. Por fim, a escala demonstrou ainda validade discriminante entre

grupos com diferentes situações indutoras de *stress* (e.g., doença crónica vs. situação de desemprego).

Para o presente estudo, os itens originais da SAM foram traduzidos para português por três investigadores independentes, com domínio de ambas as línguas, utilizando o método de tradução-retroversão. Embora os estudos psicométricos da versão Portuguesa ainda se encontrem em curso, a escala de *Stress Global* apresentou uma boa consistência interna na nossa amostra, com um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,82.

Índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8.

O índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; Schmidt, Mühlan, & Power, 2006; Versão Portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) consiste numa medida unidimensional da QdV, composta por 8 itens, que representam os 4 domínios da qualidade de vida com 2 itens cada: 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 Ambiente (e.g., “*Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?*”). A resposta é fornecida numa escala de *Likert* de 5 pontos variando entre “*Nada/Muito insatisfeito*” e “*Completamente/Muito satisfeito*”. Através do somatório dos 8 itens obtêm-se o resultado total, sendo que o valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção de QdV.

No que concerne às qualidades psicométricas, o estudo original mostra uma boa consistência interna com valores de alfa de *Cronbach* entre os 0,74 e os 0,85 (Power, 2003; Schmidt, Mühlan, & Power, 2006) e um alfa de *Cronbach* de 0,83 na amostra Portuguesa (Pereira et al., 2011). A medida apresenta uma boa consistência temporal com um valor de correlação de *Pearson* de 0,73. No âmbito da validade discriminante, a medida discrimina bem os indivíduos da população em geral dos indivíduos com condições de saúde ($p < 0,01$). No nosso estudo, o EUROHIS-QOL-8 apresentou uma boa consistência interna, com um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,83.

Escala de Satisfação com o Suporte Social.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Pais-Ribeiro, 1999) foi utilizada para avaliar o apoio social. Trata-se de uma medida formada por 15 itens, agrupados em quatro dimensões: Satisfação com os Amigos (e.g., “*Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho*”), Satisfação com a Intimidade (e.g., “*Às vezes sinto falta de alguém*”).

verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”), Satisfação com a Família (e.g., “*Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família*”) e Satisfação com as Actividades Sociais (e.g., “*Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam*”). Os participantes devem assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação, numa escala de *Likert* de cinco pontos (1 = *Concordo totalmente* a 5 = *Discordo totalmente*). A cotação de cada dimensão é obtida através do somatório das respostas dos itens que constituem cada dimensão, em que valores mais elevados indicam maior satisfação com o suporte social. Pode-se obter, ainda, uma pontuação total de satisfação com o suporte social global.

Relativamente às características psicométricas, a ESSS apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,85 para a escala global e coeficientes alfa entre 0,64 e 0,83 para as quatro dimensões. Na nossa amostra, todas as dimensões da ESSS apresentaram boa consistência interna, com coeficientes de alfa de *Cronbach* de 0,87 para a Satisfação com os Amigos, 0,80 para a Intimidade, 0,82 para a Satisfação com a Família, 0,66 para as Actividades Sociais e 0,76 para a pontuação total.

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos.

O questionário de dados sociodemográficos e clínicos foi desenvolvido especificamente para este estudo, sendo constituído por questões relativas aos dados pessoais (e.g., sexo, idade, nacionalidade, escolaridade, situação profissional, agregado familiar e estado civil) e clínicos (e.g., condição crónica de saúde, duração da doença e tratamentos).

Análise de Dados

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 22.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram calculadas as estatísticas descritivas para caracterizar os dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos da amostra (i.e., médias e desvios-padrão, análise de frequências). Para a comparação entre os jovens adultos e os adultos em termos das variáveis sociodemográficas e clínicas, foram utilizados testes de Chi-Quadrado para as variáveis categoriais e testes *t* de *student* para amostras independentes para as variáveis contínuas.

Para testar as hipóteses do estudo e dar resposta aos objectivos, foram efectuadas análises inferenciais. Em relação ao primeiro objectivo, foram efectuados testes paramétricos, nomeadamente duas análises univariadas da covariância (ANCOVA) para amostras

independentes com o intuito de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na QdV e na percepção de *stress* em função do grupo etário e uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) para amostras independentes para analisar as diferenças nos valores médios das diferentes dimensões da satisfação com o apoio social, controlando a duração da condição crónica de saúde.

Relativamente ao segundo objectivo, calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson*, com o objectivo de analisar a força e o sentido das correlações entre as variáveis do estudo e as variáveis clínicas e sociodemográficas. As variáveis clínicas e sociodemográficas significativamente associadas com a variável dependente foram incluídas nas análises subsequentes de moderação moderada, como covariáveis.

No que concerne aos terceiro e quarto objectivos, foi efectuada uma moderação moderada utilizando o macro PROCESS para o SPSS (Hayes, 2013) para testar os efeitos principais das variáveis independente (percepção de *stress*) e moderadoras (dimensões do apoio social e grupo etário), bem como os efeitos de interacção (*stress* percebido X apoio social X grupo etário) na QdV (Aiken & West, 1991). Os efeitos significativos de interacção foram representados graficamente no ModGraph (Jose, 2013), a partir das estimativas da variável dependente em diferentes valores do moderador.

As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 0,05. Para as análises de moderação, utilizou-se um nível de confiança de 90% ($p < 0,10$), de forma a compensar a perda de poder estatístico inerente à introdução de interacções nas análises de regressão (Aguinis, 1995).

Resultados

Comparação de Médias entre Grupos Etários

As análises da covariância (Tabela 2) mostram que, controlando a duração da condição crónica de saúde, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários na percepção de *stress* associado à condição crónica de saúde, $F_{(1,160)} = 0,19$, $p = 0,66$, e na QdV, $F_{(1,160)} = 1,33$, $p = 0,25$. Em relação à satisfação com o apoio social, a análise multivariada da covariância também mostrou ausência de diferenças significativas entre os grupos etários, Wilks' $\lambda = 0,95$, $F_{(4,157)} = 2,01$, $p = 0,10$, $\eta_p^2 = 0,05$. No entanto, as análises univariadas subsequentes mostraram que os jovens adultos com condições crónicas

de saúde apresentaram maior satisfação com as actividades sociais em comparação com os adultos.

Tabela 2. Análises univariadas e multivariadas da covariância.

Variável	Grupo etário				$F_{(1,160)}$	P	Eta^2 <i>parcial</i>
	Jovens adultos		Adultos				
	M	DP	M	DP			
Percepção de <i>stress</i>	2,93	0,95	3,01	1,02	0,19	0,66	0,00
QdV	3,73	0,52	3,63	0,64	1,33	0,25	0,01
Amigos	3,83	0,87	3,52	0,97	3,52	0,06	0,02
Intimidade	3,76	0,97	3,57	1,03	0,57	0,45	0,00
Família	3,56	0,96	3,55	0,97	0,01	0,93	0,00
Actividades sociais	3,09	1,04	2,73	0,84	4,59	0,03	0,03

Inter-correlações entre as Variáveis Psicossociais e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Com o intuito de analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as variáveis do estudo, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Pearson*, obtendo a matriz apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Matriz de correlações entre as variáveis.

	1	2	3	4	5	6
1. QdV	-					
2. <i>Stress</i>	-0,39**	-				
3. AS_Amigos	0,48**	-0,23**	-			
4. AS_Intimidade	0,44**	-0,15	0,67**	-		
5. AS_Família	0,46**	-0,20*	0,47**	0,43**	-	
6. AS_Actividades	0,38**	-0,20**	0,53**	0,56**	0,35**	-
Sexo ^a	-0,07	-0,00	-0,03	-0,03	-0,13	-0,05
Grupo etário ^b	-0,09	0,04	-0,17*	-0,09	0,00	-0,17*
Nacionalidade ^c	0,02	-0,02	0,07	-0,12	0,00	-0,07
Escolaridade	0,03	-0,02	-0,01	0,10	-0,11	0,09
Situação profissional ^d	-0,17*	0,05	-0,06	-0,11	0,01	-0,13
Agregado familiar	-0,24**	-0,06	-0,09	-0,05	0,02	-0,08
Estado civil ^e	0,10	-0,11	0,09	0,03	-0,07	0,14
Duração da doença ^f	0,03	0,04	-0,13	-0,16*	-0,02	-0,05
Tratamento ^g	0,04	0,18*	0,01	0,06	0,02	-0,03

^a Grupo de referência: 0 = masculino; ^b Grupo de referência: 0 = jovens; ^c Grupo de referência: 0 = Portuguesa; ^d Grupo de referência: 0 = Estudante/ Estudante-trabalhador(a); ^e Grupo de referência: 0 = solteiro/ divorciado/ viúvo; ^f Grupo de referência: 0 = menos de 2 anos; ^g Grupo de referência: 0 = não.

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

A percepção de *stress* mostrou-se correlacionada negativamente com a QdV e com a satisfação com o suporte social proporcionado pelos amigos, família e actividades sociais. Todas as dimensões do apoio social mostraram-se significativamente e positivamente correlacionadas com a QdV. Em relação às correlações com as variáveis sociodemográficas, observaram-se associações significativas entre idade adulta e menor satisfação com os amigos e com as actividades sociais. Verificou-se ainda uma associação entre menor QdV e ser trabalhador e ter um maior número de elementos no agregado familiar. Quanto às variáveis clínicas, foram encontradas associações significativas entre a duração da doença superior a 2 anos e menor satisfação com a intimidade e entre estar a receber tratamentos para a condição de saúde e maior percepção de *stress*.

Uma vez que a QdV revelou-se relacionada com o número de elementos do agregado familiar, esta variável será controlada nas análises de moderação seguintes.

Efeitos Principais e de Interacção da Percepção de *Stress* e do Apoio Social na QdV

A Tabela 4 apresenta os efeitos principais da percepção de *stress*, satisfação com o apoio social e grupo etário na QdV, assim como os efeitos de interacção destas variáveis na QdV, controlando o número de elementos do agregado familiar.

Tabela 4. Efeitos principais e de interacção do *stress*, apoio social (AS) e grupo etário na QdV.

	QdV (moderador: AS Amigos)		QdV (moderador: AS Intimidade)		QdV (moderador: AS Família)		QdV (moderador: AS Actividades sociais)	
	B (SE)	t	B (SE)	T	B (SE)	t	B (SE)	t
Agregado familiar	-0,11 (0,03)	-3,40**	-0,12 (0,03)	-3,72**	-0,14 (0,03)	-4,20**	-0,12 (0,03)	-3,35**
Stress	-0,18 (0,04)	-4,51**	-0,20 (0,04)	-5,23**	-0,19 (0,04)	-4,92**	-0,20 (0,04)	-4,79**
Apoio Social	0,23 (0,04)	5,19**	0,21 (0,04)	5,50**	0,24 (0,04)	6,14**	0,18 (0,04)	4,13**
Grupo etário	-0,02 (0,08)	-0,32	-0,07 (0,08)	-0,94	-0,11 (0,07)	-1,49	-0,05 (0,08)	-0,62
Stress * AS	-0,00 (0,04)	-0,05	-0,01 (0,03)	-0,20	-0,00 (0,04)	-0,09	-0,02 (0,04)	-0,49
Stress * Grupo etário	-0,02 (0,08)	-0,29	-0,03 (0,08)	-0,38	-0,07 (0,07)	-1,49	-0,11 (0,08)	-1,34
AS * Grupo etário	0,01 (0,09)	0,16	0,03 (0,08)	0,38	0,09 (0,08)	1,16	-0,02 (0,08)	-0,28
Stress * AS * Grupo etário	0,08 (0,08)	1,01	0,04 (0,07)	0,52	0,04 (0,08)	0,51	-0,01 (0,09)	-0,08

† $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, two-tailed.

O modelo de moderação moderada considerando o apoio social dos amigos e o grupo etário como moderadores da associação entre a percepção de *stress* e a QdV explicou 36% da

variância da QdV, $F_{(8, 154)} = 10,89$, $p < 0,01$. O modelo mostrou um efeito principal significativo negativo da percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde ($B = -0,18$; $SE = 0,04$; $t = -4,51$; $p < 0,01$) e um efeito principal significativo positivo do apoio social dos amigos na QdV ($B = 0,23$; $SE = 0,04$; $t = 5,19$; $p < 0,01$).

O modelo de moderação moderada com o apoio social proveniente das relações de intimidade e o grupo etário como moderadores da relação entre a percepção de *stress* e a QdV explicou 36% da variância da QdV, $F_{(8, 154)} = 11,01$, $p < 0,01$. O modelo apresentou um efeito principal significativo negativo da percepção de *stress* derivado da condição crónica de saúde ($B = -0,20$; $SE = 0,04$; $t = -5,23$; $p < 0,01$) e um efeito principal significativo positivo da intimidade na QdV ($B = 0,21$; $SE = 0,04$; $t = 5,50$; $p < 0,01$).

O modelo de moderação moderada com o apoio social da família e o grupo etário como moderadores explicou 39% da variância da QdV, $F_{(8, 154)} = 12,47$, $p < 0,01$. O modelo revelou um efeito principal significativo negativo da percepção de *stress* associado à condição crónica de saúde ($B = -0,19$; $SE = 0,04$; $t = -4,92$; $p < 0,01$) e um efeito principal significativo positivo do apoio social da família na QdV ($B = 0,24$; $SE = 0,04$; $t = 6,14$; $p < 0,01$).

Por fim, o modelo de moderação moderada tendo em conta o apoio social das actividades sociais e o grupo etário como moderadores explicou 31% da variância da QdV, $F_{(8, 154)} = 8,72$, $p < 0,01$. Segundo o modelo, existe um efeito principal significativo negativo da percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde ($B = -0,20$; $SE = 0,04$; $t = -4,79$; $p < 0,01$) e um efeito principal significativo positivo do apoio social dos amigos na QdV ($B = 0,18$; $SE = 0,04$; $t = 4,13$; $p < 0,01$).

No entanto, o efeito de interacção entre a percepção de *stress* e o apoio social não foi significativo em nenhum dos quatro modelos testados. Adicionalmente, o grupo etário não se associou significativamente com a QdV e não moderou quaisquer associações entre a percepção de *stress* e a QdV, as dimensões do apoio social e a QdV, ou a percepção de *stress*, as dimensões do apoio social e a QdV, confirmando assim a invariância da hipótese do efeito principal do apoio social entre grupos etários.

Discussão

O principal contributo deste estudo foi a análise das diferenças na percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde, no apoio social e QdV entre dois grupos desenvolvimentais distintos, assim como a análise do efeito moderador do grupo etário nos

efeitos principais e de interacção da percepção de *stress* e do apoio social na QdV. Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas na percepção de *stress*, apoio social e QdV entre jovens entre 18 e 25 anos de idade e adultos entre 26 e 64 anos de idade. Foram ainda encontrados efeitos principais negativos da percepção de *stress* e efeitos principais positivos da satisfação com o apoio social na QdV, e estes efeitos principais foram invariantes em função do grupo etário. Assim, os resultados deste estudo reforçam a ideia de que a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde tem um impacto negativo na QdV dos indivíduos e que o apoio social desempenha um papel importante na QdV, independentemente da sua etapa desenvolvimental.

Alguns autores têm referido que, para muitos indivíduos, o diagnóstico de uma condição crónica de saúde pode constituir-se um evento indutor de *stress*, interferindo na sua QdV de forma diferente de acordo com as etapas desenvolvimentais em que se encontram (Brito, 2009; Oliveira, 2004; Paredes et al., 2008; Sprangers et al., 2000). Especificamente, os resultados de alguns estudos têm revelado que os jovens adultos com condições crónicas de saúde têm melhor QdV do que os adultos com as mesmas condições de saúde (Custódio, 2011; Glasgow, Ruggiero et al., 1997). Os resultados do nosso estudo não corroboram esta hipótese, mostrando que os jovens com condições crónicas de saúde percebem o *stress* decorrente da condição crónica de saúde e a sua QdV de forma idêntica à dos adultos. Já Xavier (2012) havia demonstrado que a idade não é diferenciadora da forma como os indivíduos percebem a sua QdV, sugerindo que as consequências biopsicossociais resultantes da condição crónica de saúde afectam igualmente a QdV dos indivíduos, independentemente da idade. Estes resultados sugerem que os jovens e adultos participantes no nosso estudo vivem e sentem de igual modo as condições crónicas de saúde e que estas têm impacto semelhante na sua QdV, independentemente das suas características, história pessoal e do seu contexto social (Samson & Siam, 2008; Samson et al., 2007). Este resultado pode justificar a inexistência de estudos que diferenciem jovens adultos dos adultos quanto a esta temática, não considerando as especificidades de cada fase desenvolvimental.

No processo de adaptação à condição crónica percebida como fonte de *stress*, o apoio social (nas suas diferentes dimensões) constitui um recurso crucial utilizado pelo indivíduo, com um impacto diferente em função das etapas desenvolvimentais (Mitcheli et al., 1982; Pais-Ribeiro, 1999). O presente estudo evidenciou que o nível de satisfação com as dimensões do apoio social não difere significativamente entre os jovens adultos e os adultos com condições crónicas de saúde, não corroborando estudos anteriores. Olsen, Iversen, &

Sabroe (1991) mostraram que o provimento de apoio social dependia do grupo etário, com o conjugue a exercer maior influência nos adultos e a família a ter maior impacto nos jovens e nos idosos. No entanto, e apesar da ausência de efeitos multivariados do grupo etário, as análises univariadas mostraram que os jovens adultos estão mais satisfeitos com as actividades sociais do que os adultos com condições crónicas de saúde, o que pode ser justificado pelo facto de a adolescência/transição para a idade adulta ser uma etapa do ciclo de vida em que, pelas suas características, as actividades sociais predominam, sendo benéficas pela partilha de vivências e experiências, proporcionando capacidades para gerir e viver melhor com a doença (Peyrot, 2008; Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2015). A inexistência de diferenças encontradas no nosso estudo pode também resultar da metodologia utilizada, uma vez que a literatura frequentemente refere-se à dimensão estrutural do apoio social (i.e., ao número de fontes de apoio social existentes) e o nosso estudo focou-se na dimensão funcional do apoio social (i.e., na satisfação do indivíduo com os recursos emocionais, instrumentais e informativos proporcionados pelas interacções sociais). Por exemplo, Martire e Schulz (2007) reportaram uma associação entre melhor QdV e maior aumento do número de pessoas com quem se vive, enfatizando o papel preponderante da família no ajustamento psicológico e no auxílio para lidar com os sintomas da condição crónica de saúde.

O nosso estudo demonstrou também que, quanto menor a percepção de *stress* associada à condição crónica de saúde e maior a satisfação com o apoio social dos amigos, da intimidade, da família e das actividades sociais, melhor é a percepção da QdV dos sujeitos, confirmando os resultados de outros estudos (Aalto, Uutela, & Aro, 1997; Alriksson-Schmidt et al., 2007; Coelho & Ribeiro, 2000; Ruivo, 1999; Trief, Grant, Elbert, & Weinstock, 1998; Vilhjalmsson, 1994). O *stress* é considerado, actualmente, um problema de saúde pública, com consequências ao nível da saúde e da QdV, enquanto os níveis de satisfação com o apoio social podem contribuir para a promoção da saúde e o bem-estar independentemente do nível de *stress* do sujeito (Almeida & Sampaio, 2007; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000; Vilhjalmsson, 1994). Verificou-se ainda que, à medida que aumenta a satisfação com o apoio social proveniente dos amigos, da família e das actividades sociais, diminui a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde. São poucos os estudos que evidenciam esta questão, sendo que, num estudo levado a cabo por Almeida e Sampaio (2007), os resultados revelaram uma correlação negativa entre o apoio social e o *stress* dos familiares de pessoas com paralisia cerebral.

A literatura refere que a satisfação com o apoio social constitui-se como um factor

protector do impacto negativo da percepção de *stress* em situação de crise, na medida em que as relações interpessoais podem contribuir para aumentar a capacidade individual para enfrentar o acontecimento indutor de *stress*, influenciando positivamente a QdV (Almeida & Sampaio, 2007; Castro, Campero, & Hernandez, 1997; Cohen & Willis, 1985; Dunbar, Ford, & Hunt, 1998; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Sollner, 1999). No entanto, e contrariamente aos estudos prévios (Carlson, McNutt & Choi, 2002; Hasson-Ohayon, Goldzweig, Braun, & Galinsky, 1999), não se observou qualquer efeito de interacção entre a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde e a satisfação com as dimensões do apoio social na QdV, refutando-se a hipótese do apoio social como amortecedor do impacto negativo da percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde. Assim, mais que um factor protector, o apoio social revelou-se um recurso com um efeito principal na QdV, independentemente do grupo etário.

Limitações do Estudo

Os resultados deste estudo devem ser interpretados tendo em conta algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, o método de selecção da amostra por conveniência limita a generalização dos resultados à população com condições crónicas de saúde. Também a dimensão reduzida da amostra diminui o poder estatístico das análises efectuadas, limitando, interpretação dos dados e a sua generalização. Assim, são necessárias investigações futuras com uma amostra maior, de forma a aumentar a validade dos resultados. Em segundo lugar, trata-se de um estudo transversal que não permite estabelecer relações causais entre as variáveis, nomeadamente entre a percepção de *stress*, a satisfação com o apoio social e a QdV. 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. Terceiro, a escala Stress Appraisal Measure (Peacock & Wong, 1990) ainda não validada para a população portuguesa. A utilização de uma medida não validada prende-se com a inexistência de outras medidas para avaliar o mesmo constructo na população Portuguesa. Uma quarta limitação está relacionada com a adopção de uma perspectiva não categorial à doença crónica; uma vez que as diferentes condições crónicas de saúde e seus tratamentos podem afectar os indivíduos de forma distinta, são necessários estudos futuros focados em diagnósticos específicos e que tenham em conta as características clínicas particulares da doença enquanto indutor de *stress*. Por fim, deve ser referida a falta de clareza na literatura sobre os limites da faixa etária dos

jovens adultos. 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 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 percepção de *stress*, apoio social e QdV entre os grupos etários.

Implicações para a Prática Clínica

Apesar destas limitações, o presente estudo vem contribuir para o enriquecimento da literatura ao reforçar a associação negativa entre a percepção de *stress* decorrente da condição crónica de saúde e a QdV, assim como a associação positiva entre o apoio social e a QdV. O facto de os resultados terem revelado uma invariância dos processos de adaptação entre os grupos etários reforça a necessidade de apostar em estratégias adequadas de intervenção focadas na promoção do apoio social e na redução do *stress* para ambos os grupos. A intervenção cognitiva-comportamental tem sido muito utilizada na gestão do *stress* e na melhoria da percepção do apoio social, bem como na capacidade de lidar com a doença através da aprendizagem e prática do relaxamento com visualização, da reestruturação cognitiva e do desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas às necessidades individuais de cada paciente (Antoni, & Lutgendorl, 2007; Deep, Leal, & Patrão, 2014; Gottlieb & Wachala, 2007; Nunes et al., 2007). De facto, alguns estudos empíricos têm demonstrado a eficácia destas intervenções nos resultados de adaptação de indivíduos com condições crónicas de saúde. Por exemplo, Krischer, Xu, Meade, e Jacobsen (2007) mostraram que pacientes oncológicos em radioterapia e com elevados níveis de *stress* apresentaram melhor QdV após uma intervenção de auto-gestão do *stress*. Num outro estudo com pacientes oncológicos, após a aplicação de relaxamento muscular, reestruturação cognitiva e treino de estratégias de *coping*, verificou-se uma significativa redução da ansiedade, depressão e *stress* e um aumento da percepção e satisfação com o apoio social (Deep et al., 2014). Embora os resultados do nosso estudo sugiram a invariância dos processos de adaptação, são necessários estudos futuros (e.g., ensaios clínicos) que comprovem a eficácia destas intervenções cognitivo-comportamentais em diferentes grupos etários e diferentes condições de saúde.

Referências

- Aalto, A., M., Uutela, A., & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin dependent diabetes: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30(3), 215-225.
- Aguinis, H. (1995). Statistical power with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21, 1141-1158. doi:10.1177/014920639502100607
- Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 145-151.
- Alriksson-Schmidt, A. I., Wallander, J., & Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal Pediatric Psychology*, 32(3), 370-379.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado de <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise psicológica*, 2(28), 255-267.
- Antoni, M. H., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Association for Psychological Sciences*, 16(1), 42-46.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio na adolescência: Análise factorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15, 355-366. doi:10.1590/S0103-863X2005000300005
- Barros, L., Matos, M., & Batista-Foguet, J. (2008). Doenças crónicas, contexto social e saúde na adolescência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(4), 1-8.
- Brito, D. C. S. (2009). A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crónicas e deficiências adquiridas. *Psicologia em Revista*, 15(1), 106-119.
- Burd, M. (2006). O adolescente e a experiência do adoecer: O diabetes mellitus. *Adolescência & Saúde*, 3(1), 12-17.
- Carlson, B. E., McNutt, L., & Choi, D. Y. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8(6), 720-745.
- Carona, C., Moreira, H., Silva, N., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2014). Social support and adaptation outcomes in children and adolescents with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 37, 584-592. doi:10.3109/09638288.2013.804596

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-23.
- Castro, R., & Campero, L., & Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Publica*, 31(4), 425-435.
- Clarke, S. A., & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in pediatric clinical trials: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 66. doi:10.1186/1477-7525-2-66
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 185-196.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Custódio, M. I. S. (2011). *Estudo da qualidade de vida de jovens adultos com dificuldade intelectual e desenvolvimental através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100)*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- 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.
- Deep, C., Leal, I., & Patrão, I. (2014). Avaliação da intervenção cognitiva-comportamental em gestão de stress em pacientes com fadiga oncológica, em radioterapia. *Saúde e Sociedade*, 23, 293-301. doi:10.1590/S0104-12902014000100023
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13(3), 527-544.
- 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.

- Gottlieb, B. H., & Wachala, E. D. (2007). Cancer support groups: A critical review of empirical studies. *Psycho-Oncology*, 16, 379-400.doi:10.1002/pon.1078
- Guerreiro, M., & Abrantes, P. (2004). Moving into adulthood in southern European country: Transitions in Portugal. *Portuguese Journal of Social Science*, 3(3), 191-209.
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: Impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10(6), 383-391.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. *Society for Research in Child Development*, 71(5), 1441-1457.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Klein, B. E. K., Klein, R., & Moos, S. E. (1998). Self-rated health and diabetes of long duration. *Diabetes Care*, 21(2), 236-240.
- Krischer, M. M., Xu, P., Meade, C. D., & Jacobsen, P. B. (2007). Self-administered stress management training in patients undergoing radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4657-4662.
- La Greca, A. M. (1992). Peer influences in pediatric chronic illness: An update. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(6), 775-784.
- La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by a little help from my family and friends: Adolescents' support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(4), 449-476.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Leiria, J. R. P. (2013). *Adolescentes de aldeias SOS: Capacidades, dificuldades, suporte social e satisfação com a vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Leitão, A. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde.
- Martire, M., & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 90-94.

- Matuz, T., Birbaumer, N., Hautzinger, M., & Kúbler, A. (2015). Psychosocial adjustment to ALS: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2015.01197
- Miauton, L., Narring, F., & Michaud, P. A. (2003). Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: Results of a cross-sectional survey on the health of 15–20-year-olds in Switzerland. *European Journal of Pediatrics*, 162(10), 682-689.
- Miguel, M. C. T., & Borges, L. (2002). Aspectos psicológicos da doença crónica. *Boletim Hospital Polido Valente*, 15(3), 101-106.
- Mitchell, R. E., Billings, A. G., & Moos, R. H. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3(2), 77-98.
- Moreira, P., Crusellas, L., Lima, A., Melo, A., & Pires, C. (2005). *Saúde: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais: Estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Nunes, D. F. T., Rodriguez, A. L., Hoffmann, F. S., Luz, C., Filho, A. P. F. B., Muller, M. C., & Bauer, M. V. (2007). Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 647-655.
- Oliveira, M. K. (2004). Ciclos de vida: Algumas questões sobre a Psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 211-229.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32(7), 767-771.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *O que são doenças crónicas?* Retirado de <http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosau/de/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., Meneses, R., Meneses, I., & Grupo Português para o estudo da Qualidade de Vida. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 16(1) 91-100.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M., ... Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação

- entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.
- Peacock, E. J., & Wong, P. T. P. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6, 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.
- Peyrot, M. (2008). How is diabetes perceived ? The results of the DAWN Youth Survey. *Diabetes Voice – DAWN in young people*, 53, 9-13.
- Pina, R. (1998). A criança diabética. *Diabetes em Equilíbrio*, 7, 7-8.
- Quitter, A. L., Glueckauf, R. L., & Jackson, D. N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266-1278.
- 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.
- Ruivo, M. (1999). *Stress, Coping e Qualidade de vida em indivíduos transplantados renais*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., & Rossler, W. (2014). Well-being among persons at risk of psychosis: The role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric Services*, 4(4), 483-489.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- 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 of an integrated task-based model. *Interventions*, 127,

16-28.

- Sánchez-Queija, I., & Oliva, A. (2003). Vínculos de apego com los padres y relaciones com los iguales durante la adolescência. *Revista de Psicologia Social*, 18(1), 71-86.
- Santos, S., Santos, E., Ferrão, A., & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer e Crescer*, 10(1), 16-19.
- 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.
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V., & Raposo, J. F. (2015). A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 70-85.
- Scharloo, M., Baatenburg, R. J., Langeveld, T. P., Velzen-Verkaik, E., Akker, M. M., & Kaptein, A. A. (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head & Neck*, 27(10), 857-863.
- 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 adolescent. *Journal of American Medical Association*, 289, 1813-1819. doi:10.100/jama.289.14.1813
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 21(2), 185-194.
- Silva, N., Santos, S., Carona, C., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Apoio social e qualidade de vida em crianças e adolescentes: O papel moderador da gravidade da asma. In J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, & S. Monteiro (Eds.), *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (pp. 258-264). Lisboa: Placebo.
- Silver, E. J., Westbrook, L. E., & Stein, R. E. K. (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
- Smite, D., Rudzite, I., & Ancane, G. (2012). Sense social support in chronic pain patients. *SHS Web of Conferences*, 2, 30. doi:10.1051/shsconf/20120200030

- Sollner, W., Zschocke, I., Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 239-250. doi:10.1016/S0033-3182(99)71241-7
- Sprangers, M., Regt, E., Andries, F., Van Agt, H., Bijl, R., Boer, J., & Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.
- Stein, R. E. K., & Silver, E. J. (1999). Operationalizing a conceptually based noncategorical definition: A first look at US children with chronic conditions.. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153(1), 68-74.
- Sparud-Lundin, C., Öhrn, I., & Danielson, E. (2010). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 128-138. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05166.x
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58(13), 13-28.
- 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
- Trief, P. M., Grant, W.G., Elbert, K., & Weinstock, R. S. (1998). Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 21(2), 241-245.
- Valente, A. I. C. (2011). *Qualidade de vida da criança com doença oncológica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto.
- Valentim, O., Santos, C., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Suporte social e qualidade de vida no síndrome de dependência do álcool. In I. Leal & J. L. Pais-Ribeiro (Eds.), *Psicologia da saúde: Sexualidade, género e saúde* (pp. 464-477). Lisboa: ISPA.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 437-452.
- Xavier, C. (2012). *A qualidade de vida de jovens e adultos com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Weis, R. T., Rapoff, M. A., Varni, J. W., Lindsley, C. B., Olson, N. Y., Madson, K. L., & Bernstein, B. H. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment

in children with pediatric rheumatic disease. *Journal Pediatric Psychology*, 27(2), 155-165.

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/>

Young, M. Y. (2001). Moderators of stress in Salvadoran refugees: The role of social and personal resources. *Center for Migration Studies of New York*, 35(3), 840-868.

Zeller, M. M., & Modi, A. C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity: A research Journal*, 14, 122-130.doi:10.1038/oby.2006.15