

**MARIA LEONOR DA CÂMARA SANTA BÁRBARA
VITORINO**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS ADULTOS
COM E SEM CONDIÇÕES CRÓNICAS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde conferida pela
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
, no dia 31 de Outubro de 2016 perante o Júri nomeado
pelo seguinte Despacho Reitoral nº 373/2016

com a seguinte composição:

Presidente:

Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente:

Professora Doutora Ana Rita Goes

Orientadora:

Professora Doutora Raquel Pires

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

Lisboa
2016

MARIA LEONOR DA CÂMARA SANTA BÁRBARA
VITORINO

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E
QUALIDADE DE VIDA EM JOVENS ADULTOS
COM E SEM CONDIÇÕES CRÓNICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada para a
Obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e
da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias

Orientador(a): Doutora Raquel Pires

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2016

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer à Professora Doutora Raquel Pires pela paciência, conhecimento transmitido e toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste processo.

À Professora Isabel Santos, pelo apoio e simpatia, demonstrados durante esta caminhada.

Agradeço aos meus Pais, à Ico e ao António, pela tolerância e apoio incondicional.

À Carina e Madalena, expresse o meu profundo agradecimento pois foram pilares essenciais durante estes dois anos, tendo me sempre apoiado e ajudado a ultrapassar as angústias, os desafios e as dificuldades sentidas.

Sumário

Este estudo teve como objetivo explorar a associação entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida em jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde.

Participaram 206 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos de idade. Destes, 92 apresentavam condições crónicas (CCS) e 114 eram indivíduos sem condições crónicas de saúde (i.e., saudáveis). Este estudo é de natureza quantitativa e cariz transversal e a amostra foi selecionada através do método não probabilístico de conveniência. Os dados foram recolhidos entre Abril e Junho através de questionários de auto-resposta, sendo utilizado, dois métodos distintos: formato de papel e lápis e através de uma plataforma online. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais- Ribeiro, 1999), EUROHIS-QLL-8 (Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011) e um questionário de dados sociodemográficos e clínicos construído propositadamente para esta investigação.

De acordo com os nossos resultados, jovens com CCS apresentaram menores níveis de qualidade de vida do que jovens saudáveis. Verificou-se ainda um efeito significativo da satisfação com o suporte social (global e dimensões família e amigos) na qualidade de vida dos indivíduos, tanto na presença como na ausência de doença. Estes dados reforçam a importância do investimento na compreensão dos níveis de adaptação psicossocial face à doença crónica, bem como do papel da satisfação com o suporte social a este nível, bem como uma associação significativa entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social, tanto na amostra total, como nos dois grupos.

Palavras-Chave: Doença Crónica, Satisfação com o Suporte Social, Qualidade de Vida, Condição Crónica de Saúde (CCS).

Abstract

The objective of this study was to explore the relation between satisfaction with social support and quality of life in young adults with or without a chronic health condition.

Of the 206 young adults who participated, 92 had a chronic health condition and 114 did not. Participants' ages ranged from 18 to 25 years old. For this quantitative, transversal study, a non-randomized sample of convenience was used. Data were collected between April and June 2016 using a battery of self-response questionnaires deployed as both, online and paper-and-pencil versions.

Following measures were applied: the *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (Pais-Ribeiro, 1999), the *EUROHIS-QL-8* (Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011), and a sociodemographics and clinical data inventory which was custom-made for this study.

According to our results, young people with CCS have lower levels of quality of life than healthy young people. There was also a significant effect of satisfaction with social support (global dimensions and family, and friends) in quality of life of individuals, both in the presence and absence of disease. These data reinforce the importance of investment in understanding the psychosocial adaptation level in the face of chronic disease and the role of satisfaction with social support at this level, as well as a significant association between quality of life and satisfaction with social support both in the whole sample, as in the two groups.

Key Words: Chronic Illness, Satisfaction with social support, quality of life, chronic health condition

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo

Tabela 2. Características clínicas da amostra em estudo

Tabela 3. Diferenças entre os grupos ao nível das variáveis em estudo

Tabela 4. Correlações entre todas as variáveis em estudo: Amostra total

Tabela 5. Correlação entre todas as variáveis em estudo por grupos (Condição crónica de saúde (CCS) e saudáveis)

Tabela 6. Efeitos principais de interacção da Satisfação com o suporte social (global e as suas dimensões) e do estado de saúde na qualidade de vida

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de moderação

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado

Anexo 2- Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo 3- Instrumento EUROHIS-QOL-8

Anexo 4- Instrumento Escala de Satisfação com o Suporte Social

Abreviaturas

APA – American Psychological Association

CCS- Condição crónica de Saúde

EUROHIS-QOL-8- Índice de Qualidade de Vida

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

Qdv- Qualidade de Vida

WHO - World Health Organization

SPSS -Statistical Package for the Social Sciences

SSSA- Satisfação com os amigos, domínio da escala de Satisfação com suporte social

SSAS-Atividades sociais, domínio da escala de Satisfação com suporte social

SSSI- Intimidade, domínio da escala de Satisfação com suporte social

SSSF-Satisfação com a Família, domínio da escala de Satisfação com suporte social

Índice

Sumário	3
Introdução.....	8
Método	15

Participantes e Procedimento.....	15
Instrumentos	19
Resultados	29
Discussão.....	29
Referências bibliográficas.....	32

Introdução

A doença crónica é um distúrbio de evolução prolongada, progressiva ou irreversível. Trata-se de uma incapacidade permanente ou residual, que resulta de alterações patológicas que não são reversíveis e que requerem um longo período de supervisão, prestação de cuidados e/ou reabilitação (Santos et al., 2001; Barros, 2003; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005). Segundo a OMS (2005), as condições crónicas de saúde mais prevalentes são de natureza variada - cardíaca, oncológica, respiratória e endócrina -, afetam grande parte da população e representam a principal causa de morte a nível mundial. Além disso, podem acompanhar o indivíduo ao longo de toda a vida e acarretar pequenas ou mesmo profundas alterações ao nível do seu ajustamento psicossocial (Barros, 2003), razão pela qual a compreensão dos fatores que contribuem para resultados mais ou menos adaptados ao nível desse ajustamento

assume uma importância particular neste domínio (Samson, Siam & Lavigne, 2008). Com o presente estudo, e uma vez que não são do nosso conhecimento estudos nacionais sobre o tema, pretendemos contribuir para essa compreensão, explorando a associação entre a satisfação com o suporte social recebido e a qualidade de vida de jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde. Tal conhecimento poderá contribuir para a formulação de diretrizes práticas com vista à promoção da qualidade de vida no contexto das condições crónicas de saúde nesta fase desenvolvimental.

As condições crónicas de saúde em Portugal

A dimensão desta problemática tem vindo a tornar-se uma preocupação premente em diversos países. Pela sua elevada prevalência, as condições crónicas de saúde constituem atualmente um dos principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e sociais a nível mundial (Institute of Medicine [IOM], , 2001; Paúl et al., 2001; Rebelo, 1996). Estas condições de saúde implicam elevados custos para estes sistemas, representando cerca de 50% a 80% das despesas globais da saúde e refletindo-se em sérios problemas de sustentabilidade financeira (Singh, 2008).

Em Portugal, as preocupações daqui decorrentes traduziram-se recentemente no estabelecimento de prioridades ao nível do programa de prevenção e gestão da doença crónica e da promoção da saúde, enaltecendo este tópico como uma prioridade ao nível da saúde pública no país (Assembleia da República, 2016). Atualmente, estima-se que 45% a 50% da população portuguesa tenha uma condição crónica de saúde e que 25% apresentem mais do que uma. A tendência é que este número continue a crescer exponencialmente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012). A prevalência de condições crónicas de saúde em jovens adultos, em particular, é difícil de avaliar devido à carência de estudos para o efeito. No entanto, estima-se que em Portugal a taxa de prevalência destas condições na adolescência possa atingir os 15% (DGS, 2015) comparativamente a países como França, Suíça e Canadá, onde atinge apenas os 10% (Suris, Michaud, & Viner, 2004). Sabe-se ainda que uma das doenças crónicas mais frequentes entre jovens adultos é a asma, que afeta 11 a 12% dos jovens em Portugal. Os estudos recentes revelam também que existe uma prevalência de cerca de 14% de indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica entre a população de jovens adultos (DGS, 2012).

No entanto, apesar dos dados atuais sugerirem um aumento da prevalência das condições crónicas de saúde, em geral, e em crianças e jovens adultos, em particular (Bizarro, 2001), temos assistido igualmente à diminuição da mortalidade a elas

associada. Esta diminuição tem sido atribuída ao desenvolvimento dos cuidados de saúde, tais como os avanços verificados ao nível do tratamento médico, contribuindo para o aumento da esperança média de vida destes indivíduos e para o redireccionamento do foco da intervenção para a promoção da sua adaptação psicossocial, nomeadamente no que respeita à qualidade de vida desta população (Pereira, 2008).

Adaptação psicossocial às condições crónicas de saúde

Sabemos hoje que a adaptação psicossocial às condições crónicas de saúde não depende apenas das características e/ou consequências clínicas da condição de saúde e dos tratamentos. De acordo com o Modelo Psicossocial de Ajustamento à Doença Crónica de Samson e colaboradores (2008), o processo de adaptação decorrente igualmente das ramificações e implicações psicossociais da doença crónica, bem como da adaptação às grandes transições da vida no contexto do aparecimento/vivência da doença.

Este processo de adaptação pode ser especialmente complexo na fase de transição da adolescência para a idade adulta, por este ser um período em que novas e múltiplas tarefas desenvolvimentistas estão a ocorrer (Barros, 2009). Quando a doença é vivenciada na adolescência, por exemplo, acresce a probabilidade de ser mais problemática (Barros, 2003) e com condições mais perturbadoras, por ser um período com profundas mudanças biopsicossociais (Santos, Matos, Simões, Camacho & Tomé, 2013), mas também uma fase de desenvolvimento à qual estão associadas alterações na imagem corporal, na formação da identidade e na aceitação pelos pares (Mrazek, 1996; & Pina, 1998). A transição para a idade adulta, por seu lado, está associada a tarefas desenvolvimentais tais como a conclusão dos estudos, a saída de casa dos pais, a entrada no mercado de trabalho e, por vezes, a constituição de família (Aldava, 1992; Arnett, 1998; Greene, Wheatley, Scheer, Unger & Brown, 1994). Assim, nesta fase estruturante da vida adulta futura, torna-se fundamental assegurar que o jovem com doença crónica tenha um desenvolvimento adequado, sem que seja prejudicada a sua qualidade de vida (Pina, 1998). A satisfação com o suporte social recebido nesta fase do ciclo de vida pode, pelas características desenvolvimentais da mesma e pelas necessidades adicionais impostas pela doença, ocupar um papel de destaque a este nível (Balistieri & Tavares, 2013).

Condições crônicas de saúde e Qualidade de Vida

Hoje em dia assiste-se a uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade de vida no contexto de saúde, nomeadamente no que diz respeito aos indivíduos com condições crônicas de saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses, & Grupo QDV, 1998), sendo cada vez mais valorizada a sua promoção (Silva, Pais-ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003).

O conceito de qualidade de vida é definido pela OMS (1995) enquanto a percepção do indivíduo sobre o seu ajustamento na vida, na cultura, nos sistemas de valores sob os quais se rege, os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A literatura revela que o diagnóstico de uma doença crónica acarreta um conjunto de alterações que podem influenciar a qualidade de vida, tais como, físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Paredes et. al, 2008). De acordo com os estudos existentes, evidencia-se então uma relação significativa e negativa entre a presença de condições crônicas de saúde e os níveis de qualidade de vida em diferentes domínios (Silva et. al., 2003). Estes resultados têm sido encontrados em estudos com amostras de indivíduos com condições crônicas de saúde de diferentes naturezas, quer de natureza respiratória (Leynaert, Neukirch, Liard, Bousquet & Neukirch, 2000), quer de natureza oncológica (Paredes et. al., 2008) ou endócrina (Hanestad, 1993), entre outras (Bradley et al., 1999).

Estudos realizados com amostras de jovens adultos com diferentes condições crônicas de saúde (e.g., obesidade, diabetes, asma e epilepsia) revelam igualmente comprometimentos ao nível da qualidade de vida quando comparam estes indivíduos com pares saudáveis (Jeffrey et al., 2003; Sawyer et al., 2004; Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003; Zashikhina & Hagglof, 2014). Leynaert, et. al., (2000), por exemplo, avaliaram a relação entre a asma e rinite alérgica e a qualidade de vida em jovens entre os 20 e os 29 anos de idade, concluindo pela existência de níveis mais baixos de qualidade de vida nos grupos de jovens com condições crônicas de saúde do que nos grupos de indivíduos saudáveis, evidenciando-se o mesmo os mesmos resultados no estudo de Schwimmer et.al. (2003) no que respeita à relação entre obesidade e doença oncológica e qualidade de vida. Os resultados obtidos por Castro, Ponciano e Pinto (2010), por exemplo, revelam ainda que o impacto das doenças crónicas em jovens adultos pode ser maior, comparativamente com aquele que se verifica em indivíduos com idade superior, fazendo deste grupo etário um foco a priorizar no que respeita à compreensão da adaptação psicossocial às condições crónicas de saúde. No entanto, não

são do nosso conhecimento estudos que se debruçam sobre a compreensão destas questões na população de jovens adultos em Portugal.

Não obstante os resultados dos estudos previamente referidos, a literatura tem revelado que a relação entre a presença de uma condição crónica de saúde e menores níveis de qualidade de vida não depende apenas das características da doença (tais como a incapacidade permanente ou residual que resulta de alterações patológicas que não são reversíveis e que requerem um longo período de supervisão, prestação de cuidados e/ou reabilitação), mas também, entre outros aspetos, da história pessoal e do contexto social em que os indivíduos se encontram inseridos (Barros, 2003; OMS, 2005). Os autores que o defendem referem-se, nomeadamente, à origem étnica, à situação socioeconómica, às experiências de vida prévias e à qualidade das redes de suporte social dos indivíduos (Samson et. al., 2008).

Satisfação com o Suporte social e Qualidade de Vida

A investigação tem dado um papel de destaque à importância assumida pelo suporte social (Cohen & McKay, 1984) tanto no que respeita à promoção da saúde, em geral, como na adaptação à doença, em particular (Ribeiro, 1999). O suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percecionado de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes, contemplando aspetos subjetivos, tais como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com o mesmo (Santos, Ribeiro, Lopes, 2003 & Abrunheiro, 2005). Neste sentido, a satisfação com o suporte social é considerada uma mais-valia no que toca à adaptação psicossocial do indivíduo, na medida em que a pessoa o entenda como acessível quando necessário e se sinta aceite pelo grupo de relações ao qual pertence (Schwarzer & Knoll, 2007).

Segundo Pedroso e Sbardello (2008), os fatores psicossociais influenciam e podem alterar padrões de comportamentos relacionados com a saúde do indivíduo, sendo que a satisfação do suporte social, em particular, pode conduzir ao desenvolvimento de estratégias de capacitação e de autonomia, bem como ao auxílio na preservação e promoção da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento face à doença e promovendo a adaptação à mesma.

No contexto das condições crónicas de saúde, em particular, os resultados dos estudos levados a cabo indicam que o grau de satisfação com o suporte social tem influência nos resultados de saúde e no processo de adaptação à doença, nomeadamente ao nível da qualidade de vida (Akechi, Okamura, Yamawaki, Uchitomi, 1998; Santos,

Ribeiro & Lopes, 2003; Sollner et al., 1999;). Com base na literatura que salienta correlações positivas e elevadas entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida em amostras de indivíduos com diferentes condições crónicas de saúde (Bennett, 2002; Martins, 2005; Ribeiro, Gueterres, 2001; Silva et al., 2003; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2005; Tyson, 1998), entende-se então que, quanto maior for o suporte social percebido, maior será a qualidade de vida destes indivíduos.

Ao nível dos jovens adultos, fase de extrema relevância para a construção do indivíduo (Cordeiro, Claudino & Arriaga, 2006) constata-se igualmente que, em indivíduos com condições crónicas de saúde, a percepção de suporte social apresenta influências positivas ao nível do seu ajustamento, nomeadamente na relação com os pares saudáveis, na formação psicossocial e ajustamento/crescimento emocional (Handley, 2004). No entanto, não são do nosso conhecimento estudos que procurem esclarecer o papel da satisfação com o suporte social na qualidade de vida desta população, nomeadamente em Portugal.

Objetivos e Hipóteses

Com vista a contribuir para o conhecimento descrito e colmatar algumas das lacunas existentes na literatura sobre o tema, nomeadamente no que respeita ao contexto sociocultural português, a presente investigação tem como objetivo geral explorar a associação entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida em jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde. Estabeleceram-se como objetivos específicos: 1) descrever e comparar os níveis de qualidade de vida e satisfação com o suporte social de jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde, 2) explorar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e os níveis de qualidade de vida da amostra em estudo e 3) explorar a associação entre a satisfação com o suporte social (em termos globais e específicos, no que respeita a diferentes dimensões) e os níveis de qualidade de vida. Uma vez que não são do nosso conhecimento estudos que avaliem o efeito moderador do estado de saúde (i.e., com condição crónica de saúde vs. sem condição crónica de saúde) na associação entre satisfação com o suporte social e qualidade de vida em jovens adultos - e face às evidências de que os indivíduos com condições crónicas de saúde estão sujeitos a exigências adicionais comparativamente aos indivíduos saudáveis e que, pela sua natureza, essas exigências poderão amplificar a relevância do suporte social ao nível do seu ajustamento (Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2014) -, pretendemos ainda averiguar o potencial efeito moderador do estado

de saúde na associação entre a satisfação com o suporte social (em termos globais e específicos, no que respeita a diferentes dimensões) e os níveis de qualidade de vida.

A partir dos objetivos traçados e tendo como base a revisão literária, hipotetiza-se que:

1) O grupo de jovens adultos com condições crónicas de saúde apresente níveis mais baixos de qualidade de vida do que os seus pares sem condições crónicas de saúde.

2) A satisfação com o suporte social esteja associada positivamente com a qualidade de vida em jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde.

3) A relação entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida seja mais forte no grupo de jovens adultos com condições crónicas de saúde do que no grupo de jovens sem condições crónicas de saúde.

Estas hipóteses traduzem-se no modelo de moderação esquematizado na figura 1

Figura 1. Modelo de moderação.

Método

Procedimentos e Participantes

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. Trata-se de um projeto de natureza quantitativa e cariz transversal, uma vez que se pretende explorar e descrever as relações entre as variáveis em estudo num determinado momento (Ribeiro, 1999). A amostra foi selecionada através do método não probabilístico de conveniência.

Os dados foram recolhidos entre Abril e Junho de 2016 por meio de questionários de auto-resposta, tendo sido cumpridos todos os requisitos legais e éticos aplicáveis (Declaração de Helsínquia, 1964, OPP, 2011, & APA, 2010). Apenas foram utilizados os instrumentos de avaliação cujos autores autorizaram a sua utilização. Os mesmos encontram-se descritos mais à frente neste trabalho.

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 estudo, tendo-lhes sido solicitado o seu consentimento para o efeito (formulário de consentimento informado) e nunca deixando de referir que a sua participação era voluntária e que o anonimato e confidencialidade das suas respostas estariam sempre salvaguardados. Foram descritos os objetivos do estudo, os critérios de inclusão/exclusão, e o papel dos participantes e investigadores. A acrescentar ainda que foram facultados aos participantes os contactos dos investigadores responsáveis, com vista ao esclarecimento de eventuais dúvidas ou questões adicionais.

No total, foram recolhidos dados de 522 indivíduos maiores de 18 anos. Destes, cumpriam critérios de inclusão para o presente estudo 282 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, inclusive, 99 dos quais com diagnóstico clínico de uma condição crónica de saúde (Grupo CCS), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-109; WHO, 2010), e 183 dos quais sem diagnóstico clínico de nenhuma condição crónica de saúde (Grupo Saudáveis). Segundo os critérios de exclusão definidos para o presente estudo, dos 99 indivíduos com CCS, foram excluídos 9 indivíduos que declararam ter diagnóstico de perturbação psicológica ($n = 1$) ou estar a fazer tratamentos para uma perturbação psicológica/psiquiátrica à data da participação ($n = 8$). Dos 183 indivíduos saudáveis, foram selecionados aleatoriamente

114 indivíduos a incluir a presente investigação, de forma a que as dimensões dos dois grupos em estudo fossem aproximadas. Este procedimento foi realizado de modo a minimizar o impacto da heterogeneidade da dimensão dos grupos no poder das análises a realizar. Para o efeito, recorremos ao software estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), o mesmo utilizado em todas as análises subsequentes. A amostra deste estudo foi então constituída por 206 jovens adultos, 92 dos quais com CCS e 114 saudáveis.

Relativamente às principais características sociodemográficas (tabela 1), os grupos revelaram-se equivalentes relativamente a todas as variáveis analisadas, à exceção da idade (CCS: M = 22,3; DP = 2.23 vs. Saudáveis: M = 21.6; DP =1.75). Assim, em ambos os grupos os indivíduos eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa (CCS: n = 86, 94.5% vs. Saudáveis n= 106, 93 %), do sexo feminino (CCS: n = 61, 66.3% vs. Saudáveis: n = 76, 66.7%), solteiros (CCS: n = 86, 93.5% vs. Saudáveis n = 111, 97.4%) a residir com outros que não pais/irmãos (CCS: n = 69, 75% vs. Saudáveis n = 70, 61.4%; e.g., como sozinho, com colegas/amigos, namorado/companheiro, com instituição) e com agregados familiares de dimensão média de 3 elementos (CCS: M = 3.2; DP = 1.217 vs. Saudáveis: M = 3.4; DP = 1.49) e rendimento ilíquido mensal médio até 1666€/ mês (CCS: n = 64, 69.6% vs. Saudáveis n = 73, 64%). Igualmente em ambos os grupos, os jovens revelaram ser maioritariamente estudantes (CCS: n = 52, 56.5% vs. Saudáveis n = 70, 61.4%), com um nível de escolaridade média de cerca de 13 anos (CCS: M = 13.35; DP = 2.41 vs. Saudáveis: M = 13.52; DP = 2.41).

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra em estudo

	Indivíduos CCS (n = 92)	Indivíduos Saudáveis (n =114)	
	(n, %)	(n, %)	t (gl) / χ^2 (gl)
Sexo			
Feminino	61 (66. 3%)	76 (66.7%)	$\chi^2 (1) = 0.003, p = .956$
Masculino	(33, 7%)	38 (33.3%)	
Idade, M (DP)	22.3 (2.23)	21.6 (1.75)	$t(170,101)=-2.27; p =.024$
Nacionalidade			
Portuguesa	86 (94. 5%)	106 (93 %)	$\chi^2(1) =.198; p = .657$

Outras	5 (5. 4%)	8 (7%)	
Escolaridade, <i>M</i> (DP)	13.35 (2.41)	13.52 (2.41)	$t(170,199) = .445, p = .657$
Número do Agregado Familiar, <i>M</i> (DP)	3.2 (1.217)	3.4 (1.49)	$t(203,981) = .670, p = .504$
Agregado familiar, <i>M</i> (DP)			
Pais e/ou irmãos	23 (25%)	44 (38.6%)	$\chi^2(1) = 4.28, p = .38$
Outro ^a	69 (75%)	70 (61. 4%)	
Situação profissional			
Estudante	52 (56. 5%)	70 (61. 4%)	$\chi^2(3) = .78; p = .677$
Estudante-trabalhador(a)	20 (21. 7%)	24 (21. 1%)	
Trabalhador(a)	86 (93. 5%)	13 (11. 4%)	
Desempregado(a)	6 (6. 5%)	7 (6. 1%)	
Estado civil			
Solteiro(a)	86 (93. 5%)	111 (97. 4%)	$\chi^2(1) = 1.84; p = .174$
Casado (a)/ União de Facto	6 (6. 5%)	3 (2. 6%)	
Viúvo(a)	—	—	
Divorciado (a)/Separado(a)	—	—	
Rendimento Líquido Mensal			
Até 1666€/mês	64 (69.6%)	73(64%)	$\chi^2(1) = 0.331; p = .652$
Mais de 1666€/ mês	28 (30.4%)	38(33.3%)	

Nota. CCS=Condição crónica de saúde, ^a Sozinho, com colegas/amigos, com namorado(a), outros familiares (avós, tios), em instituição

Relativamente às características clínicas do grupo de indivíduos com CCS, as doenças do sistema respiratório foram as mais prevalentes ($n = 31$, 15%, e.g., asma, rinite alérgica), assim como as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas ($n = 19$, 9.2%; e.g., diabetes, obesidade, esclerose). No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença crónica, é possível observar que os indivíduos com CCS evidenciam com maior frequência o conhecimento do seu diagnóstico há mais de 2 anos ($n = 69$, 75%). verificou-se ainda que a maioria dos jovens com CCS se encontravam a realizar tratamentos ($n = 67$, 72.8%).

Tabela 2
Características clínicas da amostra em estudo

	(n, %)
Qual Condição Crónica	
Doença do sangue e órgãos hematopoéticos e algumas alterações do sistema imunitário	6 (2, 9%)
Doenças do sistema nervoso	3 (1,5%)
Doenças do aparelho Respiratório	31 (15%)
Doenças do aparelho Circulatório	3 (1,5%)
Doenças do aparelho Digestivo	1 (0,5%)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e	19 (9,2%)

Metabólicas	
Doenças da Pele e Estruturas relacionadas	7 (3,4%)
Doenças do sistema Ósseo-muscular e do Tecido conjuntivo	4 (1,9%)
Doença do aparelho Geniturinário	4 (1,9%)
Mal formações congénitas e anomalias cromossómicas	3 (1,5%)
Doenças Oculares	1 (0,5%)
Tumores (neoplasias)	2 (1%)
Co morbilidades ^a	5 (2,4%)
Tempo desde o diagnóstico	
Menos de 6 meses	7 (7,6%)
Mais de 6 mas menos de 1 ano	5 (5, 6%)
Entre 1 e 2 anos	10 (10, 9%)
Mais de 2 anos	69 (75%)
Nunca	1 (1%)
Tratamento para a Condição crónica de Saúde	
Sim	67 (72,8%)
Não	25 (25,2%)

^a A+E= Asma e epilepsia, N+E= Neurofibromatose e escoliose, A+E=Asma e eczema, A+A= Asma e anemia

Instrumentos

Neste estudo os instrumentos utilizados foram a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999), para avaliação da satisfação com o suporte social, o EURO-HIS-QOL-8 (Pereira, Gameiro & Canavarro, 2011), para a avaliação da qualidade de vida, e um questionário de dados de dados sociodemográficos e clínicos construído pelos investigadores do projecto de investigação.

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Este questionário foi constituído por questões de resposta aberta e fechada, relativas aos dados sociodemográficos dos participantes (e.g., sexo, idade, estado civil, escolaridade, local de residência, agregado familiar, com quem vive, rendimentos, profissão) e clínicos (e.g., condição de saúde, tipo de tratamento, duração da doença, a existência de diagnósticos de outras doenças concomitantes).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Sarason, Levine, Basham & Sarasom, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, 1999) é considerada uma escala breve, de auto resposta e multidimensional. Trata-se de uma medida composta por

quinze itens, que possibilitam ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma das frases apresentadas (tendo em conta se a frase se aplica ou não à sua situação). É apresentada numa escala de resposta do tipo Likert com cinco posições de resposta (desde 1 = *Concordo totalmente* 5 = *Discordo totalmente*). Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15 devem ser cotados de forma invertida.

Esta escala permite avaliar a satisfação com o suporte social em quatro domínios: a Satisfação com os Amigos (SSSA; e.g., “Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos”); a Intimidade (SSI; e.g., “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”); a Satisfação com a Família (SSSF; e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”) e as Atividades Sociais (SSSA_t; e.g., “Gostaria de participar mais em atividades de organizações sociais”). Da dimensão na SSSA fazem parte os itens 3, 12, 13, 14 e 15, da SSSI os itens 1, 4, 5 e 6, da SSSF os itens 9, 10 e 11 e da SSSA_t os itens 2, 7 e 8. A cotação de cada dimensão é obtida através do somatório das respostas dos itens que constituem cada dimensão. É ainda permitido obtenção de um score global (SSS_{global}), correspondendo as cotações mais elevadas e maior satisfação com o suporte social.

Relativamente às qualidades psicométricas, tanto a versão original como a versão portuguesa revelaram bons níveis de consistência interna para o total da escala, com alfas de Cronbach de 0.097 e 0.85, respectivamente. Na versão portuguesa, e no que respeita às dimensões do instrumento, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.64 e 0.83 para as dimensões Satisfação com as Atividades Sociais e Satisfação com as Amizades/Amigos.

No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.79 (Grupo CCS) e 0.81 (Grupo Saudáveis) para a SSS_{global}. Tendo em conta as diferentes dimensões, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.71 (SSSA_t) e 0.84 (SSSA) para o grupo CCS. No grupo Saudáveis, estes valores oscilaram entre 0.65 (SSSA_t) e 0.84 (SSSA).

EUROHIS-QOL-8

Com vista à avaliação da qualidade de vida, recorreremos ao instrumento EUROHIS-QOL-8, desenvolvido a partir do WHOQOL-BREF por Power (2003) e adaptado à versão portuguesa pelos autores Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011).

Este instrumento de avaliação é uma medida unidimensional de auto-avaliação, constituído por oito itens. Cada domínio do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações pessoais e ambientais) encontra-se representado por dois itens no EURO-HIS-QOL-8. O resultado é um índice global, que decorre do somatório dos oito itens. No que diz respeito às escalas de resposta, estas têm um formato de cinco pontos, variando entre 1 = *Nada* a 5 = *Completamente* (Pereira et al., 2011).

As propriedades psicométricas da versão portuguesa revelaram-se adequadas, sendo a consistência interna boa, representada através de um alfa de Cronbach de 0.83. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.79 (Grupo CCS) e 0.84 (grupo saudáveis).

Análise de dados

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

Numa primeira fase, procedeu-se à realização das análises descritivas (e.g., distribuição de frequências, percentagens, médias e desvios padrão), para caracterização da amostra. 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 de qualidade de vida e SSSglobal foram avaliadas através de testes *t de Student* para amostras independentes. As diferenças nos valores médios das diferentes dimensões da satisfação com o suporte social foram analisadas através de uma análise multivariada da variância (MANOVA).

De forma a avaliar as associações entre as variáveis em estudo, foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson*. As variáveis sociodemográficas que estivessem significativamente correlacionadas com a variável dependente (qualidade de vida) seriam incluídas como co-variáveis nos modelos de regressão, mas não se verificaram associações significativas a esse nível. Para reduzir a multicolinearidade com os termos de interação e para tornar os coeficientes de regressão mais significativos e interpretáveis, as variáveis independentes (SSSglobal, no modelo 1, e SSSA, SSSI, SSSF e SSSAt, no modelo 2) foram centradas antes de serem calculados os termos de interação (Aiken & West, 1991). O papel moderador do estado de saúde foi examinado

através de regressões hierárquicas múltiplas. No primeiro bloco foram incluídas as variáveis independentes centradas (i.e., SSSglobal, no modelo 1, e SSSA, SSSI, SSSF e SSSAt, no modelo 2), no segundo bloco a variável moderadora (i.e., estado de saúde) e no terceiro bloco os termos de interacção entre as variáveis independentes e a variável moderadora. Uma vez que os grupos diferiam em termos etários, os modelos de regressão foram testados num segundo momento incluindo essa co-variável.

Todas as análises estatísticas foram efectuadas para um intervalo de confiança de 95% (nível de significância $p < .05$), exceto no que respeita às análises de moderação, para as quais 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

Tal como apresentado na tabela 3, verificaram-se diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida apresentados pelos dois grupos ($t(204) = 2.720$; $p = .007$), com o grupo de saudáveis a apresentar níveis superiores de qualidade de vida face ao grupo com condições crónicas de saúde. Relativamente à satisfação com o suporte social, tanto global como nas suas várias dimensões, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ($t(204) = 0.328$; $p = .743$).

Tabela 3

Diferenças entre os grupos ao nível das variáveis em estudo: Amostra total

	Indivíduos CCS M (DP)	Indivíduos Saudáveis M (DP)	Teste t	MANOVA		
Qdv	3.72 (0.53)	3.93 (0.56)	$t(204) = 2.720$; $p = .007$			
SSSglobal	3.61(0.75)	3.65 (0.72)	$t(204) = 0.328$, $p = .743$	$p = .239$		
SSA	19.2(4.27)	19.18 (4.14)	-			
SSI	15(3.79)	14.63 (3.60)	-			
SSF	10.70(3.00)	11.18	-			

		(2.28)			
SSAt	9.25(3.19)	9.70 (3.07)	-		
*p < .05; **p < .01; ***p < .001. Qdv = qualidade de vida, SSSglobal = satisfação com o suporte social global, SSA = Satisfação com amizades, SSI = Satisfação com intimidade, SSF = Satisfação com a família, SSAt = Satisfação com as atividades sociais, MANOVA = análise multivariada					

Associação entre as variáveis sociodemográficas, a qualidade de vida e a satisfação com suporte social

Tal como é possível observar nas tabelas 4 e 5, tanto para a amostra total (tabela 4), como para cada um dos grupos (tabela 5), não se verificaram associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de qualidade de vida. Relativamente à satisfação com o suporte social, apenas se verificaram associações positivas entre a idade e a satisfação com o suporte social global ($p = .007$), com a satisfação com o suporte social amizade ($p = .023$) e com a satisfação com a intimidade ($p \leq .001$) e entre o rendimento líquido mensal e a satisfação com a família ($p = .019$; tabela 4).

Por sua vez, a qualidade de vida correlacionou-se significativa e positivamente com os níveis de satisfação com o suporte social global ($p \leq .001$), bem como com as diferentes dimensões desta variável: a Satisfação com amizades ($p \leq .001$), Satisfação com intimidade ($p \leq .001.000$), Satisfação com a família ($p \leq .001$) e a Satisfação com as atividades sociais ($p = .000$). Isto verificou-se tanto na amostra total (tabela 4), como em cada um dos grupos em estudo (tabela 5). No grupo CCS, verificou-se ainda que o facto de estar a realizar tratamentos se associou significativa e negativamente com a qualidade de vida dos indivíduos ($p = .007$). Neste grupo, não se verificou uma associação significativa entre o tempo decorrido entre o diagnóstico e a qualidade de vida dos indivíduos.

Tabela 4

Correlações entre todas as variáveis em estudo

	Variáveis em estudo					
	QdV	SSSglobal	SSSA	SSSI	SSSF	SSAt
Sexo ^a	- .49	0.010	- .43	.05	- .97	- .107
Idade	-.40	0.189*	.158*	.249**	.29	..133
Situação Profissional ^b	-.023	0.0716	.015	.054	-.068	-.032
Estado civil ^c	- .092	0.011	-.005	-.008	-.028	-.050
Rendimento líquido mês ^d	.105	0.071	.007	.057	.164*	.026
						.
Qualidade de vida		0.521***	.435**	.391**	.440**	.394**
SSSglobal	—	—	—	—	—	—
SSSA	—	0.841**	—	.679**	.437**	.570**
SSSI	—	0.849**	—	—	.408**	.536**
SSSF	—	0.648**	—	—	—	.316**
SSSAt	—	0.760**	—	—	—	—
*p<.05; **p < .01; ***p < .001 Grupo de referência: ^a0 = Masculino, 1 = Feminino ^b0 = Estudante, 1 = Estudante Trabalhador, 3 = Trabalhador, 4 = Desempregado ^c1 = Solteiro, 2 = Casado, 3 = viúvo, 4 = Divorciado, ^d0 = Até 1666€/mês; 1 = Mais de 1666 €/mês, Qdv = qualidade de vida, SSSAt = Satisfação com as atividades, SSSF = satisfação com suporte social da família, SSSI = Satisfação com o suporte social da intimidade, SSSA=satisfação com as amizades,						

Tabela 5

Correlações entre todas as variáveis em estudo por grupos: Condição crónica de saúde (CCS) em cima da diagonal, (Saudáveis) abaixo da diagonal

	Sexo	Idade	Situação Profissional	Estado Civil	Rendimento Mensal	QdV	SSS global	SSSA	SSSI	SSSF	SSSAt
Sexo ^a	-	.174	.232*	.116	-.013	-.002	.007	-.086	-.026	-.100	-.203*
Idade	-	-	.389**	.193*	.019	-	.225	.123	.223	.099	.067

	.009					.055	*		*		
Situação Profissional ^b	.316**	.110	-	.105	-.121	.043	.059	.110	.146	-.059	-.054
Estado Civil ^c	.002	.187	.039	-	-.120	-.058	.055	.033	.032	.133	-.020
Rendimento Mensal ^d	.022	.029	-.017	-.079	-	.076	.185	-.020	-.055	.039	-.031
QDV	-.089	.034	.014	-.102	.117	-	.540**	.441**	.392**	.446**	.379*
SSSglobal	-.123	.064	.093	.050	-.025	.516**	-.881**	.881**	.871**	.663**	.699*
SSSA	.008	.195	-.091	-.036	.041	.449**	-.881**	-	.656**	.406**	.644*
SSSI	.043	.267*	-.050	-.047	.194	.429**	.834**	.708**	-	.371**	.567*
SSSF	-.096	-.006	-.065	-.032	.297**	.423**	.637**	.475**	.459**	-	.397*
SSSA _t	.005	.224*	.004	-.063	.089	.401**	.814**	.489**	.514**	.220*	-
Tempo de diagnóstico da DC ^e	-.088	.218*	-.077	.029	-.047	.071	-.009	-.032	-.114	.067	-.098
Tratamento para doença ^f	0.01	0.137*	0.09	0.05	0.09	-.189**	-.003	0.00	0.010	0.09	0.05

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

Grupo de referência: ^a0 = Masculino, 1 = Feminino ^b0=Estudante, 1= Estudante Trabalhador, 3= Trabalhador

= Desempregado ^c 1=Solteiro, 2=Casado, 3= viúvo, 4= Divorciado, ^d 0=Até 1666€/mês; ^e1=Mais de 1666

€/mês, ^e1=Menos de 6meses; 2=Mais de 6meses; 3=Entre 1 e 2 anos; 4=Mais de 2 anos; 5=Nunca, ^f 0=Não; 1=Sim

SSSA_t=Satisfação com as atividades, SSSF=satisfação com suporte social da família, SSSI=Satisfação com o suporte social da intimidade, SSSA=satisfação com as amizades.

Análise dos efeitos principais e de interação

Os resultados da análise de regressão hierárquica onde se testaram os efeitos principais e de interação das variáveis em estudo encontram-se apresentados na Tabela 6.

Tabela 6

Efeitos principais e de interação da SSS (global^a e dimensões^{b,c,d,e}) e do estado de saúde na qualidade de vida.

Bloco 1: Efeitos principais da SSS			Bloco 2: Efeitos principais do estado de saúde		Bloco 3: Efeitos de interação entre a SSS e estado de saúde	
Variáveis	$\Delta R^2 = .27$		$\Delta R^2 = .03$		$\Delta R^2 = .00$	
	$F_{(1,204)} = 75.927^{***}$ $R^2 = .27$		$F_{(2,203)} = 43.900^{***}$ $R^2 = .30$		$F_{(3,202)} = 29.138^{***}$ $R^2 = .30$	
	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>	<i>b</i> (SE)	<i>T</i>	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>
SSSG ^a	0.396 (0.045)	8.714 ^{***}			0.400 (0.061)	6.551 ^{***}
Estado de saúde (ES)			0.210(0.077)	-2.720 ^{**}	-0.196(0.066)	-2.981 ^{***}
SSSG x ES [*]					-0.016 (0.090)	-0.181
	$\Delta R^2 = .28$		$\Delta R^2 = .04$		$\Delta R^2 = .01$	
	$F_{(5,200)} = 18.614^{***}$ $R^2 = .28$		$F_{(1,204)} = 7.400^{***}$ $R^2 = .32$		$F_{(9,196)} = 10.342^{***}$ $R^2 = .32$	
Variaveis	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>	<i>b</i> (SE)	<i>t</i>
SSSAtividades ^b	0.031 (0.013)	2.311 ^{**}			0.012 (0.020)	0.622
SSSFamília ^c	0.056 (0.013)	4.261 ^{***}			0.062 (0.019)	3.330 ^{***}
SSSIntimidade ^d	0.011 (0.013)	0.832			0.017 (0.017)	1.010
SSSAmizades ^e	0.022 (0.012)	1.879 [*]			0.028 (0.016)	1.767 [*]
Estado de Saúde			-0.210 (0.077)	-2.720 ^{**}	-0.179 (0.067)	-2.671 ^{***}
SSSAmiz.x Estado.saúde ^f					-0.008 (0.023)	-0.355
SSSIntimid x Estado.saúde					-0.006 (0.026)	-0.214
SSSfamília x Estado.saúde					-0.015 (0.027)	-0.571
SSSativid x Estado.saúde					0.025 (0.027)	0.939
* $p < .10$; ** $p < .05$; *** $p < .01$.						
Nota: ^a SSSG = Satisfação com o suporte social global centrada, ^b SSSAtividades = Satisfação com as atividades ^c SSSFamília = satisfação com suporte social da família, ^d SSSIntimidade = Satisfação com o suporte social da intimidade, ^e SSSAmizades = satisfação com as amizades, ^f SSSSG x ES = termo de interação entre Satisfação com o Suporte Social global e o estado de saúde das duas variáveis.						
Nota. Para ambos os modelos, a introdução da co-variável idade não alterou os resultados apresentados.						

Relativamente ao modelo 1, destacamos o efeito significativo da satisfação com o suporte social global ($b = 0.400$, $t = 6.551$, $p \leq .001$) e do estado de saúde ($b = -0.196$, $t = -2.981$, $p \leq .001$) na qualidade de vida dos indivíduos, explicando, em conjugação,

30% da variância da mesma. Destacamos igualmente a independência do efeito do suporte social na qualidade de vida relativamente ao estado de saúde dos indivíduos, uma vez que a interação entre estas variáveis não se revelou significativa. O modelo final foi estatisticamente significativo ($p \leq .001$).

Relativamente ao modelo 2, destacamos os efeitos significativos das dimensões satisfação com a família ($b = 0.062$; $t = 3.330$, $p \leq .001$) e satisfação com as amizades ($b = 0.028$; $t = 1.767$, $p \leq .001$), bem como do estado de saúde ($b = -0.179$, $t = -2.671$, $p \leq .001$) na qualidade de vida dos participantes, explicando estas variáveis, em conjugação, 32% da variância da mesma. Os termos de interação entre as dimensões da satisfação com o suporte social e o estado de saúde não revelaram efeitos significativos na qualidade de vida dos indivíduos. O modelo final foi estatisticamente significativo ($p \leq .001$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar a associação entre a satisfação com o suporte social e os níveis de qualidade de vida em jovens adultos com e sem

condições crónicas de saúde. Para isso, procurou-se descrever e comparar os níveis de qualidade de vida e satisfação com o suporte social de jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde, bem como explorar a associação entre a satisfação com o suporte social (global e nas diferentes dimensões: Satisfação com amigos, Satisfação com Intimidade, Satisfação com a família e Satisfação com as atividades) e nos níveis de qualidade de vida. Procurámos ainda, averiguar o papel moderador do estado de saúde na satisfação com o suporte social e qualidade de vida. A amostra estudada foi constituída por jovens adultos, maioritariamente solteiros, estudantes e a residir com outros que não os pais (e.g sozinho(a), colegas, namorado(a), instituição), de acordo com o esperado para esta faixa etária (Bizarro, 2001). Foram as doenças respiratórias que mostraram maior prevalência, de forma congruente com os resultados da OMS (2007).

De acordo com os resultados de estudos realizados previamente (Canavarro et al., 2010; Paredes et.al,2008; Pinto, Pais Ribeiro, 2000; Schimmer, 2003; Silva et al., 2003), o nosso estudo revelou níveis de qualidade de vida significativamente mais baixos em jovens com condições crónicas de saúde, quando comparados com os seus pares saudáveis. Estes dados reforçam a importância do investimento na compreensão dos níveis de adaptação psicossocial desta população clínica, bem como da implementação de estratégias de promoção da sua qualidade de vida. Por outro lado, apesar das exigências adicionais a que os jovens com condições crónicas de saúde estão sujeitos, não se verificaram diferenças ao nível da satisfação com o suporte social nas suas várias dimensões, quando comparados com os seus pares saudáveis, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos (Handley, 2004; Abrunheiro, 2005).

Também de encontro com a literatura que revela que em indivíduos com condições crónicas de saúde a satisfação com o suporte social apresenta influências positivas ao nível do seu ajustamento, nomeadamente na relação com os pares saudáveis, na formação psicossocial, na redução do sofrimento, face à doença (Pedroso, Sbardelotto, 2008; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003), a presente investigação revelou que a qualidade de vida se correlaciona significativamente com a satisfação com o suporte social (global e nas diferentes dimensões consideradas), tanto na amostra total, como em cada um dos grupos em estudo. De forma congruente, quando testados os efeitos diretos e de interação da satisfação com o suporte social e do estado de saúde na qualidade dos indivíduos verificámos uma influência positiva da primeira, independentemente do estado de saúde dos indivíduos. Assim, de acordo com outros autores (Ribeiro, 1999;

Gaspar, 2008 & Abrunheiro, 2005), os nossos dados realçam o efeito positivo da satisfação com o suporte social, tanto na presença como na ausência de doença. Tal como nos explicam Cohen, Wills (1985), Mitchell, Billings, e Moos (1982), pessoas com elevada satisfação com suporte social são capazes de lidar melhor com as principais mudanças da vida podendo conduzir ao desenvolvimento de estratégias de capacitação e de autonomia, bem como ao auxílio na preservação e promoção da qualidade de vida (Pedroso & Sbardelloto, 2008). Contrariamente à nossa hipótese, este processo parece ser homogéneo tanto na presença como na ausência de doença. Logo, mais do que um potencial amortecedor do impacto da doença, a satisfação com suporte social parece constituir-se como um fator promotor de ajustamento quer na sua presença, quer na sua ausência, assumindo um papel direto nos níveis de qualidade de vida (Cohen & Wills, 1985). Os nossos dados são então congruentes com a literatura que indica que o suporte social é um factor capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008), bem como influenciar positivamente a qualidade de vida do indivíduo (Serra, 1999; Bennett, 2002; Ribeiro, 1999; Schwarzer, Leppin, 1991 & Sollner et al., 1999). Acresce que na nossa amostra a satisfação com o suporte social foi a única variável a mostrar uma associação significativa com os níveis de qualidade de vida, explicando uma percentagem de variância considerável desta variável. No que concerne ao grupo de indivíduos com condições crónicas de saúde, em particular, foi verificado uma associação significativa e negativa entre o facto de estar a realizar tratamentos para a sua condição e a qualidade de vida apresentada. Neste mesmo grupo, e ao contrário do que seria de esperar com base em estudos prévios (Anes, Ferreira, 2009; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn, & Bower, 2003), não se verificou uma associação significativa entre o tempo decorrido entre o diagnóstico e a qualidade de vida dos indivíduos.

Também de forma contrária ao que se poderia supor face ao menor destaque atribuído à família enquanto rede de suporte nesta fase desenvolvimental (Aldava, 1992; Arnett, 1998; Greene, Wheatley, Scheer, Unger & Brown, 1994), as dimensões do satisfação com suporte social que revelaram efeitos significativos no modelo explicativo final da qualidade de vida foram não só a dimensão amizades, mas também a dimensão relativa à família.

A interpretação dos resultados deste estudo deve considerar algumas limitações, entre as quais destacamos o tamanho da amostra e a natureza transversal do estudo. Assim, em futuros estudos, parece-nos fundamental procurar ultrapassar estas

limitações, nomeadamente aumentando o tamanho dos diferentes grupos que constituem a amostra. Do mesmo modo, consideramos importante a realização futura de estudos longitudinais, que revelem a forma como a satisfação com o suporte social se relaciona com as complicações crónicas nos indivíduos e a sua qualidade de vida ao longo do curso da doença.

No entanto, e uma vez que o conhecimento compreensivo do impacto da doença crónica nos diferentes aspetos da vida do indivíduo se apresenta como uma importante condição prévia para um tratamento mais eficaz (Paredes et. al., 2008), os resultados deste estudo podem ser considerados uma mais-valia na promoção de práticas terapêuticas mais eficazes. Os nossos resultados têm também implicações importantes para a investigação e prática clínica, numa fase inicial por contribuírem para o desenvolvimento de estudos nacionais nesta área, até agora pouco conhecida na nossa realidade sociocultural.

Referências bibliográficas

Abrunheiro, L. (2005). A Satisfação com o suporte social e a qualidade no doente após transplante hepático. Retirado de URL.

Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Aguinis, H. (1995). Statistical power with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21, 1141-1158. doi:10.1177/014920639502100607

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado de URL.

Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de Vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8. Retirado de URL.

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, 215-225.

Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385. Retirado de URL.

Associação Médica Mundial – AMM. (2008). Declaração de Helsínquia (1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008). Retirado de URL.

Balistieri, S., Tavares, M., & Aline, C. (2013). La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: una revisión de literatura. *Revista de enfermería global*. Retirado de URL.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista. Manuais Universitários* (Vol. 13). Lisboa: Climepsi.

Barros, L. (2009). Os adolescentes com doença crónica. In M. Matos & D. Sampaio, *Jovens com Saúde. Diálogo com uma geração*, 304-320. Lisboa: Texto Editores, Lda.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: 3ª ed. Climepsi Editores.*

Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, saúde & doenças*, 2 (2), 55-67. Retirado de URL.

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. Retirado URL.

Canavarro, M.C, Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Retirado de URL.

Castro, E. K., Ponciano, C. F., & Pinto, D. W. (2010). Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crónicas. *Aletheia*, 31, 137-148. Retirado de URL.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer, *Handbook of psychology and health*, 4, 253-268. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Retirado de URL.

Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). [Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários.](#) Retirado de URL.

Diário da República (2016).Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2.ª série, N.º 55. Retirado de URL.

Direcção Geral de Saúde (2011). É tempo de agir! Declaração para uma vida melhor. Abordagem das doenças crónicas através da prevenção. Retirado de URL.

Direcção-Geral da Saúde de Portugal. Declaração para uma Vida Melhor (2011). Abordagem das doenças crónicas através da prevenção. DGS: Lisboa. Retirado de URL.

Direcção Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses, Perspetiva 2015. Retirado de URL.

Ferreira, T., Pais-Ribeiro, J., & Guerreiro, M. (2004). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em doentes submetidos a revascularização do miocárdio. Revista 11, 5-1.Retirado de URL.

Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. Journal of Clinical Oncology, 21(22), 4184-4193. Retirado de URL.

Gaspar, M., M., Pais-Ribeiro, J., Leal, I., Luís, J. (2008). Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde era Crianças e Adolescentes. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Universidade do Porto: Porto. Retirado de URL.

Greene, A. L., & Wheatley, S. M. (1992). “I’ve got a lot to do and I don’t think I’ll have the time”: Gender differences in late adolescents’ narratives of the future. Journal of Youth and Adolescence, 21, 667-686. Retirado de URL.

Handley, M., S. (2004). Perceived social support in young adults with cancer and the camp experience. Bozeman: Montana.Retirado de URL.

Hanestad, B. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 19 (2), 139-149. .

Inquérito Nacional de Estatística de Portugal (2014).Estatísticas de saúde, ISSN 2183-1637.Retirado de URL.

Institute of medicine (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Retirado de URL.

Jeffrey, B., Schwimmer, M.D., Tasha, M., Burwinkle, M.A., James W., & Varni, D. (2003). Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *JAMA, The Journal of American Association*, 14, 1813-1819. doi:10.1001/jama.289.14.1813.

Leynaert, B., Neukirch, C., Liard, R., Bousquet, J., & Neukirch, F.(2000).Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A population-based study of young adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162(4), 1391-1396. doi:

Martins, C. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Retirado de URL.

Mitchell, R., Billings, A., & Moos, R. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3(2), 77-98.

Mrazek, D. A. (1996). *Chronic pediatrics illness and multiple hospitalizations*, in Lewin, M (ed), *Child and adolescent psychiatric*. Baltimore: Williams & Wilkins. Retirado de URL.

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Regulamento n.º 258/2011. Diário da República nº78, Série II de 20 de Abril de 2011.

Paul, C., & Fonseca, M. (2001). *Psicossociologia da Saúde. Manuais Universitários*. Lisboa: Climepsi.

Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M.C, Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M.J, Rijo, D., Gameiro, S., & 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. Retirado do URL.

Pedroso, R., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crónicos. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, 4,7. Retirado de URL.

Pereira, C. (2008). Contributo para a implementação da classificação internacional de funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas. Dissertação para mestrado apresentada ao instituto superior de ciências do trabalho e da empresa. Retirado de URL.

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. doi: 420-428.2005.09.01.

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*, 145-159. Amsterdam: IOS Press.

Pina, R. (1998). A criança diabética. *Diabetes em Equilíbrio*, 7, 7-8. Retirado de URL.

Rebelo, L. M. H. S. (1996). O Doente com Artrite Reumatóide e o seu Contexto Familiar. Dissertação para Doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Retirado de URL.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558. Retirado de URL.

Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I., & Grupo-QDV. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 16 (1), 91-100. Retirado de URL.

Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2.^a ed.). Porto: Livpsic.

Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs.

Samson, A., Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: Description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention*, 127, 16-28. Retirado de URL.

Santos, C. S., Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204. Retirado de URL.

Santos, T., Matos, M., Simões, M., C., Fonseca, H., & Machado, M., C. (2013). Individual factors related to chronic condition in Portuguese adolescents: Highlights from the HBSC/WHO study. doi:10.4236/health.2013.511A2005.

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. Retirado de URL.

Scheer, S. D., Unger, D., & Brown, M., B. (1994). Adolescents becoming adults: Attributes for adulthood. Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, San Diego. Retirado de URL.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of American Medical Association*, 289 (14), 1813-1819. Retirado de URL.

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health. A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127. Retirado de URL.

Serra, A. (1999). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edição do Autor.

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudo Psicométrico do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para portugueses de Portugal, *psiquiatria Clinica*, 27 (1), 41-49. Retirado de URL.

Serrabulho, L., Matos, M., Nabais, J., & Raposo, J. (2014). A satisfação com a vida e a adesão ao tratamento da diabetes dos jovens adultos com diabetes tipo 1. *Revista Portuguesa Endocrinologia, diabetes e metabolismo*, 9 (2), 122 – 128. Retirado de URL.

Singh, D. (2008). Policy brief: How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Health systems and policy analysis. Copenhagen World Health Organization.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, I., & Ramos, H., Fonseca, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo

metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, saúde & doenças*, 4 (1), 21-32. Retirado de URL.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2005) Variáveis psicológicas associadas à adesão ao tratamento de diabetes meliitus. *Psicologia*, 8 (12), 159-171.Retirado de URL.

Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.

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(3), 239-250. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71241-7.

Suris, J., Michaud, P., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938-942. doi: 10.1136/adc.2003.045369.

Tayson, S.(1998). The relationship of perceived social support, health status and quality of life in female systemic lupus erythematosus patients. *Health sciences, nursing*. Retirado de URL.

World Health Organization. (2010). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (4th ed). Geneva, Switzerland: Author.

Zashikhina, A., & Hagglof, B. (2014). Health-related quality of life in adolescents with chronic physical illness in northern Russia: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(12). doi: 10.1186%2F1477-7525-12-12

ANEXOS

Anexo I- Consentimento informado

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

Qual é o objectivo do estudo?

Esta investigação tem como objectivo compreender os processos de adaptação psicossocial e identificar os factores que contribuem para melhor adaptação em indivíduos adultos/jovens 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. É muito importante responder a todas as questões. Pode, em qualquer momento, e por qualquer motivo, desistir de colaborar neste estudo.

Se clicar neste link ([link](#)), será direccionado para o questionário online. Antes de começar a responder ao questionário, clique, por favor, em “**sim, aceito participar**”.

Como é garantida a confidencialidade?

As suas respostas serão estritamente 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 (neuzambsilva@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 mencionada e dou o meu consentimento com vista a participação neste estudo

_____/_____/_____

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Anexo II- 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.

- **Dados sociodemográficos**

- Sexo: Feminino Masculino

- Idade: _____ (anos)

- Nacionalidade: _____

- Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever
 1º ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º ano)
 2º ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)
 3º ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)
 Ensino Secundário (10º ao 11º ano)
 Ensino Superior

- Situação profissional: Estudante
 Estudante trabalhador
 Trabalhador Tempo inteiro
 Tempo parcial
 Desempregado
 Outro:

- Localidade de residência:

- Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?

- Com quem vive na maior parte do tempo?
 Pais e irmãos
 Outros familiares (ex., avós, tios, etc.)
 Sozinho

Com colegas/amigos
Com namorado(a)/companheiro(a)
Em instituição

- Qual é o rendimento líquido mensal do seu agregado familiar?

< 583 €/mês
entre 583 e 1666 €/mês
entre 1666 e 3333 €/mês
entre 3333 e 6666 €/mês
> 6666 €/mês

- Estado civil:

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

- Atualmente, mantém um relacionamento amoroso?

Não
Sim

Relação de exclusividade com
indivíduo do sexo oposto
Relação de exclusividade com
indivíduo do mesmo sexo
Relação ocasional com indivíduo
do sexo oposto
Relação ocasional com indivíduo
do mesmo sexo

Há quantos meses mantém esta relação? _____
(meses)

Esta relação inclui contactos de índole sexual?

Não
Sim

Alguma vez lhe foi diagnosticada uma disfunção sexual?

Não
Sim Qual?

Há quanto tempo?
< 6 meses
6 meses – 1
ano
1 ano – 2
anos
>2 anos

- Dados clínicos**

- Tem diagnóstico de alguma doença crónica?

Não
Sim Qual? _____

Se diabetes *mellitus*:

Tipo I

Tipo II

- Há quanto tempo foi diagnosticada esta condição crónica de saúde?

< 6 meses

6 meses – 1 ano

1 ano – 2 anos

> 2 anos

- Faz atualmente algum tratamento para esta condição crónica de saúde?

Não

Sim

Que tratamentos?

- Consegue realizar os seus tratamentos sem ajuda?

Sim

Não

Porquê? _____

- Se não, quem é que o ajuda na administração dos seus tratamentos?

Pais/Familiares

Profissionais de saúde

Outros:

- Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Não

Sim

- Se sim, há quanto tempo?

< 6 meses

6 meses – 1 ano

1 ano – 2 anos

>2 anos

- Toma medicação para algum problema psicológico/psiquiátrico?

Não

Sim

9. Possui hábitos de consumo de substâncias?

Não

Sim

Álcool

Com que regularidade?

Tabaco

Com que regularidade?

Drogas

Com que regularidade?

Obrigado pela sua colaboração

Anexo III-Instrumento de avaliação-EUROHIS-QOL-8

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?	2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?
Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa	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?	4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
Nada Pouco Moderadamente Bastante Completamente	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)?	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)	Muito insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) Satisfeito(a) Muito satisfeito(a)
7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer	8. Até que ponto está satisfeito(a) com

as suas necessidades?		as condições do lugar em que vive?
Nada		Muito insatisfeito(a)
Pouco		Insatisfeito(a)
Moderadamente		Nem satisfeito(a) nem
Bastante		insatisfeito(a)
Completamente		Satisfeito(a)
		Muito satisfeito(a)

Anexo IV- Instrumento de avaliação- Escala de Satisfação com o suporte social

Escala de Satisfação com o Suporte Social

(Pais-Ribeiro, 1999)

A seguir, vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa quase sempre que, por vezes, se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A. Se acha que nunca pensa isso, deverá marcar a letra E.

A = CONCORDO TOTALMENTE	B = CONCORDO NA MAIOR PARTE	C = NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	D = DISCORDO NA MAIOR PARTE	E = DISCORDO TOTALMENTE
------------------------------------	--	--	--	------------------------------------

	A	B	C	D	E
1. Por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio.					
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
4. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
6. Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.					
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex., clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).					
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha					

família.					
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.					
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.					