

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO (*)

O suporte social é, actualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998). Como referem Rodin e Salovey (1989) o suporte social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença.

O âmbito vasto do social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante, tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, *et al.*, 1977; Taylor, 1990): a investigação tanto se refere a aspectos objectivos do social tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), como a aspectos subjectivos tais como a percepção que o indivíduo

tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida.

Suporte social define-se, grosso modo, como «a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós» (Sarason, *et al.*, 1983, p. 127). Cobb (1976) num texto clássico, define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de suporte social. Por exemplo, suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível (Cohen & McKay, 1984).

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para se referir ao suporte

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Wethington e Kessler (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de 1269 indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objectivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção de suporte social do que pelos aspectos tangíveis.

Ridder e Schreurs (1996) afirmam que doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares é visto como interferência indesejável.

Singer e Lord (1984) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos: pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária: ou pode ser do tipo profissional em termos de consulta ou terapia. No âmbito específico da saúde e das doenças, Kessler et al. (1985) explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do stress. Esta variável é muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e de aspectos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

Suporte social formal e informal

Segundo Dunst e Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia a dia em resposta a aconteci-

mentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Componentes, aspectos e dimensões do suporte social

Tende a haver consenso geral que o domínio de suporte social é multidimensional e que aspectos diferentes do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos. Dunst e Trivette (1990) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados. Os componentes identificados são: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

Weiss (1974) propunha seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afectivo, mérito, aliança e orientação. Dunst e Trivette (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social que, consideram, se têm mostrado importantes para o bem-estar:

1. Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social;
2. Existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como clubes;
3. Frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face;
4. Necessidade de suporte, para designar a

- necessidade de suporte expressa pelo indivíduo;
5. Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes;
 6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita;
 7. Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita;
 8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita;
 9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido;
 10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social;
 11. Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

Aspectos diferenciais do suporte social

A investigação tem demonstrado que os aspectos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário. Olsen *et al.* (1991) verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependia do grupo etário, com o conjugue a exercer maior influência no grupo 30-49 anos, e a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos. Vilhjalmsson (1994) verificou que nos adolescentes, a família, neste caso os pais, constituíam a principal fonte de suporte. O mesmo padrão foi encontrado por Henly (1997). Ribeiro (1994a), num estudo com jovens em que cruza várias medidas susceptíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social, fornecidas por vários agentes, confirma que, para a população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família.

Suporte social, saúde e doenças

A crença que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde está bem apoiada (Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, rea-

lizada por Broadhead *et al.* (1983), concluiu-se pela existência de forte correlação entre as duas variáveis. Schwarzer, e Leppin (1989; 1991), em revisão de investigações mostram, numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) que incluíam uma amostra total de 32739 indivíduos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, valores das correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) entre $r = -0,60$ e $r = +0,23$. A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Berkman e Syme (1979), com os resultados do Estudo Alameda mostram evidências fortes entre os padrões de interacção social e níveis de suporte social, e quer a longevidade quer a mortalidade. Sarason *et al.* (1985) concluem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal estar. Hohauser e Berah (1996) verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida.

Ganster *et al.* (1986), numa investigação em que pesquisa o papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho, conclui haver relação entre componentes do suporte social e queixas somáticas.

Kessler *et al.* (1985), numa revisão de investigação concluem que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais. O mesmo é defendido por Ornelas (1996). Ell *et al.* (1992), num estudo abrangendo uma amostra sequencial de 369 doentes com cancro, concluem que há evidência substancial de relação entre o suporte social e as relações sociais, e a sobrevivência de pessoas com cancro. Hanson *et al.* (1989), num estudo envolvendo 621 indivíduos idosos, concluem «haver um efeito causal entre as redes sociais e o suporte social e a mortalidade» (p. 109). Thomason *et al.* (1996) verificam que o suporte social, embora mediado por outras variáveis influencia a emergência de sintomas

em doentes com SIDA. Blaney *et al.* (1997) verificaram que o aumento do suporte social tem impacto positivo nas manifestações psicológicas associadas à SIDA.

Efeitos do suporte social na saúde

Os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre suporte social e saúde podem englobar-se em quatro grandes categorias (Singer & Lord, 1984):

- 1 - *O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress* – Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do stress;
- 2 - *A não existência de suporte social é fonte de stress* – Considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress;
- 3 - *A perda de suporte social é um stressor* – Considera que se se tem suporte social e se o perde o stress surge;
- 4 - *O suporte social é benéfico* – É uma perspectiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de stress.

Modelos de impacto negativo do suporte social

Como ficou dito antes, a investigação tem evidenciado que, tanto se verifica que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stress na saúde, como que ele está associado com redução do bem-estar, ou com o agravamento do efeito dos stressores (Dunbar, Ford & Hunt, 1998).

Dunbar, Ford e Hunt, (1998) seleccionam três teorias para explicar porque é que o suporte social surge associado com o distress e com o mal estar. Sumariam três hipóteses: hipótese de mobilização do suporte, hipótese da desigualdade; hipótese da ameaça à estima.

A hipótese de mobilização do suporte inter-

preta a relação positiva entre o suporte recebido e o distress psicológico como um efeito espúrio que derivaria destas duas variáveis estarem associadas a uma terceira, que seria os acontecimentos de vida stressantes.

A hipótese da desigualdade defende que os indivíduos preferem manter relações com os outros que sejam equilibradas. A teoria defende que se as trocas são desequilibradas (um recebe mais ajuda do que a que deu) ambos sofreriam stress e este manter-se-ia até que o equilíbrio fosse restabelecido.

A hipótese da ameaça à estima defende que o suporte social, ou falta dele, seria stressante via o impacto que teria na auto-estima.

O social variável independente versus variável dependente da saúde

Para além do suporte social enquanto variável independente de algo que temos vindo a intitular de «Saúde» ou de inúmeras doenças, o suporte social pode, ainda, ser considerado uma variável dependente e avaliada como tal quando se avalia a saúde. Estudos clássicos como os de Berkman e Breslow (1983) e o de Brook *et al.* (1979), consideraram o domínio social variável dependente da saúde, ou seja, este tipo de investigação responde à questão «qual é o impacto da saúde no suporte social?». Isto acrescenta um novo problema neste tipo de investigação, que é o de em que campo (e quais) devemos incluir as variáveis sociais, se devemos considerar os aspectos, componentes ou domínios do social como variáveis dependentes da saúde ou como variáveis independentes.

Stewart (1993) para se referir às dimensões a integrar como variáveis dependentes na avaliação da saúde, afirma: «poucos discordam acerca das dimensões de saúde físicas e mentais, mas é controverso se a saúde social é conceptualmente equivalente a estas duas dimensões» (p. 12). Por exemplo, no *Medical Outcome Study* (Riesenberg & Glass, 1989), uma investigação com uma grande amostra destinada a avaliar os resultados de saúde, ou o impacto na saúde, das intervenções realizadas em contexto de saúde hospitalares, em que a dimensão «saúde» foi avaliada com o recurso a técnicas que são uma evolução do estudo de Brook *et al.* (1979), são assumidas duas dimensões de saúde, saúde física e saúde mental, e os aspectos sociais são utilizados como

indicadores destas duas dimensões (Stewart, 1993). Ou seja, os aspectos sociais continuam, hoje, a ser objecto de controvérsia, tanto no que diz respeito ao modo de os avaliar, como, que aspectos sociais adoptar, como, ainda, se precede ou procede a saúde. Os instrumentos de avaliação que são utilizados nas investigações para avaliar as diferentes variáveis reflectem a panóplia de social que há no social.

Avaliação do suporte social

O suporte social é uma variável importante para a saúde mas não há uniformidade quanto à maneira de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para de o avaliar. A variedade destas técnicas reflecte a complexidade da concepção de suporte social. Existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, consideram os diversos aspectos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade. Como dizem Sarason e Sarason (1984) «importante como parece, não há concordância acerca da maneira de avaliar o nível pessoal de suporte social» (p. 288).

Heitzmann e Kaplan (1988), numa revisão à cerca das técnicas de avaliação do suporte social que são utilizadas em contexto de saúde, verificaram que as propriedades psicométricas dos instrumentos revistos eram, na generalidade fracas, e que as técnicas avaliavam diferentes concepções de suporte social.

A presente investigação propõe-se construir uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente. É uma medida de percepção de suporte social, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem estar e à qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

609 estudantes, entre os 11.º ano e final da Universidade, com idades entre os 15 e 30 anos (47% do sexo masculino), de nove escolas pertencentes à Universidade do Porto e três escolas do ensino secundário da cidade do Porto, responderam a um questionário, anónimo, segundo

uma metodologia *mail type*, com uma percentagem de retornos de 86%.

Material

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e «discordo totalmente».

Recorreu-se a um conjunto de medidas que expressam saúde, bem-estar ou mal estar ou que estão intimamente ligadas a essas variáveis. As medidas utilizadas para validação do ESSS foram as seguintes: Auto conceito geral avaliado com a adaptação portuguesa do *self perception profile for college students* (Ribeiro1994b). É um questionário de auto preenchimento com 54 itens que se agrupam em 12 sub-escalas, e a resposta é dada numa escala de likert. Neste estudo considerou-se somente a nota total.

Gravidade que atribui aos acontecimentos de vida, avaliado pela intensidade que considera que o acontecimento de vida que mais afectou a sua vida no último ano, variando numa escala tipo Likert de nove posições, variando entre nada e totalmente.

Acontecimentos de vida avaliados com um inventário de 23 problemas adaptados à população jovem em que os respondentes assinalam todos os que ocorreram no último ano. A nota final é dada pela soma do número de acontecimentos assinalados.

A avaliação da auto eficácia geral foi realizada com uma adaptação portuguesa da escala (Ribeiro, 1995). A escala é de auto-preenchimento e inclui 15 itens que são respondidos numa escala de likert distribuídos por três factores. Neste estudo considerou-se somente a nota total.

Saúde geral avaliada com recurso a um item na tradição do que é utilizado na avaliação do estado de saúde em que o sujeito responde numa escala tipo likert de sete pontos, variando entre o excelente e o péssimo, qual o estado de bem estar físico actual.

Sintomas físicos de mal estar avaliados com recurso a um inventário que inclui 19 itens que constituem sintomas físicos de mal estar a que os

sujeitos respondem quanto à frequência com que os sentem (de diária, várias vezes por semana, semanal, uma vez por mês, ou menos de uma vez por mês) e, quando ocorrem qual a intensidade com que se manifestam em cinco posições de «extremamente incómodo» até «não é problema». Foi apenas considerada a nota dada pela frequência dos sintomas.

Saúde mental: avaliado com recurso ao inventário de saúde mental, adaptação portuguesa (Ribeiro, 1998) do *Mental Health Inventory* (Veit & Ware, 1983). É um inventário com 38 itens, auto-preenchidos, que avaliam cinco dimensões, depressão, ansiedade, comportamento e controlo emocional, afecto positivo, com consistências internas (para a versão portuguesa) predominantemente na casa dos 0,80 a 0,90 e com um alfa da escala total de 0,96. A resposta é dada numa escala de Likert variando entre cinco e seis posições. Neste estudo considerou-se somente a nota total.

Percepção geral de saúde: avaliada com recurso a uma adaptação da *General Health Perception Battery* (Brook *et al.*, 1979), inclui 32 itens auto preenchidos, agrupados em oito dimensões, que são respondidos numa escala tipo Likert com cinco posições. Neste estudo considerou-se somente a nota total.

Procedimento

A ESSS foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível. Seleccionaram-se 20 itens que reflectissem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente com a que têm com os actores sociais com quem interagem, tais como familiares e amigos, e com as actividades sociais que desenvolvem. Para garantir a validade de conteúdo os itens foram inspeccionados e corrigidos por três juizes. Seguidamente estes itens foram passados aos participantes. Seguidamente procedeu-se à análise de componentes principais (ACP) para verificar, como, de modo empírico, os itens se distribuem pelas escalas. Após a ACP verificou-se se o agrupamento de itens a partir da ACP estava de acordo com os constructos iniciais. De seguida procedeu-se à inspeção da consistência interna (alfa de Cron-

bach) das escalas assim construídas. Inspeccionou-se, depois, a validade discriminante, ou seja, verificou-se se a correlação dos itens com a escala a que era suposto pertencerem era superior à das restantes escalas, e a validade concorrente com vários indicadores de saúde.

Resultados

Procedeu-se à ACP seleccionando os itens com uma carga factorial superior a 0,40. Permaneceram na equação 15 itens que se apresentam no Quadro 1. A solução factorial assim escolhida inclui quatro factores que explicam 63,1% da variância total. A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85. As escalas geradas empiricamente estão de acordo com os constructos para que os itens foram gerados e parecem medir os seguintes aspectos do suporte social: O primeiro factor, baptizado «satisfação com os amigos», mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens, que têm uma consistência interna de 0,83. Este factor explica 35% da variância total. O segundo factor, baptizado «intimidade», mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens que têm uma consistência interna de 0,74 e o factor explica 12,1% da variância total. O terceiro factor, baptizado «satisfação com a família», mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens, que têm uma consistência interna de 0,74 e o factor explica 8,7% da variância total. O último factor gerado, baptizado «actividades sociais», mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens que têm uma consistência interna de 0,64 e o factor explica 7,3% da variância total. O Quadro 1 mostra os valores da carga factorial acima de 0,40, de cada item no factor em que permaneceu na solução final.

Em geral, a carga factorial dos itens da ESSS é elevada. Apenas um item apresenta uma carga factorial inferior a 0,50. Este item tem uma carga factorial mais elevada noutro factor e, com base na reavaliação do conteúdo do item decidiu-se que era mais adequado ficar colocado nesta sub-escala.

O factor que melhor explica o resultado da escala é o primeiro «satisfação com amizades/amigos» com mais de metade da variância total explicada.

QUADRO 1
Carga factorial dos itens por factor, variância de cada factor e consistência interna dos itens de cada factor

ITENS	SA	IN	SF	AS
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	0,72			
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	0,74			
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	0,79			
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	0,74			
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	0,56			
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio		0,50		
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer		0,78		
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer		0,76		
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas		0,69		
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família			0,79	
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família			0,73	
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família			0,83	
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria				0,42
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam				0,68
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)				0,84
<i>Eigenvalue</i>	5,24	1,81	1,30	1,09
Variância (total = 63%)	35%	12.1%	8,7%	7,3%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = 0,85)	0,83	0,74	0,74	0,64

SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Actividades sociais

Validade discriminante

A validade discriminante de um item evidencia-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence. A validade discriminante dos itens ESSS é mostrada no Quadro 2.

A observação do Quadro 2 mostra que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a

escala a que pertence (em carregado) e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. O segundo valor mais elevado é, sempre, com o resultado da escala total que resulta da soma de todas as escalas.

O Quadro 3 apresenta a correlação entre a nota da escala total e as notas das sub-escalas que compõem a ESSS.

Verifica-se que as sub escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as

QUADRO 2
Validade discriminante dos itens do EPSS

ITENS	SA	IN	SF	AS	Tot
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	0,76	0,44	0,11	0,46	0,65
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	0,80	0,48	0,18	0,40	0,68
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	0,80	0,41	0,26	0,50	0,70
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	0,81	0,46	0,24	0,46	0,71
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	0,70	0,47	0,17	0,28	0,60
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0,45	0,68	0,27	0,37	0,62
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	0,49	0,78	0,11	0,28	0,61
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0,47	0,77	0,21	0,29	0,63
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0,35	0,76	0,10	0,37	0,56
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	0,18	0,21	0,79	0,08	0,38
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0,21	0,15	0,78	0,11	0,38
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0,24	0,19	0,85	0,17	0,45
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0,50	0,37	0,10	0,74	0,59
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	0,51	0,44	0,14	0,80	0,65
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0,25	0,20	0,09	0,75	0,43

SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Actividades sociais; Tot – Escala total

QUADRO 3
Correlação entre as notas das sub-escalas e escala total

Escala e sub-escalas do EPSS	SA	IN	SF	AS
Escala total	0,86	0,80	0,50	0,72
Satisfação com amizades		0,58	0,25	0,55
Intimidade			0,22	0,44
Satisfação com família				0,15

SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Actividades sociais

relativas aos amigos, com cada uma delas por si só a explicar mais de dois terços da variância da escala total. Tal parece contrariar a investigação já referida que afirma que o suporte social mais importante nos jovens é a família.

Validade concorrente

Investigou-se a validade concorrente com medidas de saúde e bem-estar e com medidas de mal-estar. A ideia subjacente é a de que a EPSS deve estar associada a medidas de saúde na direção esperada, ou seja, deve prever resultados positivos (correlação positiva estatisticamente significativa) das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos (correlação negativa estatisticamente significativa) com medidas

indicadoras de mal estar. Simultaneamente os valores da correlação, embora significativos, não devem ser tão elevados de molde a parecer que são a mesma medida. O valor critério considerado é que não deve exceder valores de correlação de 0,60, ou seja uma nota não deve prever mais de um terço da outra. O Quadro 4 mostra a correlação entre as diversas medidas consideradas.

Genericamente a correlação entre o resultado da escala total e as medidas critério é maior do que a das sub-escalas. Com exceção para as medidas de acontecimentos de vida (tanto a existência como a intensidade).

A análise do Quadro evidencia valores contrários em que as sub-escalas ligadas aos amigos

QUADRO 4
Correlação entre EPPS e medidas critério

	SA	IN	SF	AS	Tot
Auto conceito	r = 0,41 (576) p < 0,0001	r = 0,44 (579) p < 0,0001	r = 0,29 (574) p < 0,0001	r = 0,35 (575) p < 0,0001	r = 0,51 (565) p < 0,0001
Gravidade dos acontecimentos	r = -0,12 (249) p < 0,005	r = -0,14 (249) p < 0,03	r = -0,28 (247) p < 0,0001	n.s.	r = -0,21 (245) p < 0,002
Acontecimentos	r = -0,11 (547) p < 0,006	r = -0,13 (551) p < 0,002	r = -0,23 (546) p < 0,00001	r = -0,11 (547) p < 0,02	r = -0,19 (536) p < 0,0001
Auto eficácia	r = 0,38 (586) p < 0,0001	r = 0,43 (590) p < 0,0001	r = 0,25 (586) p < 0,0001	r = 0,27 (586) p < 0,0001	r = 0,46 (576) p < 0,0001
Saúde	r = 0,18 (605) p < 0,0001	r = 0,14 (608) p < 0,0001	r = 0,10 (603) p < 0,009	r = 0,15 (604) p < 0,0001	r = 0,19 (594) p < 0,0001
Mal estar	r = -0,18 (580) p < 0,0001	r = -0,25 (584) p < 0,0001	r = -0,28 (579) p < 0,0001	r = -0,18 (580) p < 0,0001	r = -0,30 (569) p < 0,0001
Saúde mental	r = 0,40 (593) p < 0,0001	r = 0,50 (584) p < 0,0001	r = 0,34 (593) p < 0,0001	r = 0,36 (594) p < 0,0001	r = 0,55 (584) p < 0,0001
Percepção de saúde	r = 0,21 (589) p < 0,0001	r = 0,25 (593) p < 0,0001	r = 0,21 (589) p < 0,0001	r = 0,17 (589) p < 0,0001	r = 0,29 (579) p < 0,0001

SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Atividades sociais; Tot – Escala total. Auto conceito - Auto conceito geral; Gravidade dos acontecimentos – Gravidade que atribui aos acontecimentos de vida; Acontecimentos – Acontecimentos de vida; Auto eficácia – Auto eficácia geral; Saúde – Saúde geral; Mal estar – Sintomas físicos de mal estar; Saúde mental – Saúde mental; Percepção de saúde – Percepção geral de saúde.

apresentam maior correlação com algumas medidas de saúde, bem-estar, ou mal-estar, enquanto as sub-escala ligada à família apresenta maior correlação com outras medidas de saúde, bem-estar, ou mal-estar. Tal resultado aponta para a necessidade de aprofundar estas relações de modo a apurar as medidas de suporte social.

Conclusão

O estudo apresentado propõe uma escala de avaliação do suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar, com várias dimensões, que é sensível e válida. Tal, no entanto, não dispensa a necessidade de continuar a investigar as medidas nesta área.

REFERÊNCIAS

- Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E., & Arena, J. (1984). Psychometric properties of SUNYA revision of the Psychosomatic Symptom Checklist. *Journal of Behavioral Medicine, 7* (2), 247-257.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health, 5*, 413-432.
- Blaney, N., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: the role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health, 12*, 633-653.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117* (5), 521-537.
- Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams, & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care, 17* (7), (supplement).
- Bruhn, J. G., & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine, 7* (2), 151-169.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104* (2), 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7* (3), 269-297.
- Cox, D., Freundlich, A., & Meyer, R. (1975). Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43* (6), 892-898.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14* (6), 761-775.
- 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*, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 36* (6), 531-541.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Ganster, D. C., Fusilier, M. R., & Mayes, B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology, 71* (1), 102-110.
- Greene, J., Walker, L., Hickson, G., & Thompson, J. (1989). Stressful life events and somatic complaints in adolescents. In T. W. Miller (Eds.), *Stressful life events* (pp. 633-642). Madison: International Universities Press, Inc.
- Hanson, B., Isacson, S., Janson, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology, 130* (1), 100-111.
- Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology, 7* (1), 75-109.
- Henly, J. (1997). The complexity of support: the impact of family structure and provisional support on African American and white adolescent mothers' well-being. *American Journal of Community Psychology, 25*, 629-655.

- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier MacMillan Publishers.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-career. *Psychology and Health, 11*, 715-731.
- Johnson, G., & Johnson, W. (1997). Perceived overqualification, emotional support and health. *Journal of Applied Social Psychology, 27*, 1906-1918.
- Jouguin, E., & Davies, M. (1980). *Student distress: a study of problems experienced by students at the University of Saskatchewan*. Saskatchewan: University of Saskatchewan.
- Kaplan, B., Cassel, J., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15* (5), 47-58.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.
- Lau, R., & Ware, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care, 11* (11), 1147-1158.
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 364-374.
- Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine, 32* (7), 767-771.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, 14* (2-3), 263-268.
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuisier, J., Couson, F., Giliard, J., & Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: adaptation française do questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q.. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 33*, 35-51.
- Ribeiro, J. L. (1994a). A importância da família como suporte social na saúde. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Org.), *Família e desenvolvimento*. Portalegre: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1994b). Adaptação do «Self-perception profile for college students» à população portuguesa: sua utilização no contexto da psicologia da saúde. In L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 129-138). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Adaptação do Inventário de Saúde Mental*. (submetido para publicação).
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine, 1*, 71-82.
- Riesenberg, D., & Glass, R. (1989). The Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association, 262* (7), 943.
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health, 11*, 5-22.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 279-300). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44* (1), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B., Potter III, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47* (2), 156-163.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health, 3* (1), 1-15.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 99-127.
- Sherer, M., Madux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Stewart, A. (1993). The Medical Outcomes Study framework of health indicators. In A. Stewart, & J. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach* (pp. 12-24). Durham: Duke University Press.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist, 45*, 40-50.
- Thomason, B., Jones, G., McClure, J., & Brantley, P. (1996). Psychosocial co-factors in HIV illness: an empirical-based model. *Psychology and Health, 11*, 385-393.

- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (5), 730-742.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 23* (4), 437-452.
- Walltson, B. S., Walltson, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44* (4), 580-585.
- Walltson, B. S., Walltson, K. A., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6* (2), 160-170.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relations. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.

RESUMO

O objetivo é construir uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social recebido. Assume-se que o suporte social percebido tem um papel importante na saúde e no bem-estar tanto das pessoas sem doença, como nas que estão em recuperação ou vivem com uma doença. Recorreu-se a uma amostra de jovens sem doença, 47% homens. Construiu-se uma escala com 15 itens, com resposta tipo likert, com base na validade de conteúdo de cada item para avaliarem a

satisfação com o suporte social proveniente de várias fontes, e com as actividades sociais. A escala inclui quatro sub-escalas com valores de consistência interna variando entre 0,64 e 0,83, com um valor de 0,85 para a escala total. Inspeccionou-se a validade discriminante dos itens e a validade concorrente com medidas associadas à saúde tanto pela positiva como pela negativa, tendo-se encontrado valores que confirmam a validade da escala para avaliar a percepção de suporte social em contextos de saúde.

Palavras-chave: Suporte social, saúde, doença crónica.

ABSTRACT

The objective is to create a scale to evaluate the satisfaction with the social support received. It is assumed that the social support received plays an important role in health and well being, both in healthy people, those recuperating or those living with a disease. A sample of young healthy people, 47% males, was used. A scale with 15 items was built, with Likert type response, with a basis on content validity of each item, in order to evaluate the level of satisfaction regarding the social support received from different sources, and with social activities. The scale includes four sub-scales with internal consistency values varying between 0,64 and 0,83, with a value of 0,85 for the total scale. The discriminating validity as well as the concurrent validity of the items was analysed with measures related to health, both on the positive as well as the negative side. The values found that confirm the validity of the scale in evaluating perceptions of social support within a health context.

Key words: Social support, health, chronic disease.