

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS) A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos¹, José Pais Ribeiro², & Carlos Lopes³

¹Escola Superior de Enfermagem de São João do Porto

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

³Director do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia do Porto

RESUMO: O presente estudo teve como objectivo estudar a aplicabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999) a uma amostra de pessoas com doença oncológica recentemente diagnosticada (menos de 3 meses), analisando as suas propriedades psicométricas. Pretendemos ainda conhecer as suas possíveis relações conceptuais com a adopção de estratégias de coping e a percepção de qualidade de vida. A ESSS foi aplicada a uma amostra de 385 pessoas, essencialmente do sexo feminino, com uma idade média de 55 anos, baixa escolaridade e com patologia da mama e sistemas digestivo, urológico e ginecológico, não metastática (disseminada) e na sua maioria, ainda não tratada. A Análise de Componentes Principais seguida de confirmação através da validade convergente-discriminante, confirmou a estrutura conceptual apresentada pelo autor com 4 domínios (satisfação com amigos/amizades; intimidade; satisfação com a família e actividades sociais), embora a amostra documentasse uma tendência para associar a satisfação com os amigos/amizades à intimidade. A escala mostrou uma boa fidelidade em todos os domínios (coeficiente alpha de Cronbach entre 0,66 e 0,89), porém é a sub-escala da satisfação com amigos/amizades aquela que melhor explica a variância total da escala (correlação de 0,81 com a escala total). Embora apresentando correlações fracas, a escala mostrou ser sensível às inter-relações conceptuais com as estratégias de coping e os resultados de saúde, nomeadamente com a qualidade de vida. É também sensível às características sócio-demográficas dos sujeitos em análise. Podemos assim considerar que a ESSS constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo da doença oncológica, não dispensando, no entanto, estudos complementares em que sejam novamente analisadas as propriedades da escala, nomeadamente em fases mais avançadas da doença.

Palavras chave: Coping, Doença Oncológica, Qualidade de vida, Suporte Social.

ADAPTATION STUDY OF THE ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS) TO PEOPLE WITH CANCER ILLNESS DIAGNOSIS

ABSTRACT: The aim of this study is to analyse the appliance of the Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) from Ribeiro (1999) to a sample of cancer patients, and its psychometric proprieties. We also wanted to know its conceptual relationships with coping and quality of life. The ESSS was applied to 385 cancer patients, essentially female, on overage 55 years, low formal education, with a variety of recent cancer illness (time of diagnosis <3 months) without known metastasis and in the major-

* Contactar para E-mail: celiasantos@esenf.pt ou celiasantos@oninetspeed.pt; Escola Superior de Enfermagem de S. João do Porto; Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida; Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto, Portugal.

ity didn't still begin treatment of the disease. The Component Factor Analyse and Convergent-discriminant validity confirm the conceptual structure presented from the author with four domains (friends/friendships, intimacy, satisfaction with family and with social activities) although the sample documented a tendency to associate the satisfaction with friends/friendships to the intimacy. The scale showed a good reliability in all the domains (alpha Cronbach from 0,66 to 0,89) but it is the friends/friendships that best explains the total variance of the scale. Although presenting weak correlations, the scale showed to be sensitive to the conceptual interrelation with coping strategies and results in health, as quality of life. It is also sensitive to the demographic characteristics of the subjects in analysis.

We can consider that ESSS is a reliable and valid instrument to evaluate the satisfaction with social support on cancer illness. However, we suggest other studies to reanalyse the properties of the scale especially in other phases of the illness.

Key words: Cancer Illness, Coping, Quality of Life, Social Support.

É consensual que o suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua conceptualização, quer na sua aplicação à investigação. No entanto, a diversidade de concepções, o seu grau de abstracção, as suas definições, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Hupcey, 1998).

As definições mais antigas, como a de Cobb (1976), afirmavam ser o suporte social, a informação disponível ao indivíduo para acreditar que é cuidado e amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Posteriormente, Sarason (1988) reforça uma perspectiva mais pessoal e subjectiva em oposição a um conjunto objectivo de interacções e trocas. O que parece ser relevante para esta autora é o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (o suporte percebido). Entre muitas outras definições de carácter mais quantitativo, como o número de pessoas que constituem a rede social e número de contactos ou mais qualitativo como a satisfação com o suporte, com as ligações significativas e a adequação das relações sociais, enfatiza-se hoje a sua importância na diminuição dos efeitos deletérios do stress, bem como no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo saudável ou doente (Hupcey, 1998; Marín, 1995; McNally & Newman, 1999; Navalhas, 1998; Ribeiro, 1999; Underwood, 2000). É neste contexto que Ribeiro (1999) refere que o suporte social é um dos conceitos fundamentais para a Psicologia da Saúde, e parafraseando Rodin e Salovey (1989) reforça que “*o suporte social alivia o stress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença*” (p. 547).

O interesse actual no estudo do suporte social diverge ainda para outras vertentes não menos importantes como as transacções sociais negativas, a reciprocidade no suporte e as implicações do suporte no seu provedor (Hupcey, 1998; Navalhas, 1998).

Os referenciais teóricos clássicos indicam como factores primordiais no aparecimento do processo de crise (como o diagnóstico de uma doença grave),

o desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de factores pessoais (internos) como a sua personalidade, a vulnerabilidade e a aprendizagem; e dos recursos do meio (externos) como o suporte social. O suporte social funciona assim como um “recurso de *coping* ”, actuando essencialmente na diminuição das exigências da situação *stressante* . Nesta perspectiva, o suporte social é visualizado como um processo transaccional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus & Folkman, 1986).

Este efeito moderador sobre o stress mostrou associação aos resultados na saúde em diferentes estudos. Assim, o isolamento aparece associado a algumas doenças como a hipertensão, a diabetes e os comportamentos aditivos (como tabaco e álcool), assim como favorecedor do decréscimo na saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho de papéis sociais (Achat et al., 1998; Billings & Moos, 1984; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998). Também a satisfação com o suporte social, nomeadamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante na resistência psicológica ao stress da doença, manifestada através da percepção subjectiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Embora não consensual, parece também que certos tipos de suporte são mais importantes na forma de lidar com situações específicas. Neste contexto podemos referir Nyamathi (1987, cit. por Underwood, 2000) que considera o suporte emocional como fundamental para lidar com o impacto do diagnóstico de doença crónica, enquanto o suporte tangível seria mais benéfico no decurso da doença. Nesta mesma linha Marín (1995) refere que a função amortecedora (moderadora) do apoio emocional sobre os efeitos depressivos da experiência de doença é mais visível nas situações iniciais de contacto com a doença, em especial nas situações em que o doente percebe claramente o momento do seu aparecimento (como o diagnóstico de cancro).

O diagnóstico de doença oncológica é considerado um acontecimento de enorme stress, pelo que, o estudo dos factores envolvidos no processo de adaptação à doença, têm sido largamente estudados. Todos os recursos disponíveis para facilitar tanto o processo adaptativo, como os resultados ao nível da saúde, sobrevivência e qualidade de vida, são de interesse primordial.

Diferentes estudos da década de 80 (Dunken-Schetter, 1984; Tempelaar et al., 1989) descritos por Bishop (1994) referem-se à extraordinária importância do suporte social na adaptação à doença oncológica, demonstrando que os doentes com níveis elevados de suporte social percebido apresentam processos de adaptação mais positivos. Mais tarde, Ell (1992, cit. por Ribeiro, 1999) num estudo com uma amostra sequencial de 369 doentes com cancro, concluíram que existem evidências de uma relação entre o suporte social, as relações sociais e a sobrevivência dessas pessoas. Nesta mesma linha, são inúmeros os

trabalhos realizados na última década com doentes de foro oncológico que obtiveram resultados semelhantes, isto é, a grande importância do suporte social como recurso de *coping*, para uma melhoria dos resultados em saúde e qualidade de vida (Akechi, Okamura, Yamawaki, & Uchitomi, 1998; Sollner et al., 1999). Estes estudos estenderam-se desde a fase de vigilância de saúde (Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd, & Waters, 2002), a fase de diagnóstico de cancro da mama (Fridfinsdottir, 1997) e a fase de tratamento por quimioterapia (Ward, Leventhal, Easterling, Luchterhand, & Love, 1991). Outros estudos analisaram a relação entre alguns factores sócio-demográficos e o suporte social (Brannon & Feist, 1997) e ainda a influência de grupos de apoio no suporte mútuo (Samarel et al., 1998).

Segundo Underwood (2000), apesar do crescimento exponencial dos estudos empíricos no âmbito do suporte social, e dada a sua complexidade, a avaliação persiste de modo geral simplista, não sendo ainda tomadas em consideração as complexas interações inerentes ao conceito. Continua, referindo que existem ainda poucas medidas que avaliem a satisfação com o suporte social, a sua reciprocidade, as necessidades do provedor de suporte bem como os aspectos negativos da interacção social. Assim sendo, parece-nos insuficiente uma simples listagem dos possíveis provedores de suporte, ou da presença ou ausência de alguém significativo (ou um confidente), dado que esta medida em nada nos informa sobre a qualidade ou satisfação com essas relações. A satisfação com o suporte social contém um julgamento pessoal sobre as suas necessidades de suporte, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo estimado desse apoio, mediando assim as relações entre o stress percebido e os resultados em saúde.

A relevância da inclusão de uma medida de suporte social como variável mediadora em todos os estudos que pretendam analisar a relação entre os factores psicossociais e a saúde, descrita por McNally e Newman (1999), define claramente a necessidade de criação de instrumentos fiéis, válidos e adaptados às populações que pretendemos analisar. Ribeiro (1999) desenvolveu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social, que permite avaliar o suporte percebido (da família, amigos, intimidade e ainda com as actividades sociais), na assunção de que esta dimensão subjectiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes.

O presente estudo teve como objectivo estudar a aplicabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a uma amostra de pessoas com doença oncológica, analisando as suas propriedades psicométricas. Pretendemos ainda conhecer as suas possíveis relações conceptuais com a adopção de estratégias de *coping* e resultados em saúde, nomeadamente a qualidade de vida. Seleccionamos, para isso, um grupo de pessoas em situação de confronto recente com o diagnóstico da doença, altura que é primordial a avaliação da situação *stressante* e dos recursos disponíveis para a adopção de mecanismos de *coping* tendo em vista a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória.

MÉTODOS

Participantes

Participaram neste estudo 385 pessoas com doença oncológica localizada (sem metástases à distância, M0 ou Mx) da mama ($n=127$; 33%) e dos sistemas digestivo ($n=151$; 39,2%), urológico ($n=56$; 14,5%) e ginecológico ($n=51$; 13,2%), com diagnóstico médico efectuado há menos de 3 meses. A selecção destes grupos de diagnóstico teve por base os últimos registos oncológicos publicados no nosso país (Registo Oncológico Nacional, 1996; Rorero, 1994). Os dados foram colhidos numa amostra de conveniência em dois hospitais da cidade do Porto (um hospital geral e um especializado em doenças de foro oncológico).

Os participantes apresentaram uma média de idades de 55,9 anos (amplitude 23-82; $DP=12,8$) e 6 anos de escolaridade (amplitude 1-22; $DP=4,0$), com uma média de 2,12 filhos (amplitude 0-10; $DP=1,6$) e vivendo em regime de coabitação com 2,4 pessoas em média (amplitude 0-9; $DP=1,5$). Na sua maioria residiam no Distrito do Porto (245; 63,6%). O Quadro 1 apresenta a restante caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra.

Quadro 1

Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

		<i>n (%)</i>
Sexo	Feminino	236 (61,3)
	Masculino	149 (38,7)
Estado civil	Solteiro(a)	30 (7,8)
	Casado(a)/União de facto	303 (78,7)
	Divorciado(a)/ Separado(a)	12 (3,1)
	Viúvo(a)	40 (10,4)
Situação de emprego	Empregado(a)	155 (40,3)
	1. Activo(a)	78 (20,3)
	2. Com baixa	77 (20,0)
	Desempregado(a)	41 (10,6)
	Reformado(a)	143 (37,1)
	Doméstica	44 (11,4)
Grupo de neoplasia	Estudante	2 (0,5)
	Digestivo	151 (39,2)
	Mama	127 (33,0)
	Urológico	56 (14,5)
Tratamento actual	Ginecológico	51 (13,2)
	Médico	69 (17,9)
	Cirúrgico	40 (10,4)
	Quimioterapia	61 (15,9)
	Radioterapia	9 (2,4)
	Medicina alternativa	6 (1,5)
	Nenhum	192 (49,9)
	Outro (fisioterapia, hidratação oral)	4 (1,0)
Quimioterapia+Radioterapia	4 (1,0)	

Material

Utilizou-se o seguinte material: Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Adaptação Mental ao Cancro, *Quality of Life Questionnaire* de 30 itens e um questionário para a caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes.

1. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) consiste numa escala de auto-preenchimento, composta por 15 frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite extrair quatro dimensões ou factores: Satisfação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Actividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um score global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. Esta escala já tinha sido utilizada com outras populações doentes evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001).

2. Recorreu-se a uma medida específica de coping com a doença oncológica, pressupondo a inter-relação conceptual entre as duas variáveis. Utilizamos assim a Escala de Adaptação Mental ao Cancro (MAC) que resulta de um trabalho de tradução para o idioma Português realizado por Baltar, Ribeiro, e Araújo (não publicado) da Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) de Watson et al. (1988), e que já tinha sido utilizada com esta população (Pais-Ribeiro & Sá, 2001). Nesta escala foi substituída a palavra “cancro” por “doença” por sugestão das direcções das instituições hospitalares onde foi realizada a colheita de dados. Foi ainda realizado um estudo de adaptação à amostra em estudo (não publicado), sendo retirados 9 itens (dos 40 da escala original). A Análise de Componentes Principais seguida de confirmação através da validade convergente-discriminante, permitiu extrair duas dimensões ou factores (dos 4 da escala original): O “Desânimo/Fatalismo” (DF) com 17 itens e o “Espírito de luta/Aceitação” (EA) com 14 itens (com coeficientes *alpha de Cronbach* de 0,85 e 0,82 respectivamente).

É uma escala de auto-preenchimento de tipo Likert, em que o indivíduo deve assinalar em que medida as afirmações expostas se aplicam à sua situação individual. As respostas estão cotadas em (1) “não se aplica de modo nenhum a mim”, (2) “não se aplica a mim”, (3) “aplica-se a mim” e (4) “aplica-se totalmente a mim”. Altos *scores* na sub-escala “Desânimo/Fatalismo” correspondem a altos níveis de *coping* considerado como pouco adaptativo ou *coping* negativo e, em contrapartida, altos níveis de “Espírito de luta/Aceitação” correspondem a altos níveis de *coping* considerado como mais adaptativo ou positivo (Greer, Mooney, & Watson, 1989; Watson et al., 1988).

3. Escala de avaliação de qualidade de vida também específica para o doente de foro oncológico, o Quality of Life Questionnaire de 30 itens (QLQ-C-30), desenvolvido pelo Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

O QLQ-C30 é um questionário multidimensional, auto-administrado, destinado a incorporar resultados de saúde nas dimensões física, emocional e social relevantes para uma larga proporção de doentes oncológicos (Aaronson et al., 1991; Aaronson et al., 1993; Hutchinson, Bentzen, & Konig-Zahn, 1996). É bem aceite pelos doentes, válido, fiel e sensível às alterações, quer entre doentes, quer no mesmo indivíduo em momentos diferentes.

Do QLQ-C30 é possível extrair seis componentes ou domínios: Funcionamento físico (FF); Funcionamento de papel (FP); Funcionamento cognitivo (FC); Funcionamento emocional (FE); Funcionamento social (FS) e ainda uma avaliação global da Qualidade de Vida (QV). Incorpora ainda três escalas de sintomas habitualmente associados ao cancro ou ao seu tratamento e seis itens simples que avaliam também sintomas habitualmente mencionados pelos doentes. Neste estudo, só serão utilizadas as componentes de funcionamento e qualidade de vida global.

Esta escala já tinha sido utilizada (Pais-Ribeiro & Sá, 2001) e mostrou ter características psicométricas idênticas à versão original. Neste estudo, foi também submetida a um processo de adaptação à amostra em estudo (não publicado) em que foi retirado um item da componente de “Funcionamento físico” por baixa associação com os restantes itens, (baixando a sua consistência interna) e associadas duas sub-escalas: “Funcionamento cognitivo” e “Funcionamento emocional”. As componentes apresentam uma boa fidelidade, com coeficientes *alpha de Cronbach* que se situam entre 0,79 e 0,86.

Os diferentes domínios são apresentados numa escala de concordância tipo Likert com quatro opções de resposta, em que o 1 correspondente ao “*não*”, o 2 ao “*um pouco*”, 3 “*bastante*” e ao número 4 a resposta “*muito*”. A avaliação da Qualidade de Vida Geral é apresentada numa escala com sete opções de resposta, em que ao número 1 corresponde a resposta “*péssima*” e ao 7 a resposta “*ótima*”. As questões referem-se à “última semana”, prevendo-se um tempo mínimo de 11 a 12 minutos para o seu preenchimento (Hutchinson et al., 1996). Altos *scores* representam melhor nível de funcionamento e melhor Qualidade de Vida.

4. Criamos ainda um questionário para a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra em estudo, constituído por questões estruturadas e semi-estruturadas.

Procedimento

Após contacto com os autores dos questionários e parecer favorável da comissão de ética das duas instituições hospitalares, iniciou-se a recolha de dados. Todos os elementos da amostra foram informados dos objectivos do

estudo, garantida a confidencialidade e acesso os resultados, consoante a Declaração de Helsínquia, após o que forneceram ao investigador o seu consentimento.

Os participantes foram abordados e convidados a participar enquanto aguardavam consultas de ambulatório, tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, ou ainda em serviços de internamento.

Depois da recolha de dados, os questionários foram cotados de acordo com as indicações dos autores, descritas nos seus manuais específicos e adaptados à amostra em estudo (Fayers et al., 2001; Watson et al., 1989). Utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (versão 10.05 para Windows), foi realizada a análise de dados com recurso exclusivo à estatística paramétrica, cujos procedimentos serão descritos ao longo da explanação dos resultados (Kinnear & Gray, 2000; Pestana & Gameiro, 2000).

RESULTADOS

Análise descritiva

No sentido de conhecermos a satisfação com o suporte social na pessoa após diagnóstico de uma doença de foro oncológico, obtidos através da escala em análise, calculamos a amplitude, bem como a média e desvio padrão nos diferentes domínios propostos pelo autor e na escala global, conforme se apresenta no Quadro 2.

Quadro 2

Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das diferentes sub-escalas da ESSS e escala global (N=385)

Sub-escalas e Escala Global	N.º de Itens	Amplitude	M	DP
Satisfação com os amigos (SA)	5	5,00-25,00	19,82	3,95
Intimidade (IN)	4	4,00-20,00	15,36	3,36
Satisfação com a família (SF)	3	3,00-15,00	12,98	2,50
Actividades Sociais (AS)	3	3,00-15,00	8,99	2,95
Escala Global (ESSS)	15	20,00-75,00	57,12	8,89

A análise dos resultados permite-nos inferir que os elementos da amostra se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte da família o que lhes dá maior satisfação. Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o apoio recebido pelos amigos e com a intimidade, e pelo contrário pouco satisfeitos com as actividades sociais. Este padrão parece concordante com o que se supõe ser a vida de um doente oncológico neste grupo etário.

Validade de constructo

Com vista a conhecer a organização de conteúdos da escala, procedemos à Análise de Componentes Principais, seleccionando os itens com carga factorial superior a 0,40. No sentido de maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação Varimax. A solução factorial assim obtida inclui quatro factores que explicam 66,7% da variância total da escala, como se pode ver no Quadro 3. Tendo por base a organização dos itens encontrada na ACP, foram calculados os valores de consistência interna (*alpha de Cronbach*).

Quadro 3

Análise dos Componentes Principais da escala ESSI, valores próprios e específicos (eigenvalue), variância e consistência interna de cada factor

Itens	SA	SF	IN	AS	h ²
3. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	0,85				0,78
5. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	0,83				0,78
4. Estou satisfeito(a) com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	0,81				0,72
2. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	0,81				0,72
11. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.		0,90			0,84
12. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.		0,89			0,85
10. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.		0,87			0,79
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.			0,70		0,51
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.			0,69		0,57
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.			0,58		0,38
7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.	0,43		0,56		0,52
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.			0,52		0,48
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.				0,84	0,78
15. Gostaria de participar mais em actividades de organizações sociais.				0,83	0,69
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.				0,73	0,54
<i>Valores próprios e específicos (Eigenvalue)</i>	4,89	2,03	1,91	1,17	
<i>Variância (Total=66,71%)</i>	32,6%	13,5%	12,7%	7,8%	
<i>Consistência Interna (Alfa de Cronbach) Total=0,83</i>	0,88	0,89	0,68	0,76	

Nota. Rotação pelo método Varimax; Itens com carga superior a 0,40. Legenda: SA – Satisfação com amigos; IN – Intimidade; SF – Satisfação com a família; AS – Actividades Sociais.

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que a estrutura factorial da escala ESSI mantém uma distribuição semelhante à preconizada pelo autor. Apenas um item (item 1 – “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas

eu gostaria”) deixa a sub-escala a que inicialmente pertencia (satisfação com amigos/amizades) para se associar aos itens que se referem à sub-escala da intimidade. No entanto, todos os itens apresentam uma carga factorial elevada (superior a 0,50), com excepção de um item que apresenta carga factorial em mais de um factor, sendo o seu peso no segundo factor, inferior a 0,50. O factor que melhor explica o resultado da escala é o da “satisfação com amigos/ /amizades” com 32,6% da variância total, seguido da “satisfação com a família” com 13,5% da sua variância.

Procedemos então à confirmação da estrutura da escala, através do estudo da validade convergente-discriminante dos itens, ou seja, a análise das diferenças entre as correlações de cada item com a sub-escala a que pertencem e do mesmo item com as restantes sub-escalas, devendo as primeiras ser superiores às restantes. Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4

Validade convergente-discriminante dos itens da escala ESSS

Itens	SA	IN	SF	AS
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	0,29	0,38	0,14	0,19
2. Estou satisfeito/a com a quantidade de amigos que tenho.	0,69	0,47	0,24	0,13
3. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	0,74	0,41	0,25	0,23
4. Estou satisfeito/a com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	0,69	0,42	0,24	0,21
5. Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho.	0,73	0,49	0,24	0,07
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	0,39	0,50	0,29	0,26
7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.	0,50	0,46	0,22	0,08
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	0,42	0,43	0,34	0,06
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	0,31	0,40	0,15	0,14
10. Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.	0,25	0,30	0,76	0,10
11. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	0,21	0,26	0,80	0,10
12. Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.	0,32	0,34	0,84	0,09
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	0,15	0,12	0,03	0,47
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	0,29	0,29	0,17	0,69
15. Gostaria de participar mais em actividades de organizações sociais.	0,12	0,12	0,05	0,61

Nota. Correlações <0,10 não são significativas; correlações $\geq 0,10$ e <0,20 são significativas ao nível de 0,05; correlações $\geq 0,20$ são significativas ao nível de 0,01; Os valores da correlação relativos a cada sub-escala foram corrigidas para sobreposição.

A observação do quadro anterior mostra que apenas dois itens (item 1 e 7) apresentam uma correlação mais elevada em outra sub-escala do que naquela a que pertencem. Estes valores confirmam a menor estabilidade de dois itens (1 e 7) com as suas sub-escalas, já observada através da ACP.

É notório o baixo poder discriminativo entre a satisfação com o suporte social proporcionado pelos amigos e o suporte íntimo, o que pode sugerir que a amostra em estudo apresenta uma determinada tendência para associar estes dois constructos. No entanto, após verificação do conteúdo de cada item e tendo em conta a conceptualização teórica definida pelo autor, consideramos mais adequada a sua manutenção nas sub-escalas inicialmente propostas. Assim, e apesar de carecer de outras análises posteriores, parece-nos ser possível afirmar que a estrutura da escala, segundo a organização preconizada pelo autor, se adapta às características da população em estudo.

Fidelidade da Escala

Tendo em conta os factores apresentados pelo autor, e corroborados pela nossa amostra, analisámos a fidelidade da escala ESSS através do coeficiente *alpha de Cronbach* (Almeida & Freire, 1997; Anastasi, 1999). No Quadro 5 apresentamos os resultados para as diferentes sub-escalas e escala global, tendo em conta a amostra em estudo (incluindo os itens propostos pelo autor) e os valores de referência do estudo de validação inicial.

Quadro 5

Fidelidade da escala ESSS na amostra em estudo e a apresentada pelo autor

Factores/Sub-Escalas	N.º de Itens (amostra) N=385	Alpha de Cronbach (autor) N=609	Alpha de Cronbach
Satisfação com amigos/amizades	5	0,81	0,83
Intimidade	4	0,66	0,74
Satisfação com a família	3	0,89	0,74
Actividades Sociais	3	0,76	0,64
Escala Total	15	0,83	0,85

O coeficiente de consistência interna global da escala, na nossa amostra foi de 0,83, semelhante ao encontrado na validação original (0,85), e considerado como uma boa consistência interna (Ribeiro, 1999a). Em todas as dimensões se encontraram valores considerados aceitáveis, situando-se a nota mínima no factor da “intimidade” com 0,66 e a máxima de 0,89, na “satisfação com a família”. As sub-escalas de “satisfação com a família” e “actividades sociais” apresentam inclusivamente valores superiores aos do estudo de validação original, facto que parece prender-se com as características da amostra (com mais idade e doença em fase evolutiva).

A análise da consistência interna da escala segundo a organização factorial por nós encontrada na ACP (apresentada no Quadro 3), não parece aumentar de forma significativa os valores de fidelidade das diferentes sub-escalas, nomeadamente a “intimidade” que apresenta os valores mais baixos. Esta constatação confirma a similitude entre constructos nas duas amostras.

O Quadro 6 apresenta a correlação entre a nota total e as notas das sub-escalas que compõem a ESSS.

Quadro 6

Correlação entre as notas das sub-escalas e escala total

Escala e Sub-escalas do ESSS	SA	IN	SF	AS
Escala Total	0,81**	0,79**	0,57**	0,54**
Satisfação com amigos/amizades		0,56**	0,29**	0,22**
Intimidade			0,34**	0,21**
Satisfação com a família				0,10*

Nota. * Correlação significativa ao nível de 0,05 (2-tailed); ** Correlação significativa ao nível de 0,01 (2-tailed). Legenda: SA – Satisfação com amigos; IN – Intimidade; SF – Satisfação com a família; AS – Atividades Sociais.

Verifica-se que as sub-escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são a dos amigos/amizades e a intimidade que por si explicam dois terços da variância total da escala. Este aspecto contraria a nossa percepção sobre a importância dirigida ao apoio da família, referida pelos nossos doentes, aquando do preenchimento da escala. Podemos interpretar que os elementos da amostra consideraram como seus amigos alguns dos seus familiares mais próximos, com quem dividem as suas intimidades, preocupações e alegrias?

Investigamos ainda a validade de construto da escala por comparação com outras medidas de saúde, nomeadamente o coping com a doença oncológica e a qualidade de vida. A ideia subjacente é a de que a satisfação com o suporte social deverá estar associado (predizer) positivamente (correlação positiva estatisticamente significativa) com as medidas de coping eficazes e melhor qualidade de vida e negativamente (correlação negativa estatisticamente significativa) com as restantes. Simultaneamente, esperamos que os valores de correlação não sejam muito elevados (superiores a 0,60), embora significativos, de modo a não parecer que são a mesma medida.

O Quadro 7 mostra os resultados da correlação entre as medidas consideradas.

Quadro 7

Correlação de Pearson entre a escala ESSS e as escalas MAC e QLQ-C30

ESSS		SA	IN	SF	AS	Escala Total
MAC/QLQ-C30						
MAC	Desânimo/Fatalismo (DF)	-0,25**	-0,30**	-0,10	-0,09	-0,28**
	Espírito de luta/Aceitação (EA)	0,25**	0,26**	0,13**	-0,10*	0,21**
QLQ-C30	Funcionamento Físico (FF)	0,16**	0,04	-0,04	0,14**	0,12*
	Funcionamento de Papel (FP)	0,14**	0,04	0,06	0,05	0,12*
	Funcionamento Cognitivo e Emocional (FC)	0,19**	0,18**	0,08	0,07	0,21**
	Funcionamento Social (FS)	0,11*	0,04	0,07	0,06	0,10*
	Qualidade de Vida Global (QL)	0,17**	0,07	0,02	0,04	0,13*

Nota. * Correlação significativa ao nível de 0,05 (2-tailed); ** Correlação significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que a satisfação com os amigos/amizades se correlaciona de forma modesta, positiva e significativamente com a sub-escala do questionário de *coping* “Espírito de luta/Aceitação” e com todas as dimensões da escala de qualidade de vida. Correlaciona-se ainda de forma negativa, com a sub-escala de *coping* “Desânimo/Fatalismo”. Esta constatação reforça a ideia de que a satisfação com o apoio proporcionado pelos amigos é vantajosa, quer na adopção de mecanismos de *coping* eficazes para o confronto da doença oncológica, quer em termos de resultados em qualidade de vida.

As sub-escalas da intimidade e satisfação com a família relacionam-se também positiva e significativamente com a dimensão mais adaptativa de *coping*, sugerindo ainda a primeira uma relação entre o apoio íntimo e o funcionamento cognitivo e emocional. Em contrapartida, a satisfação com as actividades sociais parece indiciar uma influência negativa sobre a forma de lidar com a doença oncológica, com uma correlação significativa e negativa, embora fraca, com a sub-escala de *coping* “Espírito de luta/Aceitação”, beneficiando por outro lado, o funcionamento físico do doente oncológico.

Globalmente, e analisando a satisfação com o suporte social percebido na amostra em estudo, podemos concluir que parece favorecer a adopção de mecanismos de *coping* referenciados na bibliografia como mais eficazes, influenciando positivamente os resultados em saúde e qualidade de vida. Em contrapartida, a pouca satisfação com o suporte social, parece influenciar a adopção de mecanismos de *coping* pouco adaptativos.

O questionário em análise mostrou ser um instrumento sensível e útil para a avaliação de uma dimensão importante em saúde, o suporte social, assim como as suas relações com a adopção de estratégias de *coping* para lidar com a doença oncológica e seus resultados em termos de qualidade de vida. Estes resultados são fundamentais para a implementação de intervenções em saúde no sentido da melhoria da satisfação com o suporte social no doente de foro oncológico.

Modelo explicativo

No sentido de analisarmos mais claramente a relação existente entre as variáveis de saúde e o suporte social, realizamos três análises de regressão linear múltipla, utilizando o método *stepwise*, e incluindo, como variáveis independentes as sub-escalas e escala global de suporte social percebido (ESSS) e como variáveis dependentes as dimensões de *coping* (MAC) e qualidade de vida global (QLQ-C30). Foram obtidos os resultados que se apresentam na Quadro 8.

A ESSS explica em 8% a variância dos *scores* de *coping* “Desânimo/Fatalismo”, sendo o melhor preditor a “Intimidade”, com um *Beta* negativo de 0,29. A satisfação com o suporte social mostrou ainda explicar em 10% a variância na escala de *coping* positivo (Espírito de luta/Aceitação), sendo também neste caso a sub-escala da “Intimidade” o melhor preditor, pois explica

por si só 6% da sua variância com um *Beta* positivo de 0,19. A “Satisfação com amigos/amizades” e as “Actividades Sociais” apenas explicam em 2% a variância na escala de *coping* positivo. Em contrapartida, é a “Satisfação com amigos/amizades” que melhor explica (2%) a variância na escala de qualidade de vida. Estes resultados, embora seja notória a baixa variância explicada, induzem-nos a pensar que a satisfação com os amigos e a intimidade são as vertentes de suporte social que mais influenciam as variáveis de saúde.

Quadro 8

Regressão Linear Múltipla entre a Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Escala de Coping (MAC) e Qualidade de Vida (QLQ-C30)

	Variáveis Dependentes		
	Desânimo/Fatalismo (MAC)	Espírito de luta/Aceitação (MAC)	Qualidade de Vida Global (QLQ-C30)
	$R^2_{ajust.}=0,08$ $F(1,343)=33,02^{***}$	$R^2_{ajust.}=0,10$ $F(3,354)=14,36^{***}$	$R^2_{ajust.}=0,02$ $F(1,373)=11,22^{**}$
Variáveis Independentes	Valores de <i>Beta</i> (<i>p</i>)		
Satisfação com Amigos (AS)	E	Beta= 0,17*	Beta=0,17**
Intimidade (IN)	Beta=-0,29***	Beta= 0,19*	E
Actividades Sociais (AS)	E	Beta=-0,17*	E

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,0001$. E – Variável excluída do modelo de regressão; A dimensão da Satisfação com a Família e a ESSS global foram sistematicamente excluídas em todos os modelos de regressão.

Sensibilidade da Escala

A sensibilidade da escala em análise foi testada, comparando as percepções de satisfação com o suporte social e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas que o constructo teórico mostrou a provável existência de relações significativas. Os Quadros 9 e 10 permitem-nos visualizar os resultados nas diferentes sub-escalas e escala global bem como a comparação de médias realizada através do teste *t* e teste *F* da ANOVA respectivamente para o sexo e o estado civil e ainda a correlação de *Pearson* para a idade e escolaridade (expressa em anos), dado tratarem-se de variáveis contínuas. O teste *F* da ANOVA foi submetido ainda ao *Post Hoc teste de Scheffe*.

A análise dos Quadros 9 e 10 permite-nos concluir que os elementos da amostra pertencentes ao sexo feminino, se encontram menos satisfeitos com o suporte social na sua globalidade, nomeadamente com os amigos/amizades, intimidade e família, sendo a diferença de médias estatisticamente significativa para a sub-escala da intimidade. Em contrapartida, encontram-se ligeiramente mais satisfeitos com as actividades sociais do que o sexo oposto. Podemos ainda concluir que são os casados ou que vivem em união de facto os indivíduos mais satisfeitos com o suporte percebido, nomeadamente ao nível

da intimidade e satisfação com a família. O *Post Hoc teste de Scheffé* localizou as diferenças de médias para a primeira componente, entre os casados e os viúvos.

Quadro 9

Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e diferença de médias de acordo com o sexo e o estado civil dos doentes oncológicos (N=385)

ESSS		Satisfação com amigos (SA)		Intimidade (IN)		Satisfação com a família (SF)		Actividades Sociais (AS)		Escala Global (ESSS)	
Variáveis sócio-demográficas		M (DP)	t/F (p)	M (DP)	t/F (p)	M (DP)	t/F (p)	M (DP)	t/F (p)	M (DP)	t/F (p)
Sexo (1)	Feminino (n=236)	19,65	1,09	15,10	1,92	12,92	0,65	9,02	0,31	56,61	1,49
	Masculino (n=149)	20,10	(ns)	15,78	(0,05)	13,08	(ns)	8,93	(ns)	57,94	(ns)
Estado Civil (2)	Solteiros (n=30)	20,06		14,60		12,83		8,86		56,17	
	Casados/ /U. Facto (n=303)	19,98	1,50	15,64*	3,60	13,15	2,93	8,96	0,14	57,71	2,41
	Divorciados/ Separados (n=12)	18,58	(ns)	14,50	(0,01)	11,50	(0,03)	9,25	(ns)	53,83	(ns)
	Viúvos (n=40)	18,80		14,05*		12,30		9,22		54,37	

Nota. (1) GL – 383; (2) GL – 3, 381; * Diferença de médias significativa ao nível de $p < 0,05$.

Quadro 10

Correlação de Pearson entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a idade e escolaridade dos doentes oncológicos

ESSS		Satisfação com amigos (SA)		Intimidade (IN)		Satisfação com a família (SF)		Actividades Sociais (AS)		Escala Global (ESSS)	
Variáveis sócio-demográficas											
Idade		-0,10*		-0,09		0,03		0,05		-0,04	
Escolaridade		0,16**		0,15**		-0,03		0,06		0,14**	

Nota. * Correlação significativa ao nível de 0,05 (2-tailed); ** Correlação significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

Dos resultados apresentados no Quadro 10 podemos inferir que à medida que aumenta a idade dos elementos da amostra, vai diminuindo a sua satisfação com o suporte proveniente dos amigos; em contrapartida, quando a seu nível de escolaridade aumenta, cresce a sua satisfação com o suporte social percebido, nomeadamente vindo do grupo de amizades.

Analisou-se ainda os resultados da aplicação do ESSS e compararam-se as médias, de acordo com a situação no emprego, o tipo de doença oncológica

presente na amostra e os tratamentos realizados, utilizando o teste da ANOVA, não tendo obtido diferenças significativas entre as médias nos diferentes grupos.

DISCUSSÃO

Estudamos uma amostra essencialmente feminina, em idade produtiva e activa, recentemente diagnosticada com doença oncológica não metastática (disseminada) de diferentes áreas corporais, que na sua maioria se encontravam ainda em fase de decisão terapêutica, pelo que não estavam a realizar tratamento formal para a sua doença. Os referenciais teóricos indicam esta fase de pós-diagnóstico, como uma fase de crise em que as pessoas necessitam de grande suporte, em especial de tipo emocional, para poderem enfrentar esta situação ameaçadora, tornando-a menos lesiva para o seu bem-estar e identidade pessoal (Samarel et al., 1998; Santos et al., 1994; Ward et al., 1991).

Pretendemos com este estudo, conhecer a adaptação de um questionário de satisfação com o suporte social a este grupo populacional. A análise da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mostrou que o constructo teórico nas suas diferentes dimensões, se aplicava às características da doença oncológica. No entanto, a valorização atribuída à dimensão da satisfação com os amigos/amizades e sua estreita relação com a sub-escala da intimidade, foi superior à esperada, colocando-nos algumas questões sobre a possível fusão interpretativa entre amigos/familiares. No entanto, esta hipervalorização atribuída aos amigos em situação de crise não é nova, encontrando-se algumas referências na bibliografia actual. Para Antonucci (1985; descrito por Hupcey, 1998), a família e os amigos, como provedores de suporte, são avaliados na sua eficácia de acordo com diferentes standards, e a este propósito refere: “... *family members are suppose to provide support especially in times of crisis. Support given by friends is judged more positively because it is given without the obligation inherent in family support. If friends fail to provide support it would not be considered as negatively as families failing to provide support*” (p. 1234).

O suporte familiar, embora mais acessível e previsível em situação de crise, pode mostrar-se menos funcional nesta fase, graças à situação de *distress* que envolve não só o doente, mas todo o núcleo familiar. Esta necessidade conjunta de apoio pode causar um desequilíbrio entre o dar e o receber, minimizando a sua sensação de eficácia (Sollner et al., 1999). No entanto, os resultados globais da aplicação da ESSS à amostra em estudo indicam que esta se encontra razoavelmente satisfeita com o suporte recebido, nomeadamente da família.

Os resultados do estudo sugerem ainda que a satisfação com o suporte social se correlaciona com o processo de adaptação à doença oncológica e aos resultados de saúde, nomeadamente a qualidade de vida, o que corrobora a

inúmera bibliografia nesta área (Achat et al., 1998; Billings & Moos, 1984; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998; Sollner et al., 1999). O questionário em análise mostrou-se sensível a estas constatações teóricas.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, os estudos empíricos referem que as mulheres têm amigos mais próximos e dão mais importância à intimidade e à confiança nas suas amizades, estando mais associada à saúde, enquanto que os homens enfatizam a socialização (Navalhas, 1998; Sollner et al., 1998). Também Ribeiro (1999), em referência a outros estudos, indica estar o suporte social mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Estas constatações teóricas parecem confirmar-se na amostra em estudo, uma vez que a satisfação das mulheres com o suporte social é, na generalidade, inferior à dos homens, e em especial na intimidade, o que pode demonstrar uma maior valorização à disponibilidade dos parceiros sociais.

Por outro lado, os indivíduos casados estão mais satisfeitos com o suporte social, em especial o íntimo, tendo maior número de confidentes e uma rede social maior e homogénea (Navalhas, 1998; Sollner et al., 1999). A amostra em estudo confirma também, embora parcialmente, estas constatações teóricas, uma vez que os indivíduos casados se mostraram mais satisfeitos com as relações íntimas e família, enquanto que os viúvos, provavelmente mais isolados, obtêm maior gratificação das actividades sociais mais alargadas. Neste mesmo sentido, os indivíduos mais idosos, habitualmente também mais isolados, mostraram menor satisfação com as amizades, hipervalorizando a componente familiar de apoio. O grau de literacia poderá favorecer o processo de integração profissional e social, facilitando a comunicação com os pares e em consequência o aumento de relações sociais mais gratificantes e com maior suporte percebido dos amigos e intimidade. A este respeito, os estudos não são unânimes nas suas conclusões, mostrando alguns não existir relação entre nível literário e satisfação com suporte social ou o oposto (Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd, & Waters, 2002; Navalhas, 1998).

A satisfação com o suporte social não se revelou significativa de acordo com os grupos de doença oncológica, o que corrobora alguns estudos que referem a pouca importância atribuída ao tipo de cancro no processo de *coping* e seus recursos em favor da sintomatologia e incapacidade física (Akechi, Okamura, Yamawaki, & Uchitomi, 1998).

Apesar das variâncias explicadas pelo modelo de regressão serem baixas, a análise correlacional indicia uma significativa associação entre os diferentes tipos de suporte social, nomeadamente os amigos/amizades e a intimidade, os estilos de *coping* e a qualidade de vida. É conhecido o efeito do suporte social nas situações de stress, nomeadamente no impacto do diagnóstico de doença oncológica. O seu mecanismo de influência é exercido de duas formas, protegendo o indivíduo do efeito catastrófico do confronto com o stressor – efeito moderador, ou intercedendo na relação entre o stress e os resultados de

coping e saúde/qualidade de vida – efeito mediador (Underwood, 2000; Ward et al., 1991). Esta relação tem sido documentada para outras doenças crónicas, como a doença cardíaca ou o acidente vascular cerebral (Coelho & Ribeiro, 2000; Mestre & Ribeiro, 2002;)

Neste contexto, o suporte social deve ser estudado como um recurso de *coping*, diminuindo os efeitos psicológicos adversos dos agentes de stress ambiental. A percepção ou crença de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade, parece ser particularmente benéfico para a saúde e bem-estar (Navalhas, 1998).

O presente estudo aumentou a crença de que o suporte social, o *coping* e a qualidade de vida são conceitos fortemente interdependentes. Os estilos de *coping* mais negativos, como o desânimo/fatalismo, podem impedir a utilização do suporte providenciado por outros, influenciando negativamente a percepção de qualidade de vida.

A ESSS mostrou ser um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo da doença oncológica e suas relações conceptuais com as variáveis que com ele se inter cruzam. Estes resultados parecem ser fundamentais para o planeamento de estratégias de intervenção em saúde, no sentido de melhorar a eficácia do suporte social dispensado ao doente oncológico, para que, em conjunto com os objectivos actuais de aumentar a esperança de vida, seja também beneficiada a sua qualidade. É, no entanto, indispensável que se realizem novas avaliações sobre a aplicabilidade da escala ESSS, nomeadamente em amostras diferentes e realizadas em fases mais avançadas da doença.

REFERÊNCIAS

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7(8), 735-750.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (1997). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. 1ª Ed. Coimbra: Apport.
- Anastasi, A. (1999). *Psychological Testing* (6ª Ed). New York: MacMillan Publishing Company.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bullinger, M., Crabeels, D., Estapè, J., Filiberti, A., Flechtner, H., Frick, U., Hurny, C., Kaasa, S., Klee, M., Mastilica, M., Osoba, D., Pfausler, B., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sullivan, M., & Takeda, F. – EORTC Study Group on Quality of Life (1991). The EORTC Core Quality of Life Questionnaire: Interim Results of an International Field Study. In D. Osoba (Ed.), *Effects of Cancer on Quality of Life* (pp. 185-203) London: CRC Press, Inc.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M.C., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K.C.A., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- 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.

- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, Stress and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body* (pp. 152-181). Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health Psychology – An Introduction to Behavior and Health*. Third Edition (pp. 130-157). USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of Social Support and Quality of Life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, October, 34(5), 456-475.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, & Ribeiro (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3rd Edition). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Fridfinsdottir, E.B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' Adjustment to Cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs Clinical Ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- Hutchinson, A., Bentzen, N., & Konig-Zahn, C. (1996). *Cross Cultural Health Outcome Assessment: A User's Guide*. European Research Group on Health Outcomes.
- Katapodi, M.C., Facione, N.C., Miaskowski, C., Dodd, M.J., & Waters, C. (2002). The Influence of Social Support on Breast Cancer Screening in a Multicultural Community Sample. *Oncology Nursing Forum*, 29(5), 845-852.
- Kinnear, P.R., & Gray, C.D. (2000). *SPSS for Windows: Made Simple – Release 10* (pp. 277-301). Department of Psychology, University of Aberdeen. UK: Psychology Press Ltd., Publishers.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e Procesos Cognitivos*. Spain: Ed. Martínez Roca.
- Marín, J.R. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- McNally, S., & Newman, S. (1999). Objective and Subjective Conceptualizations of Social Support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 309-314.
- Mestre, S., & Ribeiro, J.P. (2002). Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. In I. Leal, I.P. Cabral, & J.P. Ribeiro (Eds.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 277-282). Lisboa: ISPA
- Navalhas, J.C.B. (1998). Crise e Suporte Social, Efeitos potenciais do Suporte Social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XI, Setembro/Dezembro, 3, 27-46.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd Edition). New York: Mc Graw-Hill, inc.
- Pais-Ribeiro, J., & Sá, E. (2001). Impact of coping, functionality, and symptoms on the quality of life of haematological cancer patients. *Quality of Life Research*, 10(7), 227.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. 2.^a Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Registo Oncológico Nacional (1996). Editado pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional do Norte.

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Ribeiro, J.L.P. (1999a). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Moreno (1994). Registo Oncológico Regional do Norte. Editado pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional do Norte.

Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorf, K., Piacentino, J.C., Eliasof, B., Hughes, P., Kowitski, C., & Ziegler, E. (1998). Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1259-1268.

Santos, M.J.H., Costa, F.L., Watson, M., Geer, S., Haes, J., Knippenberg, F.V., Pruyn, J., & Borne, B.V. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos: Escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 15(1), 25-36

Sarason, I.G. (1988). Social Support, Personality and Health. In M.P. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress and Health Psychology* (pp. 109-128). New York: Springer-Verlag.

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.

Underwood, P.W. (2000). 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* (pp. 367-391). London: Sage Publications, Inc.

Ward, S., Leventhal, H., Easterling, D., Luchterhand, C., & Love, R. (1991). Social Support, Self-Esteem and Communication in Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 95-116.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Watson, M., Greer, S., & Bliss, J. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: User's manual*. Surrey, UK: CRC Psychological Medicine Research Group.