

Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em Doentes Submetidos a Revascularização do Miocárdio

Teresa Jesus Rodrigues Ferreira *

José Luis Pais Ribeiro **

Manuel Domingos de Meira Santos Guerreiro ***



Foi nosso objectivo estudar a adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a uma população com doença das artérias coronárias. A amostra incluiu 228 homens e 26 mulheres, com idades entre os 29 e 83 anos (M = 56,90), submetidos a cirurgia cardíaca – *bypass* das artérias coronárias e a Angioplastia Transluminal Percutânea das Coronárias.

A ESSS tem 15 itens com respostas numa escala de concordância de 5 pontos. Avalia nas suas sub-escalas: a “satisfação com amigos/amigos”; “intimidade”; “satisfação com a família” e a “satisfação com a realização nas actividades sociais”. Pontuações mais elevadas são indicadoras de maior nível de satisfação com o suporte social. O valor de consistência interna para a escala global foi de 0,77.

Observou-se uma associação negativa entre ESSS, ansiedade e depressão, avaliadas pela “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”, e exaustão vital, diminuição de energia, sentimentos de desmoralização e irritabilidade, avaliados pela Escala de Exaustão Vital.

A ESSS é válida e sensível para avaliar a satisfação com o suporte social e adequada para a população com doença coronária, não dispensando porém a continuação de estudos neste âmbito.

Introdução

Estudos realizados nas últimas décadas fazem referência aos efeitos positivos do suporte social ao nível da saúde física e mental das pessoas (COBB, 1976; LLOR *et al.*, 1995; McNALLY e NEWMAN, 1999; MARÍN, 1995; SARASON, 1988).

O reconhecimento do papel protector do suporte social, operacionalizado como entidade específica e influente no estado de saúde, foi

descrito por COBB (1976) como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; crença de que é estimado, valorizado; e sentido de pertença a uma rede de relações. A relação suportiva com efeito protector implica o desenvolvimento do “*sentimento de que somos amados e valorizados, em que outros significativos se interessam pelo nosso bem-estar*” (SARASON, 1988, p.122).

FRIDFINSDOTTIR (1997) define suporte social como “*transacção individual que envolve apoio emocional, informação, e/ou ajuda tangível, e que melhora o coping e/ou modera o impacto de stressores*” (p.527).

* Mestre em Psicologia; Professora-Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de São João – Porto (e-mail: teresarodrigues@esenf.pt).

** Doutor em Psicologia; Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto.

***Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina – Universidade do Porto; Director Clínico do Hospital da Arrábida.

McNALLY e NEWMAN (1999) distinguem a nível conceptual o suporte social quer como entidade objectiva quer como entidade subjectiva. Objectivamente, o suporte social consiste em "...a *structural* measure of social ties"(p.309). Nesta perspectiva, o suporte social inclui a existência e extensão das ligações sociais, tais como: cónjuge, família, religião (Igreja), ou outros grupos de afiliação onde a avaliação da estrutura das ligações sociais compreende a composição e organização da rede social individual. O suporte social, como entidade subjectiva, é visto como um construto multidimensional, compreendendo diversos e distintos componentes, tais como, a ajuda emocional e a ajuda instrumental. Assim, o conceito de suporte assenta nas percepções subjectivas e apreciações individuais.

Esta dimensão subjectiva da percepção do suporte social proporciona maior ou menor nível de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social, variável que melhor explica os resultados de saúde (RIBEIRO, 1999^a).

A quantidade, tipo e fonte de apoio social diferem nos diferentes momentos/fases do ciclo saúde-doença, assim como, a influência de outras variáveis: factores ambientais ou genéticos, impacto temporal, especificidade da fonte e o nível de consciência da disponibilidade de apoio, e apoio recebido (HUPCEY, 1998; MARÍN, 1995; NAVALHAS, 1998).

HOLAHAN *et al.* (1995) analisaram a influência da satisfação com o apoio social sobre a adaptação psicológica à doença, verificando que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual quanto à incidência de sintomas depressivos, numa população de doentes cardíacos crónicos, beneficiando os esforços adaptativos com o suporte garantido pela rede social de apoio.

Como refere SARASON (1988), o suporte social é um conceito multidimensional, sendo avaliadas de múltiplas maneiras as suas implicações na saúde. Também, RIBEIRO (1999^a) refere que *"existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, considera os diversos aspectos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por*

si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade" (p.551). Para este autor, a percepção é uma dimensão dos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar à qualidade de vida. Neste sentido, construiu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente.

Pretendemos neste trabalho estudar a adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (RIBEIRO, 1999^a) numa amostra da população com doença das artérias coronárias, aprofundando o conhecimento das dimensões do suporte social avaliadas e suas associações com outras medidas de saúde.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída por 254 sujeitos adultos com diagnóstico de Doença das Artérias Coronárias (DAC), internados num hospital central da região do grande Porto para revascularização do miocárdio por cirurgia cardíaca ou por PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty). Os sujeitos participaram voluntariamente, sendo seleccionados com base no diagnóstico médico de DAC. Foram excluídos doentes com outras patologias cardíacas associadas. Saber ler, escrever e capacidade de compreensão do conteúdo do questionário foram também condições de inclusão.

A amostra incluiu 228 homens e 26 mulheres provenientes na sua maior parte da região do grande Porto, com idades entre os 29 e 83 anos ($M = 56,90$; $DP = 9,66$), em que 127 (50,0%) foram submetidos a cirurgia cardíaca – *bypass* das artérias coronárias e 127 (50,0%) a PTCA. Apresentam-se em quadro as características gerais das sub-amostras.

Pela análise do quadro anterior observa-se que a sub-amostra submetida a cirurgia cardíaca apresenta uma média de idades superior à sub-amostra submetida a PTCA. Os elementos desta última apresentam um valor médio de anos de escolaridade ligeiramente superior aos primeiros.

QUADRO 1 – Características socio-demográficas das sub-amostras da população com DAC

| | Amostra submetida a cirurgia (N = 127) | | | Amostra submetida a PTCA (N = 127) | | |
|---|---|----------|------|---------------------------------------|----------|-------|
| | Amplitude | M | DP | Amplitude | M | DP |
| Idade | 39 - 83 | 59,38 | 8,39 | 29 - 81 | 54,41 | 10,23 |
| Anos de escolaridade | 3 - 20 | 6,96 | 4,05 | 3 - 19 | 7,79 | 4,40 |
| | n | % | | n | % | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 110 | 86,6 | | 118 | 92,9 | |
| Feminino | 17 | 13,4 | | 9 | 7,1 | |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 110 | 86,6 | | 115 | 90,6 | |
| Viúvo | 9 | 7,1 | | 1 | 0,8 | |
| Solteiro | 4 | 3,1 | | 5 | 3,9 | |
| Divorciado | 4 | 3,1 | | 6 | 4,7 | |
| Situação laboral | | | | | | |
| Empregado activo | 58 | 45,7 | | 79 | 62,2 | |
| Desempregado | 6 | 4,7 | | 7 | 5,5 | |
| Reformado | 58 | 45,7 | | 39 | 30,7 | |
| Se empregado, qual a função actual no emprego? | | | | | | |
| Dirigente | 24 | 41,4 | | 33 | 40,7 | |
| Chefia | 21 | 36,2 | | 20 | 24,7 | |
| Operário | 12 | 20,7 | | 28 | 34,6 | |
| Sofre de alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares? | | | | | | |
| Sim | 84 | 66,1 | | 77 | 60,6 | |
| Não | 42 | 33,1 | | 50 | 39,4 | |
| Vai habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde? | | | | | | |
| Sim | 106 | 83,5 | | 90 | 70,9 | |
| Não | 21 | 16,5 | | 37 | 29,1 | |

Em ambas as sub-amostras, o sexo masculino é o mais representado, assim como o estado civil de casado. No que diz respeito à situação laboral (à altura da recolha de dados), os elementos da sub-amostra submetida a PTCA estavam na sua maior parte empregados e no activo (62,2%). Dos submetidos a cirurgia cardíaca, igual percentagem encontravam-se em situação de reforma (45,7%) e na de trabalhadores activos (45,7%). Os que se encontravam activos profissionalmente exerciam na sua maioria a função de dirigente: 41,4% dos elementos submetidos a cirurgia – *bypass* e 40,7% dos submetidos a PTCA.

Na sub-amostra dos que foram sujeitos a cirurgia cardíaca, a maioria referiu sofrer de uma ou mais doenças associadas (66,1%) que os obrigava a cuidados médicos regulares e que iam habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde (83,5%). Comparativamente, os elementos da sub-amostra de doentes com DAC submetida a PTCA

são aparentemente mais saudáveis, referindo menos situações de doença que os obrigasse a cuidados médicos (60,6%) e irem menos vezes ao médico para vigilância de saúde (70,9%).

Instrumentos

Ambas as sub-amostras: a submetida a cirurgia cardíaca – *bypass* e a submetida a PTCA, responderam aos seguintes questionários:

Um questionário sócio-demográfico com questões acerca de: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral e função no actual emprego, ocorrência (ou não) de alguma doença que necessitasse de cuidados médicos regulares e vigilância de saúde.

Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (RIBEIRO, 1999^a) – é uma escala de auto-preenchimento constituída por 15 frases,

apresentadas como um conjunto de afirmações. O respondente deve assinalar o grau de concordância com cada uma das frases numa escala de Likert com cinco posições: 1 – “concordo totalmente”; 2 – “concordo na maior parte”; 3 – “não concordo nem discordo”; 4 – “discordo a maior parte”; 5 – “discordo totalmente”. A escala contém quatro sub-escalas que medem os seguintes aspectos do suporte social: “Satisfação com amigos” – tem cinco itens e procura medir a satisfação com as amizades/amigos; “Intimidade” – inclui quatro itens e mede a percepção de suporte social íntimo; “Satisfação com a família” – nos três itens que a compõem, pretende medir a satisfação com o suporte familiar existente; “Actividades sociais” – através de três itens é medida a satisfação com a sua realização nas actividades sociais. Pontuações altas indicam um maior nível de satisfação com o suporte social.

Foi aplicada também a *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS (ZIGMOND e SNAITH, 1983). É uma escala abreviada de avaliação da ansiedade e depressão, duas das formas mais comuns de distúrbios psicológicos em contextos médicos não psiquiátricos (HERRMANN, 1997). Consiste numa escala de catorze itens divididos em duas sub-escalas, uma para a ansiedade (7 itens) e outra para a depressão (7 itens), em que o doente valoriza cada item numa escala de quatro pontos, em que o grau de gravidade do sintoma oscila entre 0 e 3. Individualmente, os itens estão pontuados de 0 a 3 ou de 3 a 0, dependendo da direcção do enunciado dos termos utilizados no item. Pontuações altas indicam a presença de problemática (BOWLING, 1994; ZIGMOND e SNAITH, 1983).

Escala de Exaustão Vital (EV), adaptação de “*Maastricht Interview for Vital Exhaustion*” (MEESTERS e APPELS, 1996) à população portuguesa (FERREIRA *et al.*, *in press*). É uma escala com 23 afirmações com o verbo na primeira pessoa, reflectindo um sintoma. Para a cotação foi utilizada uma escala de concordância de 7 pontos em que: 1 corresponde ao “Discordo completamente”; 2 – “Discordo muito”; 3 – “Discordo moderadamente”; 4 – “Não concordo nem discordo”; 5 – “Concordo moderadamente”;

6 – “Concordo muito” e 7 – “Concordo completamente”. Assim, os *scores* variam entre 23 e 161, correspondendo o estado de exaustão vital aos *scores* mais elevados. A escala de EV, tem três sub-escalas: “diminuição de energia” com 13 itens; “sentimentos de desmoralização” com 7 itens e “aumento da irritabilidade” – 3 itens (FERREIRA *et al.*, *in press*). Os itens que as constituem medem as características do estado de exaustão avaliado pela escala. Pontuações altas indicam a presença de problemática avaliada pela escala e sub-escalas.

Procedimentos

– Sub-amostra da população com DAC submetida a revascularização do miocárdio por cirurgia cardíaca:

Os doentes propostos para *bypass* das artérias coronárias, foram contactados no dia anterior à cirurgia, por via de regra o dia de admissão no hospital.

– Sub-amostra da população com DAC submetida a revascularização do miocárdio por PTCA:

O primeiro contacto com os doentes ocorreu depois das primeiras seis a oito horas após a PTCA. Os doentes ficavam em regime de internamento (completo) para vigilância contínua, ainda que em alguns casos de curta duração (aproximadamente 24 horas). Nas primeiras horas após a PTCA, o doente devia permanecer em repouso absoluto, conforme protocolo de actuação.

Para as duas sub-amostras, e depois de analisados os critérios de inclusão, eram explicados aos doentes os objectivos do estudo e o modo de preenchimento do questionário, assim como a solicitação do consentimento informado para a sua participação, sendo-lhes então entregue o questionário para auto-preenchimento. Na recolha do instrumento era verificado, se tinham sido respondidas todas as questões e, se não estivesse completo, era solicitado ao doente que o completasse e esclarecidas as possíveis dúvidas. Em alguns

casos, por dificuldades de visão (não terem consigo os óculos) ou indicação médica expressa para a manutenção do “repouso absoluto no leito”, foi necessária a intervenção do investigador na ajuda aos doentes para preenchimento.

Resultados

Análise dos componentes principais com objectivos confirmatórios

Reproduzindo a análise de RIBEIRO (1999^a), efectuámos uma análise de componentes principais com rotação ortogonal pelo método *varimax*. Os itens distribuíram-se inicialmente por 4 factores, explicando 59,25% da variância total da escala. No quadro 2 apresentam-se as cargas factoriais dos itens (> 0,30) da Escala de Satisfação com o Suporte Social assim obtidos, com os participantes do estudo (N = 254).

Pela análise do quadro 2, observa-se que os itens se distribuíram pelas sub-escalas definidas por RIBEIRO (1999^a), à excepção do item 1. Este item “*Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria*” associou-se aos itens da sub-escala “Intimidade” em vez da “Satisfação com amizades” a que pertencia. Esta mudança faz sentido se considerarmos que a amostra aqui em estudo é constituída por adultos na segunda fase da vida, enquanto a do estudo original era constituída por jovens.

Validade convergente-discriminante

No sentido de se verificar a validade convergente-discriminante dos itens, verificou-se se a correlação dos itens com a escala a que pertenciam (ou era suposto pertencerem) era superior à das restantes escalas (RIBEIRO, 1999^b). Os resultados obtidos na amostra estudada apresentam-se no quadro 3.

QUADRO 2 – Carga factorial dos itens por factor, valores prévios ou específicos (*eigenvalue*) e variância dos itens de cada factor *

| Itens | Componentes | | | | h ² |
|---|-------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho. | 0,80 | | | | 0,67 |
| 5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho. | 0,78 | | | | 0,62 |
| 4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. | 0,76 | | | | 0,64 |
| 3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. | 0,69 | | | | 0,60 |
| 12. Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família. | | 0,89 | | | 0,83 |
| 11. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família. | | 0,83 | | | 0,74 |
| 10. Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família. | | 0,73 | | | 0,63 |
| 14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam. | | | 0,78 | | 0,71 |
| 15. Gostava de participar mais em actividades de organizações sociais. | | | 0,76 | | 0,59 |
| 13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria. | | | 0,62 | | 0,43 |
| 6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio. | | | | 0,66 | 0,49 |
| 9. Às vezes sinto a falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. | | | | 0,61 | 0,52 |
| 7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer. | | | | 0,55 | 0,54 |
| 1. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria. | | | | 0,53 | 0,34 |
| 8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer. | 0,40 | | | 0,49 | 0,48 |
| <i>Eigenvalue</i> (valores próprios ou específicos) | 4,16 | 1,98 | 1,49 | 1,24 | |
| Variância explicada (total = 59,25%) | 27,74% | 13,21% | 9,99% | 8,29% | |

* Com rotação *varimax*.

QUADRO 3 – Correlação dos itens das sub-escalas e escala global de Satisfação com o Suporte Social (corrigida para sobreposição)

| Itens | SA | IN | SF | AS | Total |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| 1. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria. | 0,14 | 0,25 | 0,06 | 0,17 | 0,24 |
| 2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho. | 0,62 | 0,31 | 0,31 | 0,09 | 0,49 |
| 3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos. | 0,49 | 0,28 | 0,42 | 0,16 | 0,49 |
| 4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos. | 0,62 | 0,30 | 0,35 | 0,13 | 0,51 |
| 5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho. | 0,56 | 0,26 | 0,28 | 0,10 | 0,44 |
| 6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio. | 0,21 | 0,33 | 0,20 | 0,14 | 0,32 |
| 7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer. | 0,33 | 0,35 | 0,21 | -0,05 | 0,31 |
| 8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer. | 0,41 | 0,34 | 0,28 | 0,05 | 0,41 |
| 9. Às vezes sinto a falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas. | 0,16 | 0,27 | 0,09 | 0,34 | 0,32 |
| 10. Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família. | 0,35 | 0,22 | 0,60 | 0,26 | 0,49 |
| 11. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família. | 0,37 | 0,27 | 0,67 | 0,12 | 0,46 |
| 12. Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família. | 0,34 | 0,25 | 0,80 | 0,17 | 0,49 |
| 13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria. | 0,13 | 0,11 | 0,19 | 0,39 | 0,28 |
| 14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam. | 0,23 | 0,27 | 0,24 | 0,61 | 0,45 |
| 15. Gostava de participar mais em actividades de organizações sociais. | 0,09 | 0,07 | 0,04 | 0,45 | 0,20 |

AS – “Satisfação com Amizades”; IN – “Intimidade”; SF – “Satisfação com a Família”; AS – “Actividades Sociais”.

Observa-se que o item 1 apresenta um valor mais elevado na correlação com as sub-escalas “Intimidade” $r_{(254)} = 0,25$ e “Actividades sociais” $r_{(254)} = 0,17$, do que com a “Satisfação com amizades” $r_{(254)} = 0,14$, a que pertence na escala original. O item 8 “*Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer*” apresenta um valor mais elevado na correlação com a sub-escala “Satisfação com amizades” $r_{(254)} = 0,41$, do que com a sub-escala “Intimidade” $r_{(254)} = 0,34$, da qual faz parte originariamente. Também o item 9 apresenta valor mais elevado em “Actividades sociais” $r_{(254)} = 0,34$, do que na sub-escala “Intimidade” $r_{(254)} = 0,27$.

Nos itens 1, 8 e 9, por o diferencial entre os valores não ser discriminativo (<20), optou-se por mantê-los nas sub-escalas originais (RIBEIRO, 1999^a). Nas sub-escalas “Satisfação com a família” e “Actividades sociais”, os itens apresentam um bom poder discriminativo relativamente às outras sub-escalas. Os itens das sub-escalas “Satisfação com amizades” e “Intimidade” apresentam fraco poder discriminativo sobretudo entre si, sendo necessário averiguar o

comportamento destes itens em estudos posteriores com populações idênticas (nível etário e com doença crónica).

A análise dos resultados que se segue tem por base as sub-escalas do autor, cujos itens são assinalados a negrito no quadro 3.

Análise da fidelidade da escala

Para ANASTASI (1990), os testes de fidelidade indicam em que medida as diferenças individuais obtidas numa prova são atribuíveis a reais diferenças nas características medidas ou ao acaso. Este conceito engloba os conceitos de estabilidade e o de consistência interna. Na análise da consistência interna, um dos métodos utilizados para o seu cálculo é o do coeficiente *Alpha de Cronbach* (ALMEIDA e FREIRE, 1997; ANASTASI, 1990; POLIT e HUNGLER, 1995; RIBEIRO, 1999^b).

Este método procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados na escala se associa ao somatório da variância item a item (NUNNALLY e BERNSTEIN, 1994; RIBEIRO, 1999^b).

QUADRO 4 – Consistência interna da escala e sub-escalas da ESSS

| Escala e sub-escalas do ESSS | N.º itens | Alpha de Cronbach (N = 254) | Alpha de Cronbach (N = 609)* |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------|
| <i>Escala total</i> | 15 | 0,77 | 0,85 |
| Satisfação com amizades – SA | 5 | 0,70 | 0,83 |
| Intimidade – IN | 4 | 0,53 | 0,74 |
| Satisfação com a família – SF | 3 | 0,81 | 0,74 |
| Actividades sociais – AS | 3 | 0,67 | 0,64 |

* Resultados obtidos a partir de RIBEIRO (1999^a)

No quadro 4, comparando com os resultados obtidos por RIBEIRO (1999^a), os deste são superiores, à excepção das sub-escalas “Satisfação com a família” e “Actividades sociais”.

Para a satisfação com o suporte social avaliada pela escala e na amostra estudada, a “Satisfação com a família” apresenta o valor mais elevado ($\alpha = 0,81$) revelando boa consistência dos resultados obtidos. Para a “Intimidade”, o valor é baixo ($\alpha = 0,53$), enquanto que os demais são satisfatórios.

Validade concorrente

Investigou-se a validade concorrente com medidas de ansiedade, depressão e exaustão vital. O pressuposto é de que a satisfação com o suporte social está associada de forma negativa

(correlação negativa) e com significado estatístico a medidas indicadoras de mal estar. Apresentam-se a seguir os valores da correlação entre ESSS e medidas critério.

A análise correlacional efectuada permite consolidar a hipótese de uma associação inversa entre os recursos psicossociais e a depressão, no confronto com problemas de saúde física. A evidência surge através dos valores que correlacionam negativamente e de forma estatisticamente significativa, a satisfação com o suporte social (escala e sub-escalas) com ansiedade e depressão (escala e sub-escalas).

Na generalidade, a satisfação com o suporte social (escala global) tem efeito protector/amortizador da ocorrência da ansiedade e depressão no confronto com a doença das coronárias, evidenciado pela correlação negativa com significado estatístico ($r_{(254)} = -0,32, p < 0,01$).

QUADRO 5 – Correlação de Pearson entre ESSS e HADS e Exaustão Vital (escalas e sub-escalas)

| (N = 254) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----------------------|---|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. ESSS (total) | — | 0,77** | 0,71** | 0,65** | 0,57** | -0,32** | -0,29** | -0,28** | -0,32** | -0,26** | -0,36** | -0,21** |
| 2. ESSS – SA | | — | 0,41** | 0,41** | 0,20** | -0,17** | -0,16* | -0,14* | -0,14* | -0,11ns | -0,18** | -0,06ns |
| 3. ESSS – IN | | | — | 0,29** | 0,20** | -0,39** | -0,34** | -0,35** | -0,35** | -0,27** | -0,43** | -0,22** |
| 4. ESSS – SF | | | | — | 0,20** | -0,14** | -0,12* | -0,12* | -0,13* | -0,08ns | -0,17** | -0,13* |
| 5. ESSS – AS | | | | | — | -0,17** | -0,17** | -0,12* | -0,24** | -0,24** | -0,19** | -0,14* |
| 6. HADS | | | | | | — | 0,90** | 0,87** | 0,72** | 0,64** | 0,69** | 0,51** |
| 7. Ansiedade | | | | | | | — | 0,57** | 0,63** | 0,54** | 0,61** | 0,50** |
| 8. Depressão | | | | | | | | — | 0,65** | 0,60** | 0,62** | 0,41** |
| 9. EV | | | | | | | | | — | 0,95** | 0,84** | 0,70** |
| 10. EV D. energia | | | | | | | | | | — | 0,69** | 0,57** |
| 11. EV Desmoral. | | | | | | | | | | | — | 0,50** |
| 12. EV A. Irritabil. | | | | | | | | | | | | — |

Nota: ** $p < 0,01$ (2-tailed); * $p < 0,05$ (2-tailed); n.s. Correlação não significativa;

ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social (escala global); ESSS – SA: Satisfação com amizades; ESSS – IN: Intimidade; ESSS – SF: Satisfação com a família; ESSS – AS: Actividades sociais; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (escala global); Ansiedade (avaliada pela HADS); Depressão (avaliada pela HADS); EV: Exaustão vital (escala global); EV D. Energia: Diminuição de energia; EV Desmoral.: Sentimentos de desmoralização; EV A. Irritabil.: Aumento da irritabilidade.

É evidente que a percepção da existência de suporte social íntimo minimiza os efeitos deletérios da ansiedade e depressão (HADS) no confronto com a doença e hospitalização ($r_{(254)} = -0,39$, $p < 0,01$).

A forte associação entre Exaustão Vital e HADS indicia uma sobreposição de construtos avaliados pelas duas escalas (FERREIRA *et al.*, *in press*). Reforçando essa sobreposição, a satisfação com o suporte social na globalidade e nas dimensões avaliadas pela ESSS associam-se negativamente com a exaustão vital. De salientar a relevância da fadiga não habitual com diminuição de energia interferir na satisfação com as actividades sociais, evidenciado pela associação negativa com significado estatístico entre a ocorrência de “diminuição de energia” e “actividades sociais” ($r_{(254)} = -0,24$, $p < 0,01$). Os valores mais elevados e com significância, observam-se na correlação negativa entre “Sentimentos de desmoralização” com “Intimidade”, ESSS (escala global), “Satisfação com amigos” e “Satisfação com a família” (respectivamente, $r_{(254)} = -0,43$, $-0,36$, $-0,18$, $-0,17$; $p < 0,01$). Tal como na análise anterior entre ESSS e HADS, também a satisfação com o suporte social íntimo diminui os sentimentos de desmoralização percebidos pelos doentes coronários.

Neste estudo sai reforçada a evidência do efeito protector/amortizador da percepção de suporte social no confronto com a doença física, nomeadamente com a doença das artérias coronárias.

Analizou-se também a relação entre suporte social e idade, apresentando apenas significado estatístico a correlação positiva, mas modesta, com a “satisfação com a família” ($r_{(254)} = 0,16$, $p < 0,01$). Ainda que com uma correlação baixa, a satisfação com a família associa-se aos doentes com DAC com mais idade.

Os anos de escolaridade correlacionam-se negativamente e com significância estatística, com a percepção de suporte social (escala global), satisfação com amigos e família (respectivamente, $r_{(254)} = -0,18$, $-0,20$; $p < 0,01$ e $r_{(254)} = -0,12$; $p < 0,05$). Embora com associações fracas, é evidente que a satisfação com o suporte social na sua generalidade, amigos e família se associa aos

níveis mais baixos de escolaridade, na amostra estudada.

Compararam-se ainda as médias de satisfação com o suporte social, escala global e sub-escalas entre algumas sub-amostras, apresentando-se os resultados no quadro seguinte.

Atendendo ao tipo de revascularização das artérias coronárias, não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre elementos das duas sub-amostras, pelo que a satisfação com o suporte social avaliado pela ESSS é idêntico nos doentes submetidos a revascularização por cirurgia cardíaca ou por PTCA. Pode observar-se resultado idêntico para o sexo.

A percepção de suporte proporcionado pela família difere estatisticamente entre os sujeitos atendendo ao estado civil. São os indivíduos casados os que apresentam maior satisfação nesta dimensão, enquanto que os solteiros são os mais insatisfeitos.

Na satisfação com amigos, tem significado estatístico a diferença de médias entre indivíduos atendendo à sua situação profissional, à altura da recolha de dados. Pelo teste post-hoc Scheffé, as diferenças localizaram-se entre os indivíduos que estavam desempregados com os que se encontravam em situação de empregados no activo e com os reformados. São os que estão em situação de desemprego os mais insatisfeitos com as amizades.

De entre os sujeitos que têm uma situação profissional de empregados e no activo, observaram-se diferenças com significância estatística ao nível da função desempenhada no emprego, nas dimensões “Intimidade” e “Satisfação com a família”. Ao nível da sub-escala “Intimidade”, as diferenças significativas localizaram-se entre os que exerciam funções de chefia e os que desempenhavam funções de operário à altura da recolha de dados. Os chefes apresentaram, em média, maior satisfação ao nível da intimidade.

Na sub-escala “Satisfação com a família”, a diferença estatisticamente significativa situou-se entre os que desempenhavam funções de dirigente e os operários. Os operários apresentaram, em média, um maior nível de satisfação com a família.

QUADRO 6 – Comparação entre médias de satisfação com o suporte social (escala global e sub-escalas) para tipo de revascularização, sexo, estado civil, situação profissional, função laboral, (in)existência de comorbilidade e vigilância de saúde

| | ESSS (Total) | | Satisfação Amizades | | Intimidade | | Satisfação Família | | Actividades Sociais | |
|---|---------------|---------------|---------------------|---------------|--------------|----------------|--------------------|----------------|---------------------|---------------|
| | M (DP) | F/t (p) | M (DP) | F/t (p) | M (DP) | F/t (p) | M (DP) | F/t (p) | M (DP) | F/t (p) |
| Tipo de revascularização | | | | | | | | | | |
| Cirurgia (n=127) | 55,85 (8,28) | 0,94 | 19,49 (3,61) | 0,79 | 14,91 (3,28) | 0,29 | 13,00 (2,64) | 0,10 | 8,44 (2,89) | 1,51 |
| PTCA (n=127) | 56,84 (8,42) | (n.s.) | 19,84 (3,36) | (n.s.) | 15,03 (3,17) | (n.s.) | 12,96 (2,36) | (n.s.) | 9,00 (2,98) | (n.s.) |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino (n=228) | 56,42 (8,31) | 0,43 | 19,66 (3,48) | 0,10 | 15,00 (3,25) | 0,52 | 12,99 (2,53) | 0,12 | 8,76 (2,91) | 0,68 |
| Feminino (n=26) | 55,66 (8,82) | (n.s.) | 19,73 (3,58) | (n.s.) | 14,65 (3,04) | (n.s.) | 12,92 (2,29) | (n.s.) | 8,34 (3,24) | (n.s.) |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Casado (n=225) | 56,71 (8,25) | | 19,70 (3,40) | | 15,05 (3,24) | | 13,16 (2,32) | | 8,78 (3,04) | |
| Viúvo (n=10) | 53,56 (9,09) | 1,37 | 19,41 (4,65) | 0,32 | 13,20 (3,01) | 1,75 | 12,34 (2,25) | 4,20 | 8,59 (2,22) | 0,52 |
| Solteiro (n=10) | 54,50 (10,42) | (n.s.) | 18,70 (4,32) | (n.s.) | 15,90 (2,96) | (n.s.) | 11,40 (4,16) | (0,006) | 8,50 (1,90) | (n.s.) |
| Divorciado (n=9) | 52,33 (6,72) | | 20,11 (3,51) | | 13,77 (2,63) | | 10,88 (3,51) | | 7,55 (1,94) | |
| Situação profissional | | | | | | | | | | |
| Empregado (n=137) | 56,52 (9,03) | 2,09 | 19,80 (3,68) | 4,49 | 15,06 (3,21) | 1,94 | 12,71 (2,55) | 1,61 | 8,94 (2,94) | 1,17 |
| Desempregado (n=13) | 51,61 (9,42) | (n.s.) | 16,84 (4,56) | (0,01) | 13,23 (3,24) | (n.s.) | 12,84 (2,64) | (n.s.) | 8,69 (2,81) | (n.s.) |
| Reformado (n=97) | 56,46 (7,18) | | 19,81 (2,94) | | 14,98 (3,23) | | 13,31 (2,45) | | 8,35 (2,96) | |
| Função actual no emprego | | | | | | | | | | |
| Dirigente (n=57) | 56,19 (9,48) | 0,52 | 19,82 (3,68) | 0,13 | 15,03 (3,01) | 3,77 | 12,10 (2,96) | 3,50 | 9,22 (2,95) | 0,20 |
| Chefia (n=41) | 57,87 (9,12) | (n.s.) | 19,97 (3,45) | (n.s.) | 16,09 (3,35) | (0,02) | 12,92 (2,30) | (0,03) | 8,87 (3,21) | (n.s.) |
| Operário (n=40) | 56,08 (8,49) | | 19,55 (3,90) | | 14,17 (3,14) | | 13,43 (1,88) | | 8,92 (2,78) | |
| Sofre de alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares? | | | | | | | | | | |
| Sim (n=161) | 56,27 (8,17) | 0,16 | 19,81 (3,25) | 0,96 | 15,00 (3,21) | 0,15 | 13,09 (2,59) | 0,89 | 8,36 (2,93) | 2,56 |
| Não (n=92) | 56,45 (8,73) | (n.s.) | 19,38 (3,86) | (n.s.) | 14,93 (3,27) | (n.s.) | 12,79 (2,36) | (n.s.) | 9,33 (2,89) | (0,01) |
| Vai habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde? | | | | | | | | | | |
| Sim (n=196) | 56,98 (7,67) | 1,93 | 19,70 (3,28) | 0,29 | 15,28 (3,18) | 2,83 | 13,24 (2,34) | 2,97 | 8,74 (2,97) | 0,24 |
| Não (n=58) | 54,20 (10,11) | (0,05) | 19,53 (4,11) | (n.s.) | 13,93 (3,17) | (0,005) | 12,10 (2,84) | (0,006) | 8,63 (2,85) | (n.s.) |

A ocorrência de alguma(s) doença(s) que obrigue a cuidados médicos regulares interfere com as actividades sociais. Os sujeitos que referiram não ter doença(s) associadas, têm significativamente maior satisfação com as actividades sociais, do que aqueles que referiram terem problemas de saúde que os obrigava a cuidados médicos com regularidade.

Os participantes que referiram ir habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde, apresentam, em média, maior satisfação com as amizades, intimidade, família, actividades sociais e na globalidade com o suporte social. Essa diferença é estatisticamente significativa para a globalidade do suporte social avaliado pela escala, intimidade e satisfação com a família.

Discussão

No estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social a uma amostra da população com doença das artérias coronárias submetida a revascularização do miocárdio, foram reproduzidos os procedimentos estatísticos efectuados por RIBEIRO (1999^a). Na análise dos componentes principais os itens distribuíram-se por quatro factores, explicando 59,25% da variância total da escala. Na rotação *varimax* os itens distribuíram-se pelas sub-escalas do autor, à excepção do item 1. Em alguns itens, por o diferencial não ser suficientemente discriminativo das sub-escalas, optou-se neste estudo, por mantê-los nas sub-escalas originais (RIBEIRO, 1999^a). Nas sub-escalas “Satisfação com amizades” e “Intimidade” alguns

itens apresentaram fraco poder discriminativo entre si, pelo que a amostra estudada parece não diferenciar na relação suportiva entre amizades e intimidade. Em posteriores estudos, com populações idênticas, devem ser clarificados estes domínios do suporte social.

Na análise da validade concorrente com medidas de ansiedade, depressão e exaustão vital, os resultados deste estudo consolidam as indicações prévias de que a ausência de suporte social, ou ainda a presença de aspectos negativos resultantes do processo de dor, exercem uma influência adversa sobre o bem-estar e capacidade adaptativa do sujeito.

No adoeecer cardíaco, invariavelmente considerado uma situação de crise, os doentes estão sujeitos a um stress emocional intenso e particular em que a doença é vivida como uma ameaça vital, imediata e grave acompanhada da ideia de morte súbita (BROUETTE, 1998), que, naturalmente, se estende à dimensão interpessoal e do apoio social. Segundo MURO *et al.* (1999), o apoio social aparece como uma necessidade essencial do ser humano em época de crise, como é o confronto com a doença cardíaca.

Os resultados deste estudo são consistentes com os de SARAFINO (2002) e UNDERWOOD (2000) no que diz respeito ao efeito protector do suporte social a nível individual sobre os efeitos negativos da exposição a *stressores*, como são a doença do coração e as técnicas de revascularização do miocárdio.

Verificou-se que o maior grau de satisfação com o relacionamento interpessoal ao nível das amizades, intimidade, família e actividades sociais tinha um papel determinante na minimização da ansiedade, depressão e exaustão vital nos doentes com DAC. É de salientar a relevância da satisfação com as relações sociais íntimas na moderação dos efeitos da ansiedade, depressão e exaustão vital nomeadamente, na componente de desmoralização no processo de confronto com a hospitalização para realização da revascularização das artérias coronárias.

Para APPELS e MULDER (1989), o que designam por Exaustão Vital pode ser apelidado por outros autores como depressão moderada. Também para FERREIRA *et al.* (*in press*), existe sobreposição de construtos avaliados pelas duas escalas: HADS e Exaustão Vital. Assim, não é de estranhar a

semelhança destas nos resultados obtidos com a ESSS. Estudos realizados por Sarason e colaboradores evidenciaram que sujeitos com elevado suporte social têm moral mais elevado e uma visão optimista acerca da sua vida (SARASON, 1988), minimizando as disposições depressivas (BISHOP, 1994; HOLAHAN *et al.*, 1995; MARÍN, 1995). BILLINGS e MOOS (1984) e BROUETTE (1998) fazem também referência à função amortizadora do suporte emocional sobre os efeitos depressivos da doença cardíaca.

Neste estudo encontrou-se uma associação positiva entre idade e satisfação com o apoio fornecido pela família. BISHOP (1994), aludindo a estudos de suporte social com doentes cardíacos, refere a importância do suporte fornecido pela família na redução do distress e sintomatologia cardíaca e, segundo ACHAT *et al.* (1998), na melhoria do funcionamento mental. Nas pessoas idosas, a percepção de suporte emocional proporciona mais protecção para a depressão do que o suporte tangível (BRANNON e FEIST, 1996).

A correlação negativa encontrada entre os anos de escolaridade e a satisfação com família, amizades e suporte social, indicia que os sujeitos com mais habilitações são mais exigentes nos seus níveis de satisfação social. Segundo COYNES e DeLONGIS (1986), a percepção de falta de suporte pode ser secundária a outras dificuldades, que tornam a pessoa mais vulnerável ao nível emocional, e assim mais exigente quanto aos recursos sociais disponíveis (*cit. por* COELHO e RIBEIRO, 2000). BROUETTE (1998) refere que o apoio social é mais benéfico nos indivíduos que apresentam menor exigência de apoio, enquanto que o apoio fornecido aos muito exigentes é sempre tido como insuficiente.

Nas sub-amostras estudadas, a percepção do suporte social é idêntica independentemente da técnica de revascularização das artérias coronárias efectuada (*bypass* ou PTCA). Essa percepção é igualmente semelhante, quer para as mulheres quer para os homens. MESTRE e RIBEIRO (2002) aplicaram a ESSS numa amostra de doentes com Acidente Vascular Cerebral, observando que os homens se encontravam mais satisfeitos do que as

mulheres com o suporte social, nomeadamente na “Satisfação com amigos” e “Intimidade”. Diferenças que não encontramos no nosso estudo, apesar de os homens apresentarem valores ligeiramente superiores aos das mulheres. Estes resultados não suportam a maioria dos autores consultados, que referem a ocorrência de diferenças entre os sexos na percepção do apoio social.

Segundo SARAFINO (2002), as mulheres recebem menos suporte dos companheiros do que os homens e parecem confiar nas amigas como garante de suporte social. O sexo feminino representa 10% da amostra, será que nesta pequena percentagem ficam diluídas as diferenças entre sexos referidas pelos autores consultados?

A satisfação com o apoio fornecido pela família é maior nos doentes com DAC casados do que nos solteiros. Este resultado sobrepõe-se aos encontrados por COELHO e RIBEIRO (2000) e SARAFINO (2002). A intimidade e o cuidado que usualmente caracteriza as relações amorosas do adulto, como no casamento, garante a oportunidade de uma continuada fonte de suporte (SARAFINO, 2002).

Os que tinham uma situação laboral de desempregados, ao nível da satisfação das amizades, estavam mais insatisfeitos do que os empregados e reformados. Segundo COBB (1974), para os homens, o desemprego constitui a maior crise das suas vidas, sobretudo se tiveram um emprego estável por alguns anos. Para MURO *et al.* (1999), a integração numa rede social de grande tamanho supõe ter à mão mais oportunidades de conseguir apoio. Em situação de desemprego, é pouco provável que exista a mesma proximidade com os antigos colegas de trabalho que, eventualmente, tinham função suportiva, diminuindo assim o tamanho da rede social destes indivíduos.

Os indivíduos que ocupam posições de chefia estão em média mais satisfeitos com o suporte íntimo do que os operários. Por outro lado, são operários os mais satisfeitos com a família do que os dirigentes. Este resultado confirma o anterior da relação inversa entre anos de escolaridade e satisfação com a família, na medida em que para a função laboral de operário na nossa sociedade não é requerido um nível de instrução elevado.

Os que não referiram outra(s) doença(s) estão mais satisfeitos com as actividades sociais. A ocorrência de outra(s) doença(s) é, assim, um impedimento à satisfação com as actividades sociais, nos doentes com DAC.

Maiores níveis de satisfação com o suporte na sua generalidade, intimidade e família associam-se a comportamentos de vigilância de saúde. Segundo BENNETT (2002), laços sociais estão associados a um aumento de comportamentos protectores de saúde. Também para SARAFINO (2002), altos níveis de suporte social encorajam mudanças saudáveis no estilo de vida.

Conclusão

No estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a uma amostra da população com doença das artérias coronárias, esta mostrou-se válida e sensível para medidas de efeitos deletérios associados à doença cardíaca. A escala parece adequada para este tipo de população, não dispensando, todavia, a continuidade de estudos neste domínio.

Ficou evidenciado que a percepção de apoio social surge como uma necessidade essencial do ser humano e com efeito protector a nível individual sobre os efeitos negativos da exposição a *stressores* como é o confronto com a situação de doença cardíaca, em fase de hospitalização para revascularização das artérias coronárias.

Bibliografia

- ACHAT, H. *et al.* – Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7, 1998. pp. 735-750.
- ALMEIDA, L.; FREIRE, T. – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses, 1997.
- ANASTASI, A. – *Psychological Testing*, 6ª Ed. New York: Macmillan Publishing Company, 1990.
- APPELS, A.; MULDER, P. – Fatigue and heart disease. The association between “vital exhaustion” and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 1989. pp. 727-738.

- BENNETT, P. – *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- BILLINGS, A.; MOOS, R. – Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 1984. pp. 877-891.
- BISHOP, G. D. – *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapura: Allyn and Bacon, 1994.
- BOWLING, ANN. – *La medida de la salud: Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida* (pp.117-119). Barcelona: Masson, S. A., 1994.
- BRANNON, L.; FEIST, J. – *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*, 3ª Ed. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1996.
- BROUETTE, B. – Complicações do stress induzidas pela doença cardíaca. In O. FONTAINE, H. KULBERTUS e A. M. ÉTIENNE (Eds). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. pp. 87-100.
- COBB, S. – Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 1976. pp. 300-314.
- COELHO, M.; RIBEIRO, J. – Influência do Suporte social e do Coping Sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 2000. pp. 79-89.
- FERREIRA, T. *et al.* – Escala de Exaustão Vital: Estudo de Adaptação da “Maastricht Interview For Vital Exhaustion” à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. (in press).
- FLEMING, R. *et al.* – Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. In A. MONAT; S. LAZARUS (Eds) *Stress and coping*, 2ª Ed. New York: Columbia University Press, 1985. pp. 95-106.
- FRIDFINNSDOTTIR, E. B. – Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 1997. pp. 526-531.
- HERRMANN, C. – International Experiences With The Hospital Anxiety And Depression Scale – A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 1997. pp. 17-41.
- HOLAHAN, C. *et al.* – Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*. 14(2), 1995. pp. 152-163.
- HUPCEY, J. E. – Clarifying the Social Support Theory-Research Linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1998. pp. 1231-1241.
- LLOR *et al.* – *Ciencias psicossociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España, 1995.
- MARÍN, J. R. – *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A., 1995.
- MCNALLY, S. T.; NEWMAN, S. – Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 1999. pp. 309-314.
- MEESTERS, C.; APPELS, A. – An interview to measure vital exhaustion I Development and comparison with the Maastrich Questionnaire. *Psychology and Health*, 11, 1996. pp. 557-571.
- MESTRE, S.; RIBEIRO, J. L. – Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. In I. LEAL, I. CABRAL E RIBEIRO, J. L. (Eds) *4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo vital*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2002. pp. 277-282.
- MURO *et al.* – Calidad de vida y apoyo social en pacientes com infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52, 1999. pp. 467-474.
- NAVALHAS, J. C. – Crise e Suporte Social. *Revista de Psiquiatria* 11(3), 1998. pp. 27-46.
- NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. – *Psychometric Theory*. 3ª Ed. New York: McGraw-Hill, Inc., 1994.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RIBEIRO, J. L. P. – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 1999ª. pp. 547-558.
- RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999ª.
- SARAFINO, E. P. – *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 4ª Ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2002.
- SARASON, I. G. – Social Support, Personality and Health In M. P. JANISSE (Ed.). *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York, Springer-Verlag. 1988. pp. 109-128.
- UNDERWOOD, P. – Social Support: The Promise and the Reality. In V. H. RICE (Ed.). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing, Research, Theory and Practice*. London: Sage Publications, Inc., 2000. pp. 367-391.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. – The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. Scand.*, 67, 1983. pp. 361-370.