

Construção e determinação das qualidades psicométricas do Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS)

Maria Manuela Calheiros

Centro de Investigação e Intervenção Social / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal

Ana Paula Paulino

Centro de Investigação e Intervenção Social, Portugal

Resumo

Este estudo tem como objectivo apresentar uma proposta de instrumento para aceder à percepção do suporte social institucional na saúde: o Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS) estudando as suas características métricas.

Apesar do reconhecimento dos efeitos positivos na saúde do suporte social poucos estudos abordam a temática do suporte social fornecido por técnicos de saúde. Os resultados obtidos com uma amostra de 328 adolescentes, mostram valores adequados de consistência interna e sensibilidade. A análise da estrutura factorial do QSSIS incluiu duas dimensões do constructo: estrutural e funcional. A dimensão estrutural agrupou sete itens em três factores: Tempo, Localização e Burocracia. A dimensão funcional incluiu 30 itens agrupados segundo cinco factores, denominados de Suporte Emocional/Relacional, Suporte de Estima, Suporte Social Tangível – Saúde; Suporte Social Tangível – Educação Sexual e Suporte Avaliativo. A validade de constructo realizada com o Social Support Questionnaire (SSQ6; Sarason, Sarasom, Shearin, & Pierce, 1987) e a validade concorrente medida pela recorrência aos serviços de saúde, evidenciou que o Suporte de Estima é o factor mais correlacionado com o suporte social informal avaliado pela SSQ6 e o Suporte Tangível na Saúde e a Acessibilidade Temporal, os que mais estão associados à procura dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Adolescentes, Saúde, Suporte Social Recebido.

Abstract

The present study aim to present a questionnaire to assess health institutional social support perception – Health Institutional Social Support Questionnaire (HISSQ) and study its psychometric characteristics. In spite of known positive effects of social support on health, few studies had examined social support coming from experts/technicians.

The results with 328 adolescents revealed satisfactory measures of internal consistency and concurrent validity. Factorial analysis on HISSQ included two construct dimensions: Structural and Functional. Structural dimension integrates seven items on three factors: Time, Localization and Bureaucracy. Functional dimension includes 30 items grouped above five factors named: Emotional/Relational Social Support, Esteem Support, Tangible Support – Health, Tangible Support – Sexual Education and Appraisal Support. Construct validity was accessed by Social Support Questionnaire (SSQ6; Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987) and concurrent validity by a measure of recurrence to health services, both revealed that Esteem Support scores correlated significantly with informal social support measures by SSQ6 and Tangible Support on Health and Temporal Accessibility were the strongest factors associated with health services recurrence.

Key words: Adolescents, Health, Social support.

Introdução

Numerosos estudos têm demonstrado que o suporte social está associado a efeitos positivos ao nível do bem-estar, e da saúde física e psicológica (Baron, Cutrona, Hicklin, Russel, & Lubaroff, 1990; Cohen & Wills, 1985; Taylor, 1999; Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea, & Goldberg, 2003).

O suporte social institucional/formal, i.e., o suporte oriundo de fontes institucionais/formais de suporte, tem recebido alguma atenção no seio da comunidade de técnicos de saúde, devido à influência potencialmente positiva dos recursos de suporte geral na manutenção da saúde, adaptação à doença crónica e recuperação dos episódios de doença aguda (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987; Stewart, 1993). Ao mesmo tempo, verifica-se que pacientes médicos e cirúrgicos beneficiam com a atenção e expressões de amizade, oriundas de enfermeiros e médicos (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Os recursos comunitários na área da saúde e mais especificamente os técnicos de saúde podem ocupar um lugar central enquanto fontes de suporte social, num contexto e relação específica, com potenciais efeitos na saúde e bem-estar dos indivíduos (e.g., Calheiros, 2006; Tracy, 1990; Goodman, Bennet, & Dutton, 1999). É de referir que algumas perspectivas de suporte social postulam que a eficácia do suporte está relacionada com a fonte (Heaney & Israel, 1996) e a adequação às necessidades desencadeadas pelo stressor (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990), o que de alguma maneira relaciona o tipo de suporte com o contexto em que é fornecido. De facto, diferentes estudos (e.g., Pierce, Sarason, & Sarason, 1990, 1991) têm contribuído para a ideia de que as percepções de suporte de relações específicas são distintas das percepções gerais de suporte e que estes dois aspectos do suporte parecem ter impactos diferentes no bem-estar dos indivíduos.

A adolescência, enquanto grupo etário, apresenta os níveis mais baixos de recorrência aos serviços de saúde (Ryan, Millstein, Greene, & Irwin 1996). Certos grupos de jovens referem barreiras como o receio da estigmatização por parte da rede de suporte devido ao facto de utilizarem os serviços, e sentimentos como a vergonha, o medo de exclusão ou o orgulho, que os leva a enfrentarem os seus

problemas sem recorrerem a fontes formais de suporte social. Os jovens e as suas famílias desenvolvem muitas vezes percepções negativas em relação à utilização de serviços de saúde mental, o que reduz a probabilidade da procura de cuidados mesmo que estes estejam disponíveis (Lindsey, Korr, Broitman, Boné, Green, & Leaf, 2006). Por outro lado, parecem existir dificuldades dos serviços de saúde em acolher os adolescentes que os procuram (Muza & Costa, 2002; Williamson et al., 2006). Estas dificuldades podem prender-se com factores associados ao próprio sistema de saúde como a garantia da confidencialidade, o respeito pelo paciente, a sociabilidade, o anonimato, a acessibilidade económica e a existência de um serviço regular, entre outros (Pommier et al., 2001). Contudo, estes estudos mostram que a relação estabelecida com os profissionais de saúde é primordial, facto que realça a importância de estudar o suporte formal neste contexto. Paralelamente parece essencial avaliar os serviços de saúde em função das necessidades dos jovens. A promoção da recorrência aos serviços inclui o desenvolvimento de serviços de qualidade adequados às exigências e problemáticas da população alvo.

Actualmente estão disponíveis diversos instrumentos para a avaliação da percepção de suporte social informal, i.e., enquanto percepções gerais de suporte ou oriundo de fontes informais de suporte específicas como pais, amigos, namorado, etc. (Cheever & Hardin, 1999; Cohen & Wills, 1985; Finch & Veja, 2003; Timmerman, Emanuels-Zuurveen, & Emmelkamp, 2000). Todavia, constata-se a não disponibilidade de um instrumento de avaliação do suporte social institucional enquanto medida específica de suporte recebido na saúde (i.e., providenciado por técnicos e profissionais).

Assim, no presente trabalho temos como objectivo criar um instrumento de auto-relato para adolescentes para avaliar o suporte social institucional na saúde (QSSIS) e analisar as suas qualidades psicométricas através do teste à fidelidade, sensibilidade, validade de constructo e concorrente do instrumento.

O estudo da validade de constructo foi realizado a partir do Social Support Questionnaire (SSQ-6) de Sarason e colaboradores (1987) e da validade concorrente com a recorrência aos serviços de saúde.

O SSQ6 é um questionário de avaliação da percepção geral do suporte social informal que inclui as características estruturais (nº de pessoas da rede informal) e funcionais (satisfação), reportando-se ao suporte social percebido de diferentes fontes de suporte (e.g., pais, amigos, namorado/a) e que tem sido amplamente utilizado em investigação que analisa a relação entre suporte social geral informal e saúde (Sarason et al., 1987).

As redes de suporte podem desempenhar um papel fundamental nos comportamentos de procura de ajuda e resposta à doença. Os estudos que abordam o acesso aos cuidados de saúde indicam que os padrões de recorrência podem ser moderados pelo tipo de problemas experienciados e o suporte social oriundo dos membros da rede. As redes de suporte social podem providenciar cuidados ou consistir em recursos para a identificação de fontes formais de suporte, pelo que a recorrência aos serviços de saúde pode estar relacionada com a quantidade e qualidade do suporte social institucional recebido (Lindsey et al., 2006).

Construção do Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS)

Para construir o QSSIS, numa primeira fase, fez-se uma revisão de literatura focalizada na definição e nos instrumentos de medida de suporte social (geral e específico) (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991;

Sarason et al., 1987), especialmente aqueles que se centram na avaliação do suporte social recebido (ISSB; Barrera, Sandler, & Ramsey, 1981; Barrera, 1986; Sandler & Barrera, 1984) e nas dimensões que os compõem, assim como nas suas inter relações (Barrera, 1986; Cohen & Wills, 1985; SSQ; Sarason et al., 1987; SNL; Stokes, 1983). Na segunda fase, aquela em que se construíram os itens, tivemos em consideração a revisão de literatura disponível na área do suporte social de profissionais (Tracy, 1990), assim como um estudo exploratório com técnicos na área da intervenção social sobre suporte social institucional (Calheiros, 2006).

O termo suporte social representa um conceito amplo que se refere a suporte social, emocional e outros tipos de suporte que são fornecidos através de contactos sociais ou individuais. É um conceito que tem sido definido e descrito de diferentes formas reflectindo-se num vasto conjunto de medidas. Assim, existem várias medidas de suporte social informal, medidas que são originadas em diferentes conceptualizações do constructo e que utilizam uma variedade de técnicas de medida. A revisão de literatura permitiu constatar que a par das diferenças na ênfase que diferentes autores colocam nas fontes de suporte, isto é, geral ou específico, os investigadores diferem quando avaliam as percepções dos indivíduos relativamente ao suporte disponível, ou seja, o suporte percebido, ou o suporte realmente recebido pelos indivíduos (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987). Os dois tipos de suporte estão negativamente relacionados com variáveis de saúde, embora as medidas de suporte social percebido mostrem uma relação negativa com as medidas de acontecimentos de vida negativos, enquanto que o suporte social recebido está positivamente associado a estes instrumentos (Barrera, 1986). Finalmente, os investigadores diferem ainda no que diz respeito às dimensões incluídas. Alguns investigadores da área da Sociologia tem-se concentrado nos aspectos estruturais do suporte que são aqueles que descrevem a rede das relações quer estas sejam pessoais, formais ou profissionais (Cohran & Brassard, 1979; Tracy, 1990), enquanto outros da área da Psicologia utilizam abordagens mais qualitativas e funcionais do suporte variando nas funções de suporte que estão a ser medidas ou na satisfação com o suporte (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987). Actualmente, o conceito de suporte social é definido de forma relativamente consensual como um constructo multidimensional que integra componentes estruturais e funcionais (Gotlieb, 1983). Contudo, Cohen e Syme (1985) e Sarason e colegas (1987) separaram a estrutura de uma rede ou relação interpessoal das funções servidas pelas mesmas e Thoits (1992) afirma que a estrutura da rede e o suporte social recebido/percebido operam em diferentes modos, no que diz respeito aos efeitos na saúde.

Como a aplicação a um contexto específico requer a adequação do tipo de suporte às características do elemento stressor, o tipo de suporte que pretendemos avaliar será adaptado às necessidades pelas quais podem ser procurados os sistemas de saúde. Neste sentido, o instrumento que nos propomos criar pretende avaliar o suporte social recebido de uma fonte de suporte específica (serviços e técnicos de saúde) onde serão incluídas as dimensões estruturais e funcionais do suporte social institucional.

A dimensão estrutural do suporte diz respeito às características da rede de suporte, e teoricamente inclui a dimensão (e.g., o número de pessoas que constituem a rede), a densidade (e.g., natureza da relação), a frequência de contacto com a fonte de suporte e a acessibilidade (Cohran & Brassard, 1979; Tracy, 1990). Na avaliação do suporte social recebido torna-se essencial conhecer a rede actual de serviços em que o indivíduo está inserido (acessibilidade, frequência da interacção e proximidade). Realçamos mais especificamente a acessibilidade e proximidade, uma vez que foram aspectos salientes no estudo qualitativo de carácter exploratório, anteriormente realizado com técnicos que trabalham na área da intervenção social e saúde a propósito do suporte social institucional fornecido a famílias e jovens em risco (Calheiros, 2006). Contudo, nos instrumentos disponíveis na área da Psicologia (e.g., Sarason et al., 1987) a avaliação da parte estrutural da rede refere-se normalmente ao número de

peças disponíveis e não a outras características de suporte (a acessibilidade e proximidade). Estas últimas têm sido citadas na literatura sociológica e de intervenção social, cuja abordagem categorial não facilita a identificação das diferentes dimensões deste tipo de suporte. Por isso, foi sobretudo com base nestas questões estruturais do suporte, as mais referidas no estudo exploratório prévio, que foram construídos os oito itens relativos às questões de transportes, localização, burocracia, custos, etc. (e.g., “ao pensares no serviço de saúde a que vais, como é que o avalias, no que diz respeito a transportes para lá chegar”).

No que respeita às dimensões funcionais a literatura sobre suporte informal destaca: (1) o suporte emocional que envolve a preocupação, o amor e a empatia [exemplos deste tipo de suporte são a informação que faz com que o indivíduo se sinta importante para outra pessoa, o carinho e a atenção que lhes são dispensados (Sartor & Youniss, 2002), bem como o consolo na morte ou doença grave de um parente ou amigo (Rasclé et al., 1997) ou o apoio aquando da reprovação num exame (Rasclé et al., 1997)]; (2) o suporte instrumental ou tangível que consiste na ajuda material ou na assistência comportamental; (3) o suporte cognitivo, que inclui informação, orientação ou *feedback* que pode ajudar a solucionar um problema; e (4) o suporte avaliativo que diz respeito aos comportamentos que ajudam o indivíduo a compreender um acontecimento gerador de stress (e.g., doença) e a identificar os recursos e as estratégias de *coping* que poderão ser delineadas e implementadas (e.g., tomar medicação) (Taylor, 1999). Alguns autores acrescentam ainda o suporte de estima que consiste na informação de que a pessoa é estimada e aceite. A auto-estima é aumentada pela comunicação à pessoa de que ela é admirada pelo seu valor e experiências e é aceite independentemente das dificuldades ou falhas pessoais. Algumas formas deste tipo de suporte são frases ou acções que convencem a pessoa do seu real valor, e lhe dão reconhecimento em situações de sucesso, bem como o apoio fornecido durante os testes escolares ou durante mudanças profissionais (Rasclé et al., 1997).

Assim, na escala para a avaliação da dimensão funcional de suporte social foram elaborados 30 itens, que versavam os diferentes tipos de suporte recenseados, mas adaptados ao objectivo específico deste estudo. Sete itens para o suporte emocional/relacional (e.g., “Até que ponto achas que os técnicos do serviço de saúde a que vais são compreensivos”), cinco itens para o suporte avaliativo e informativo (“Achas que no serviço de saúde a que vais, os técnicos avaliam bem os teus problemas”), doze itens para o suporte tangível (e.g., “No serviço de saúde que frequentas deram-te ajuda através de medicamentos ou dinheiro para comprá-los?”) e seis itens para o suporte de estima (“Até que ponto achas que os técnicos desse serviço de saúde valorizam-te como pessoa”). O suporte emocional e relacional foi integrado numa só dimensão devido à natureza do suporte a avaliar. Atendendo à literatura (Heaney & Israel, 1996), o suporte fornecido por profissionais não integra componentes emocionais, pelo que fará sentido adaptar este tipo de suporte a questões mais associadas à relação estabelecida entre o jovem e o técnico.

O questionário que resultou sobre a percepção de suporte social institucional recebido na saúde engloba duas escalas com um total de 38 itens, que versavam as dimensões estrutural e funcional de suporte. À semelhança do *Inventory of Socially Supportive Behaviors* (ISSB; Barrera, Sandler, & Ramsey, 1981), foi utilizada uma escala de cinco pontos, nos quais a resposta era dada entre: (1) Nunca, (2) Poucas vezes; (3) Algumas vezes; (4) Muitas vezes e (5) Sempre –, para se avaliar a frequência com que se recebe apoio específico dos técnicos de saúde no último ano.

Alguns dos itens relativos à avaliação da Acessibilidade foram medidos com âncoras de resposta adaptadas à semântica do item, mantendo os cinco pontos da escala de resposta e sendo que valores mais elevados de resposta significam percepções mais elevadas de suporte social institucional. Para os itens: “ao pensares no serviço de saúde a que vais, como é que o avalias, no que diz respeito a filas de espera / demorar muito tempo até ser atendido” foram invertidas as escalas de resposta no sentido de

assegurar a consistência de significado das respostas ao longo de todos os itens (Quadro 1).

Quadro 1

Itens que constituem o QSSIS

Ao pensares no serviço de saúde a que vais, como é que o avalias, no que diz respeito a:

1. Responder às tuas necessidades
2. Demorar muito tempo até se ser atendido
3. Filas de espera
4. Localização
5. Transportes para lá chegar
6. Qualidade do Edifício
7. Papelada necessária
8. Custos

Até que ponto é que achas que os técnicos do serviço de saúde a que vais são:

9. Disponíveis para te atender
10. Empenhados no trabalho
11. Simpáticos
12. Compreensivos
13. Respeitadores
14. De confiança
15. Competentes

Achas que no serviço de saúde a que vais, os técnicos:

16. Avaliam bem os teus problemas
17. Demoram pouco tempo a perceber os teus problemas
18. Tratam bem dos teus problemas
19. Explicam-te as coisas de forma clara
20. Enviam-te para outros médicos ou serviços de saúde mais adequados ao teu problema

No serviço de saúde que frequentas deram-te ajuda através de:

21. Medicamentos ou dinheiro para comprá-los
22. Contraceptivos
23. Serviços de enfermagem
24. Serviços de urgência
25. Prevenção de consumo de drogas
26. Consultas médicas
27. Vacinação
28. Apoio psicológico
29. Educação para a saúde
30. Apoio na gravidez
31. Planeamento familiar
32. Educação sexual

Até que ponto achas que os técnicos desse serviço de saúde:

33. São metedizos
34. São atentos
35. Compreendem os teus problemas
36. Reconhecem as tuas capacidades
37. Valorizam-te como pessoa
38. Dão-te apoio quando precisas

Método

Participantes

Participaram neste estudo 328 jovens (56,4% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 11 e os 25 anos ($M=16,58$; $DP=2,035$). A maioria dos jovens era portuguesa (87,9%), solteiros (98,5%) e estudantes (96%). No momento da recolha de dados, os participantes estavam integrados em programas comunitários direccionados a jovens em risco com objectivos de promoção da saúde e prevenção da doença, assim como formação e integração socioprofissional. Todos os jovens incluídos

na amostra tinham recorrido a pelo menos um dos serviços de saúde no último ano.

Instrumentos

Para além do *Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS)* os participantes responderam ao questionário *Social Support Questionnaire (SSQ-6)* (Sarason et al., 1987) e a um conjunto de 3 itens para avaliar a *Recorrência aos Serviços de Saúde* que serviram como medidas critério na análise da validade.

O *Social Support Questionnaire (SSQ-6)* (Sarason et al., 1987) é um instrumento composto por seis itens que permitem recolher informação acerca do número de pessoas disponível para fornecer suporte [desde “Ninguém” a (9) nove pessoas] e o grau de satisfação do indivíduo relativamente a esse suporte [desde (1) Muito insatisfeito a (6) Muito Satisfeito]. A análise factorial em componentes principais (ACP) com rotação ortogonal foi realizada separadamente para os itens relativos ao número de pessoas da rede e a satisfação com o suporte recebido (Sarason et al., 1987). A ACP na dimensão Número de pessoas disponíveis evidenciou apenas um factor com seis itens, que explica cerca de 57.45% da variância. Na ACP realizada à dimensão Satisfação foi também encontrado um factor que explica 55.48% da variância. Foi calculado um índice geral de disponibilidade de suporte, correspondente ao número médio de pessoas indicadas – Suporte Informal – Tamanho da Rede ($\alpha=.838$) e um índice geral de satisfação com o suporte, a partir da média dos seis itens relativos à satisfação – Suporte Informal – Satisfação ($\alpha=.846$). Estes índices de fidelidade são ligeiramente mais baixos que os atingidos pela versão da SSQ6 em inglês aplicada a amostras formadas por estudantes universitários norte americanos (α 's entre .90 e .93) (Sarason et al., 1987). Para a frequência do contacto com os serviços de saúde desenvolveram-se três itens, que questionavam os participantes sobre a frequência com que recorreram no último ano a algum serviço de saúde (centro de saúde, hospital e médico particular); sendo as respostas dadas numa escala de quatro pontos [de (1) Uma vez a (4) 4 ou mais de quatro vezes]. Estes itens foram retirados de estudos com adolescentes sobre o suporte social e a procura dos cuidados de saúde (Calheiros, Bernardes, Paulino, & Pereira, 2005).

Procedimento

Os dados foram recolhidos através da aplicação dos questionários em grupo e individualmente. Os participantes eram convidados a preencher um questionário acerca dos serviços de saúde recebidos no último ano, tendo sido garantida a confidencialidade das suas respostas. O investigador permanecia na sala onde os participantes respondiam ao questionário respondendo a eventuais dúvidas relativas ao preenchimento. Nos casos em que os inquiridos manifestavam dificuldades de leitura e/ou escrita, um membro da equipa de investigação auxiliava no preenchimento do questionário através da leitura dos itens, do esclarecimento de dúvidas ou do registo de respostas.

Resultados

Neste estudo procurou-se analisar as características psicométricas do QSSIS, pelo que foi realizado o teste à fidelidade, a sensibilidade, a validade de constructo e a validade concorrente do instrumento.

Estrutura factorial e análise da fidelidade

A análise das distribuições dos 38 itens não evidenciou problemas de assimetria pelo que foram incluídos todos os itens nas análises factoriais posteriores. Com o objectivo de identificar as dimensões subjacentes aos 38 itens de percepção de suporte institucional foram realizadas duas análises factoriais de componentes principais (ACP). Uma relativa à dimensão de suporte estrutural e a outra aos itens que descreviam a componente funcional de suporte social. A adequação do uso dos modelos factoriais foi verificada através do teste de Bartlett e da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

O teste de Bartlett permitiu rejeitar a hipótese de que as matrizes subjacentes aos itens em análise são matrizes identidade tanto na ACP à dimensão de suporte estrutural ($\chi^2=292.93$; $p=.000$) como na ACP à dimensão funcional ($\chi^2=2602.81$; $p=.000$).

A estatística de KMO apresenta um valor bastante elevado (KMO=.886) na dimensão funcional, o que permite caracterizar esta análise factorial como tendo uma boa adequabilidade. Relativamente à dimensão estrutural este valor assume valores mais baixos indicando que a ACP é executável mas ligeiramente inadequada (KMO=.567).

A extracção dos factores em ambas as ACP foi realizada com base no critério de Kaiser, que preconiza a selecção dos factores cujo valor próprio é superior a 1. Os factores extraídos foram sujeitos a uma rotação ortogonal através do método *Varimax*. De seguida, seleccionaram-se os itens que possuíam um nível de saturação superior a .40.

Na dimensão estrutural, foram encontrados três factores que explicam cerca de 66.7% da variância das respostas dos jovens. Foi retirado um item¹ aos oito inicialmente incluídos na ACP, por apresentar níveis de saturação elevados em mais do que um factor. A análise da fidelidade foi realizada pelo método Alpha de Cronbach, pelo que foi calculada a consistência interna para um dos factores da escala. No caso das escalas que têm dois itens o valor de consistência interna corresponde ao coeficiente de correlação de Pearson. No Quadro 2, pode ser observada a composição, a percentagem de variância explicada, as correlações e a consistência interna de cada um dos factores nas duas análises factoriais.

O primeiro factor *Suporte Estrutural – Tempo* inclui itens relativos ao tempo de espera para ser atendido nos serviços de saúde. É responsável por 24.3% da variância explicada e a correlação de Pearson entre os itens que o compõem mostra-se elevada ($r=.676$; $p=.000$).

O segundo factor *Suporte Estrutural – Localização* é composto por três itens, explica 21.7% da variância e agrupa as questões relativas à localização do serviço de saúde: qualidade do edifício e transportes, mas apresenta um Alpha de Cronbach baixo ($\alpha=.50$).

O terceiro factor *Suporte Estrutural – Burocracia*, diz respeito aos procedimentos e custos dos serviços de saúde. Este factor é composto por dois itens que estão significativamente correlacionados entre si ($r=.409$; $p=.000$) e explica 20.6% da variância total.

Na dimensão funcional, dos 30 itens originais foram retirados sete por apresentarem níveis de saturação elevados em mais do que um factor². A solução obtida, composta por cinco factores, explica 64.2% da variância das respostas dos participantes. A análise da fidelidade foi realizada pelo método Alpha de Cronbach, pelo que foi calculada a consistência interna para cada um dos factores da escala.

O primeiro factor, denominado *Suporte Emocional/Relacional*, agrega as diferentes características positivas que os técnicos dos serviços de saúde demonstram na interacção com os utentes e é composto por sete itens. Este factor explica cerca de 19.28% da variância dos itens e

¹ Foi retirado o item: “Responder às necessidades”.

² Foram retirados os itens: “Tratam bem dos teus problemas”; “Avaliação correcta dos problemas”; “Medicamentos ou dinheiro para comprá-los”, “Prevenção do consumo de drogas”; “Apoio Psicológico”; “Educação para a Saúde” e “São metedidos”.

apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha=.90$).

Quadro 2

Análises factoriais de componentes principais dos itens de percepção de suporte social institucional – dimensão estrutural e dimensão funcional (índices de saturação, consistência interna, variância explicada e correlação item-total)

<i>Dimensão estrutural</i>	F1	F2	F3	Correlação Item-Total		
Factor I – <i>Suporte Estrutural – Tempo</i>						
Demorar muito tempo até ser atendido	.914	-.028	-.048		.187	
Filas de espera	.902	.016	-.133		.140	
Factor II – <i>Suporte Estrutural – Localização</i>						
Localização	.056	.685	.024		.172	
Transportes para lá chegar	-.080	.724	.131		.213	
Qualidade do edifício	.000	.718	-.028		.195	
Factor III – <i>Suporte Estrutural – Burocracia</i>						
Papelada necessária	.018	.005	.874		.116	
Custos	-.207	.103	.800		.038	
Variância explicada (%)	24.0	21.7	20.6			
Alpha Cronbach*	.68	.50	.41			
<i>Dimensão funcional</i>	F1	F2	F3	F4	F5	
Factor I – <i>Suporte Emocional/Funcional</i>						
Compreensivos	.809	.303	.112	.079	-.011	.619
Simpáticos	.809	.190	.099	.060	.067	.550
Respeitadores	.769	.299	-.053	.037	.033	.503
Empenhados no trabalho	.738	.252	.044	-.070	.016	.460
Competentes	.729	.289	-.008	.022	.167	.506
Disponíveis	.709	.059	.071	-.156	.013	.317
De confiança	.690	.332	.022	.089	-.050	.525
Factor II – <i>Suporte de Estima</i>						
Reconhecem as capacidades	.242	.805	.072	.121	-.031	.583
Valorizam como pessoa	.222	.804	.056	.058	.100	.553
Dar apoio quando necessário	.238	.781	.010	.181	.085	.578
Compreendem os problemas	.324	.760	.010	.056	.170	.571
Atentos	.335	.725	.069	.018	.011	.533
Explicar as coisas de forma clara	.221	.701	.048	.050	-.094	.465
Factor III – <i>Suporte Tangível – Educação Sexual</i>						
Planeamento familiar	.063	.122	.870	.108	-.030	.477
Apoio na gravidez	.155	-.017	.802	.207	-.074	.460
Contraceptivos	-.025	-.012	.795	.193	.060	.363
Educação sexual	.033	.104	.758	.254	.058	.477
Factor IV – <i>Suporte Tangível – Saúde</i>						
Vacinação	-.044	.040	.046	.737	-.309	.226
Serviços de enfermagem	.054	.024	.320	.679	.064	.415
Serviços de urgência	-.030	.044	.212	.665	.245	.340
Consultas médicas	.018	.121	.238	.624	-.036	.384
Enviar para outros médicos ou serviços mais adequados ao problema	-.006	.174	.058	.420	.257	.260
Factor V – <i>Suporte Avaliativo</i>						
Pouco tempo a perceber os problemas	.123	.067	-0.006	.077	.891	.173
Variância explicada (%)	19.29	17.64	12.46	9.91	4.90	
Alpha Cronbach	.90	.88	.70	.69	-	

Nota. *Para os factores compostos por mais de dois itens, foi calculado o Alpha de Cronbach. Para os restantes, o valor de consistência interna corresponde ao coeficiente de correlação de Pearson.

O segundo factor, com a designação *Suporte de Estima*, diz respeito aos aspectos da intervenção técnica que contribuem para a auto-estima e para o bem-estar emocional dos jovens (ex.: “reconhecem as minhas capacidades”; “dão apoio quando necessário”). Trata-se de um factor com seis itens e que apresenta igualmente uma consistência interna elevada ($\alpha=.88$) e uma percentagem de variância explicada de 17.64%.

O terceiro factor, *Suporte Tangível- Educação Sexual*, explica 12.46% da variância, é composto por quatro itens referentes a apoios na educação sexual, nomeadamente ao nível do planeamento familiar e do acompanhamento durante a gravidez. A sua consistência interna é considerada adequada ($\alpha=.70$).

O quarto factor designado *Suporte Tangível- Saúde*, composto por cinco itens é referente ao actos médicos e de enfermagem. Explica 9.91% da variância e caracteriza-se por uma adequada consistência interna entre os itens que o compõem ($\alpha=.69$).

O último factor tem apenas um item relativo à avaliação dos problemas (“Pouco tempo a perceber os problemas”) explica cerca de 4.9% da variância total. Atendendo às suas características não será incluído nas análises posteriores.

Análise da sensibilidade

Estabelecida a estrutura das escalas de percepção de suporte institucional na saúde, assume agora algum interesse fazer uma análise descritiva de cada um dos factores e determinar a sua sensibilidade. Procedeu-se deste modo à análise da normalidade das distribuições. O teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) revelou que nenhum dos factores segue uma distribuição normal. A assimetria das distribuições indica que o Factor II do Suporte Social Estrutural e os Factores I e II do Suporte Social Funcional apresentam um enviesamento negativo ou uma assimetria à direita. Por sua vez o Factor III do Suporte Social Funcional apresenta um enviesamento positivo ou uma assimetria à esquerda. Os Factores I e III do Suporte Social Estrutural, e o Factor IV do Suporte Social Funcional apresentam distribuições simétricas. A análise do achatamento indica que somente o Factor I e o Factor II do Suporte Social Estrutural assumem uma distribuição mais achatada do que a normal, ou seja uma distribuição platicúrtica, no primeiro caso e uma distribuição leptocúrtica no segundo caso, apresentando todos os outros uma distribuição mesocúrtica.

Nos dados descritivos salienta-se o facto de as dimensões de suporte emocional/relacional e de suporte de estima apresentarem as médias mais elevadas – 3.87 e 3.79. Verifica-se que as percepções de suporte tangível (educação sexual e saúde) são em média, as menos positivas ($M=1.53$; $DP=1.30$; $M=2.59$; $DP=1.10$; respectivamente). É interessante verificar que os factores que apresentam uma maior variabilidade nas respostas (isto é, um desvio-padrão mais elevado), são aqueles cujas médias são inferiores (Quadro 3).

Quadro 3

Valores do Teste K-S, Assimetria, Curtose e estatística descritiva

	K-S e P	Coef. Assimetria	Coef. Curtose	Média	Desvio-padrão	Mediana	Moda
Suporte Social Estrutural*							
Factor I	K-S=1.786; p=.003	-.043	-2.324	3.14	1.06	3	3
Factor II	K-S=2.172; p=.000	2.86	3.510	3.43	.607	3.33	3.33
Factor III	K-S=2.978; p=.000	-.101	-1.149	3.45	.805	3.50	3
Suporte Social Funcional**							
Factor I	K-S=1.547; p=.017	-5.057	.876	3.87	.833	4	5
Factor II	K-S=1.352; p=.052	-3.021	-.856	3.79	.845	3.83	5
Factor III	K-S=2.782; p=.000	6.657	1.013	1.53	1.30	1	1
Factor IV	K-S=1.278; p=.076	.358	-.320	2.59	1.10	2.50	3

Nota. *Factor I – Suporte Estrutural – Tempo; Factor II – Suporte Estrutural – Localização; Factor III – Suporte Estrutural – Burocracia; **Factor I – Suporte Emocional/Relacional; Factor II – Suporte de Estima; Factor III – Suporte Tangível – Educação Sexual; Factor IV – Suporte tangível – Saúde.

Relativamente às correlações entre os factores, verifica-se que no suporte social estrutural as correlações entre o factor relativo à burocracia e os factores relativos ao tempo ($r=-.236$) e localização ($r=-.129$) são baixas. Na dimensão de suporte funcional, o suporte de estima e o suporte relacional encontram-se moderadamente correlacionados ($r=.593$) e os factores de suporte tangível na saúde e suporte tangível educação sexual apresentam também uma moderada correlação entre si ($r=.478$). Relativamente às correlações entre as dimensões de suporte funcional e estrutural verificamos que: (1) o suporte relacional/emocional surge relacionado com o suporte estrutural relativo à burocracia ($r=.320$) e à localização ($r=.231$) e correlacionado de forma negativa com o suporte estrutural relativo ao tempo de espera ($r=-.286$); (2) o suporte de estima está inversamente correlacionado com o suporte estrutural tempo ($r=-.235$) e correlaciona-se positivamente com o suporte estrutural relativo à burocracia ($r=.221$) e à localização do serviço de saúde ($r=.186$).

No conjunto destes resultados destaca-se o facto do suporte de estima e do suporte relacional serem os factores que apresentam mais correlações com os outros factores, incluindo os que compõem a dimensão estrutural (Quadro 4).

Quadro 4

Correlações entre os factores extraídos (coeficientes de correlação de Pearson)

	S. Estrutural/ /Tempo	S. Estrutural/ /Localização	S. Estrutural/ /Burocracia	S. Emocional/ /Relacional	S. Estima	S. Tangível/ /Educação Sexual
S. Estrutural/Localização	-.220					
S. Estrutural/Burocracia	-.236**	-.129*				
S. Emocional/Relacional	-.286**	.231**	.320**			
S. de Estima	-.235	.186**	.221**	.593**		
S. Tangível/Educação Sexual	-.100	-.041	-.036	.097	.153*	
S. Tangível/Saúde	.093	-.097	-.021	.067	.199**	.478**

Nota. *nível de significância<0,05; **nível significância<0,001.

Análise da validade

Como já foi referido, para testar a validade de constructo da escala de percepção de suporte social institucional, analisou-se a correlação entre os factores decorrentes das ACP's nas dimensões estrutural e funcional de suporte, e a percepção de suporte social informal, nomeadamente o número reportado de pessoas que constituem a rede informal e a satisfação com o apoio recebido por parte dessa rede e, para a validade concorrente utilizou-se uma medida de recorrência dos jovens aos serviços de saúde (Quadro 5).

Quadro 5

Associação entre os factores de suporte social institucional, a recorrência aos serviços de saúde e suporte social informal (coeficientes de correlação de Pearson)

	S. Estrutural/ /Tempo	S. Estrutural/ /Localização	S. Estrutural/ /Burocracia	S. Emocional/ /Relacional	S. Estima	S. Tangível/ /Educação Sexual	S. Tangível/ Saúde
Suporte informal – satisfação	-.040	.069	-.033	-.007	.152*	-.035	.060
Suporte informal – tamanho da rede	-.063	.081	-.006	.038	.128*	-.001	.082
Recorrência aos Serviços de Saúde	.131*	.068	-.047	-.003	.066	.023	.173*

Nota. *nível de significância>0,05.

A percepção de suporte informal (satisfação com o suporte e número de pessoas da rede) parece estar associada a uma percepção mais positiva do suporte de estima por parte dos técnicos de saúde (Quadro 5). Segundo estes resultados verifica-se que as percepções de suporte social oriundo de outros significativos (rede informal) estão associadas ao suporte de estima fornecido por técnicos (rede formal).

Relativamente à recorrência dos jovens aos serviços de saúde, esta apresenta uma correlação positiva com o suporte tangível – saúde e com o suporte estrutural – tempo. Isto é, uma percepção elevada de suporte ao nível dos serviços de saúde parece estar associada a uma maior recorrência e, por outro lado a uma maior recorrência parece estar associada a uma percepção de menor tempo de espera para o atendimento.

Discussão dos resultados

A revisão de literatura inicial revelou que embora exista um consenso sobre a necessidade de se avaliar o suporte social estrutural e funcional específico na área da saúde, existem dois problemas centrais: primeiro, a falta de escalas directamente relacionadas com o suporte social institucional quer geral, quer específico na área da saúde e muito particularmente na sua dimensão estrutural; e segundo, os resultados contraditórios relativamente às relações entre as duas dimensões do suporte – estrutural e funcional. Assim, este estudo teve como objectivo construir e analisar as qualidades psicométricas de um instrumento que sirva para avaliar o suporte social institucional na saúde (QSSIS) na sua dimensão estrutural e funcional.

O QSSIS foi construído para avaliar o suporte social específico na saúde constituindo-se um instrumento útil para a detecção de diferenças nas percepções que os indivíduos têm sobre as características do suporte recebido. Como é de esperar de um instrumento que é sensível ao seu objectivo original, as diferenças detectadas pelos itens que constituem o QSSIS indicam que existe uma considerável variabilidade na forma como os jovens avaliam os diferentes componentes do suporte social. Além disso, o conjunto de itens criados para avaliar o suporte social estrutural e funcional na área da saúde não só parece reflectir as dimensões teóricas revistas na literatura sobre suporte funcional informal, como indica que os conteúdos encontrados para avaliar o suporte social estrutural devem e podem continuar a ser incluídos em estudos do género.

Como já foi referido alguns estudos demonstram correlações apreciáveis entre as diferentes medidas das dimensões de suporte (Cohen & Wills, 1985), outros porém referem que as medidas estruturais apenas fornecem um índice muito indirecto da disponibilidade do suporte, sendo as correlações encontradas baixas (entre 0.2 e 0.3) (e.g., Sarason et al., 1983).

Uma vez que os conteúdos incluídos na avaliação do suporte estrutural ainda não foram testados anteriormente pareceu-nos conveniente separarmos conceptualmente as duas dimensões. Além disso, à semelhança de Hutchison (1999), consideramos que manter a distinção entre a rede e as funções de suporte é importante para a identificação das circunstâncias em que as intervenções sociais e comportamentais são mais eficazes na promoção da saúde. Contudo, os nossos dados indicam que apesar das funções de suporte poderem ser distintas de forma conceptual não são realmente totalmente independentes em contextos naturais. De facto, assim como Cohen e Wills (1985) referem, que pessoas com maior companheirismo social podem ter maior acesso a suporte instrumental e de estima, as correlações (algumas moderadas) por nós encontradas entre os factores estruturais do suporte e o suporte emocional/relacional e de estima são indicativos de que associado a uma avaliação positiva da rede de suporte está a percepção de um maior cuidado e apoio dos técnicos na relação.

Se considerarmos as relações entre os factores de cada uma das dimensões observamos ao nível do suporte funcional que os suportes emocional/relacional e de estima são os mais correlacionados entre si, ao que se segue uma correlação também elevada entre os suportes tangíveis, sendo as relações entre estes dois grupos de variáveis fracas ou não significativas (por exemplo: Suporte Educação Sexual com Suporte Emocional/Relacional). Uma vez que as relações entre os factores estruturais são também fracas, poderemos pensar num modelo factorial diferente.

De uma forma geral o QSSIS parece ter algumas propriedades psicométricas que indicam a importância da continuação do seu estudo. A análise da fidelidade demonstrou, em termos globais, bons resultados de consistência interna, sobretudo na parte funcional do suporte. Relativamente à dimensão estrutural embora o valor de KMO assume valores baixos, a análise da fidelidade de duas das três escalas obtidas é razoável, o que nos indica provavelmente que deveriam ser acrescentados novos itens para a avaliação desta dimensão na continuação do estudo da escala. As médias, desvio padrão e a análise da assimetria dos factores são indicativas de que os participantes, em geral, descrevem o suporte social quer estrutural, quer funcional como apoiante, embora moderadamente baixo no acompanhamento e educação da saúde sexual. Contudo, o desvio padrão e a distribuição indica que existe uma considerável variabilidade na forma como os jovens caracterizam o suporte social nas diferentes escalas encontradas, o que poderá indicar uma maior sensibilidade deste instrumento.

No que respeita à análise da validade de construto verifica-se que o QSSIS apresenta correlações significativas, com o tamanho da rede de suporte informal e a percepção de satisfação com o suporte avaliado pela SSQ6. Estas correlações ocorrem no factor Suporte de Estima, sugerindo que esta dimensão de suporte social institucional poderá ser a mais relacionada com suporte informal recebido pelos jovens. Assim, conhecidos os efeitos positivos na saúde da percepção de suporte emocional e relacional, estes dados sugerem que estes mesmos efeitos protectores na saúde podem ser atingidos através do suporte social institucional, na medida em que os jovens se sintam compreendidos, estimados e valorizados pelos técnicos de saúde (e.g., Cohen & Wills, 1985; Melchior, et al., 2003; Sarason et al., 1987).

Ao nível da recorrência aos serviços de saúde, verifica-se uma correlação com o suporte tangível – saúde e com o suporte estrutural – tempo. Estes dados demonstram que a avaliação do suporte instrumental recebido pelos jovens está de facto relacionada com a procura dos cuidados de saúde, conforme sugerido na literatura (Lindsey et al., 2006). Para além disso, os resultados evidenciam que a percepção de acessibilidade temporal é maior para aqueles que mais recorrem aos serviços. Ou seja, os jovens que mais recorrem aos serviços têm uma melhor percepção do seu funcionamento, nomeadamente o facto de decorrer um tempo de espera curto até ao atendimento, possivelmente porque nos serviços de saúde o mais difícil é iniciar-se o processo, uma vez a relação estabelecida com o serviço, a manutenção da relação de apoio é facilitada.

São várias as limitações deste trabalho. Em investigações futuras há que questionar os jovens no sentido de se perceber quais as dimensões estruturais de suporte a incluir na avaliação dos serviços de saúde. A definição de suporte social no contexto parece-nos uma etapa necessária de investigação aplicada (Williams, Barclay, & Schmied, 2004). Será também importante incluir outras dimensões já analisadas noutros tipos de suporte formal, nomeadamente, itens que questionem os sujeitos sobre o número de pessoas que constituem a rede de saúde, a densidade (e.g., natureza da relação) e a frequência de contacto com a fonte de suporte. A proposta de instrumento que resulte desta análise deverá ser estudada numa amostra de jovens diversificada e deverá incluir o teste de diferentes modelos através de análise factorial confirmatória.

O desenvolvimento do QSSIS pretende ser um passo preliminar para a avaliação do suporte social

institucional recebido por jovens nos serviços de saúde e um contributo para a lacuna de instrumentos de avaliação do suporte recebido por fontes formais. À semelhança do que é referido na literatura, entendemos que qualquer intervenção baseada no suporte deve começar pela avaliação das redes sociais que são fornecidas à população alvo (Heaney & Israel, 1996). Apesar das limitações deste trabalho, entendemos que o desenvolvimento deste instrumento pode constituir um passo fundamental para a avaliação do suporte social da rede formal. Estas avaliações podem diagnosticar alguns aspectos inerentes à rede que não estejam a responder às necessidades individuais e particulares, assim como apontar recursos e forças da rede. As evidências sobre a influência positiva para a saúde do suporte afectivo (Heaney & Israel, 1996), sugerem que, sempre que possível, as interacções com as potenciais fontes de suporte institucional na saúde devem facilitar expressões de confiança, proximidade e cuidado. Neste sentido é fundamental estudar o suporte social recebido nas instituições de saúde, adequando as características dos serviços e dos profissionais às necessidades sentidas pelos utentes, especialmente desta faixa etária.

Referências

- Baron, R., Cutrona, C., Hicklin, D., Russell, D., & Lubaroff, D. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 344-352.
- Barrera, M. J. (1986). *Distinctions between social support concepts, measures and models*. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 435-447.
- Barrera, M. J., Sandler, I. N., & Ramsey, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies of college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Calheiros, M. M. (2006). A construção social do mau trato e da negligência parental – Do senso comum ao conhecimento científico. Fundação Calouste Gulbenkian. Imprensa de Coimbra.
- Calheiros, M. M., Bernardes, S., Paulino, P., & Pereira, J. (2005). Avaliação dos factores de risco/protecção e do suporte social institucional na área da saúde com jovens no âmbito da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa/Centro de Investigação e Intervenção Social.
- Cheever, K. H., & Hardin, S. B. (1999). Effects of traumatic events, social support and self-efficacy on adolescents self-health assessments. *Western Journal of Nursing Research*, 21(5), 673-684.
- Cochran, M. M., & Brassard, J. A. (1979). Child development and personal social networks. *Child Development*, 50, 601-616.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). Orlando: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-114.
- Goodman, L., Bennett, L., & Dutton, M. A. (1999). Obstacles to victims' cooperation with the criminal prosecution of their abusers: The role of social support. *Violence Vict.*, 14(4), 427-444.
- Gotlieb, B. H. (1983). Social Support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychology* 38(3), 278-287.

- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (1996). Social networks and social support. In *Health Behavior and Health Education*, pp. 179-201.
- Hutchison, C. (1999). Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1520-1526.
- Lindsey, M., Korr, W., Broitman, M., Bone, L., Green, A., & Leaf, P. (2006). Help-seeking behaviors and depression among African American adolescents boys. *Social Work*, 51(1), 49-58.
- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M. (2003). Social relations and self-report health: A prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1817-1830.
- Muza, G., & Costa, M. (2002). Elementos para a elaboração de um projecto de promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes – O olhar dos adolescentes, *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 321-328.
- Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1990). Integrating social support perspectives: Working models, personal relationships, and situational factors. In S. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal Relationships and Social Support* (pp. 173-189). Newbury Park, CA: Sage.
- Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1991). General and relationship-based perceptions of social support are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028-1039.
- Pommier, J., Mouchtouris, A., Billot, L., Romero, M., Zubarew, T., & Deschamps, J. (2001). Self-reported determinants of health service use by French adolescents. *International Journal of Adolescence Medicine and Health*, 13(2), 115-129.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuisser, J., Cuosson, F., Gilliard, J., & Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: Adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35-51.
- Ryan, S., Millstein, S., Greene, B., & Irwin, C. (1996). Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 18, 192-202.
- Sandler, I. N., & Barrera, M. J. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social Support: An Interactional View* (pp. 97-128). New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sartor, C. E., & Youniss, J. (2002). The relationship between positive parental involvement and identity achievement during adolescence. *Adolescence*, 37(146), 221-234.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. London: Sage Publications.
- Stokes, J. P. (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11, 141-152.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Thoits, P. A. (1992). Social support functions and network structure: A supplemental view. In H. O. F. Veil & U. Bauman (Eds.), *The meaning and measurement Social support* (pp. 57-62). London: Hemisphere Publishing.

- Timmerman, I. G. H., Emanuels-Zuurven, E. S., & Emmelkamp, P. M. G. (2000). The Social Support Inventory (SSI): A brief scale to assess perceived adequacy of social support. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 401-410.
- Tracy, E. M. (1990). Identifying social support resources of at-risk families. *Social Work*, 35(3), 252-258.
- Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention and practice. *Qualitative Health Research*, 14(7), 942-960.
- Williamson, D., Stewart, M., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Raine, K., Reutter, L., Rootman, I., & Wilson, D. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy*, 76(1), 106-121.

Submissão: 24/01/2007

Aceitação: 06/06/2007