

## VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE APOIO SOCIAL EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jairo Domingos de Moraes (1); Jéssica Priscila Neres Carvalho (2); Bruna de Oliveira de Abreu (3); Paulo Henrique Meira Duarte (4) Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (5)

(1) Doutorando; Fisioterapeuta; Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: [jairodmfisio@hotmail.com](mailto:jairodmfisio@hotmail.com). (2) Graduanda do curso de Fisioterapia pela Faculdade Uninassau de João Pessoa, [jncfisio@gmail.com](mailto:jncfisio@gmail.com); (3) Fisioterapeuta, Residente no curso de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade de Ciências Médica da Paraíba, [fisiobrunaabreu@gmail.com](mailto:fisiobrunaabreu@gmail.com); (4) Fisioterapeuta, Pós-graduando no curso de Especialização de Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia e Desportiva pelo Centro Universitário de João Pessoa, [paulohenriquemd@hotmail.com](mailto:paulohenriquemd@hotmail.com); (5) Fisioterapeuta. Doutora em Educação. Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [katiagsribeiro@yahoo.com.br](mailto:katiagsribeiro@yahoo.com.br).

**Resumo:** Introdução: Objetivou-se adaptar e validar uma escala de apoio social em hipertensos cadastrados na Atenção Primária à Saúde. Método: estudo de coorte de hipertensos. Para o desenvolvimento da escala de apoio social elaborada tomou-se como referência o *Medical Outcomes Study* e o processo de validação da escala envolveram as etapas: 1) consulta aos especialistas, 2) análise fatorial exploratória e análise de consistência interna e 3) análise fatorial confirmatória. Resultados: após processo de validação dos itens originais restaram 12 deles que resultou em um modelo com 3 fatores que explicaram a variância das variáveis originais com um alfa de Cronbach de 0,90. A Análise Fatorial Confirmatória confirmou a presença de três fatores (Fator 1: apoio social emocional/informação; Fator 2: apoio social afetivo/interação social positiva; Fator 3: apoio social material), com índices de ajuste, validade convergente e discriminante satisfatórios. Conclusão: a escala analisada alcançou fidedignidade e validade satisfatórias, recomendando sua utilização em hipertensos cadastrados na Atenção Primária à Saúde.

**Descritores:** Estudos de validação, Hipertensão, Apoio Social, Validade dos Testes, Atenção Primária à Saúde.

### Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como importante problema de saúde pública, por apresentar além de alta prevalência, baixas taxas de controle e evolução oligo/assintomática, representando um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013). Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a adesão ao tratamento, mesmo diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida (WEBER et al., 2014).

O controle e a adesão ao tratamento compreendem processos dinâmicos e multifatoriais que abrangem aspectos físicos, sociais, psicológicos, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas

(83) 3322.3222

[contato@conbracis.com.br](mailto:contato@conbracis.com.br)

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

e corresponsabilização entre a pessoa que vive com a doença, a equipe de saúde e a rede de apoio social (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Para melhor atender a essas necessidades e aspectos subjetivos do tratamento, os sujeitos hipertensos e seus familiares precisam de auxílio e atenção, que podem ser proporcionados pelas redes de apoio social e os tipos de apoio prestados por essa rede. Receber algum tipo de apoio social para lidar com uma condição crônica tem sido uma estratégia fundamental para a aderência e sucesso do tratamento, podendo propiciar repercussões positivas sobre a saúde e exercer um papel relevante na vida das pessoas portadoras de doenças crônicas como a hipertensão (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

Considerando a relevância do tema, ressalta a importância da escala de aferição do apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS). Esta escala tem o objetivo de medir a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social para adultos acometidos com uma ou mais das doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. O estudo tomou como base a escala de apoio social elaborada, originalmente, para o MOS, utilizada em 2.987 adultos usuários de serviços de saúde nos Estados Unidos e que na sua forma original é composta por 19 itens, concebida para abranger cinco dimensões de apoio social (apoio material, apoio afetivo, interação social positiva, apoio emocional e apoio informacional) (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Sua avaliação, processo de tradução, adaptação e validação têm sido apresentadas em diversas publicações a partir do estudo de coorte Pró-Saúde com funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil (GRIEP, 2003; CHOR, 2001).

Desse modo, é sempre relevante a aplicação de instrumentos em contextos diferentes em que foi criado, para que os resultados possam ser comparados de forma ampliada e em novas realidades. A escala MOS é voltada para doenças crônicas sem distinção delas. Aqui neste trabalho o que se propõe é particularizar exclusivamente para os hipertensos. Portanto, o estudo teve como objetivo adaptar a proposta de aferição do apoio social pelo MOS para hipertensos cadastrados na Atenção Primária a Saúde (APS), e validar a proposta.

## **Método**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de base populacional e com abordagem quantitativa, que faz parte da coorte de hipertensos desenvolvida no município de João Pessoa/PB, efetivado por meio de três projetos de

pesquisas no período de 2009, 2010, 2011 e retomada em 2016.

A amostra foi composta por usuários cadastrados no Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) entre os anos de 2006 e 2007, maiores de 19 anos, de ambos os sexos, do município de João Pessoa – Paraíba (PB). Dando continuidade a coorte formada em 2009, foi realizada uma coleta referente ao presente estudo em 2016. Para tanto, foi feito um levantamento prévio dos nomes, endereços e unidades de saúde dos indivíduos participantes nas pesquisas dos anos anteriores e desta forma, foi possível quantificar o número de usuários por unidade, e conseqüentemente por distrito, restando um total de 170 hipertensos da amostra inicial. Esta é a amostra base para validação da adaptação da escala de apoio social do MOS. A fase de coleta de dados foi realizada no período de 01 de março a 31 de agosto de 2016.

Para cada item da escala, indica-se a frequência que considera disponível para cada tipo de apoio, numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta variando entre 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) até 5 (“sempre”).

O processo de validação da escala para hipertensos adultos do município de João Pessoa, envolveu as etapas: 1) consulta aos especialistas, 2) análise fatorial exploratória e análise de consistência interna e 3) análise fatorial confirmatória.

Inicialmente, cinco especialistas (2 médicos, 2 fisioterapeutas e 1 enfermeira) foram consultados para avaliar a pertinência e a representatividade dos itens que compuseram cada dimensão da escala original, buscando adaptações realizadas ao instrumento original. Os especialistas consultados possuem experiência clínica com hipertensos, com publicações e pesquisas científicas (mestrado e doutorado) sobre o tema do estudo. Todos os especialistas receberam o formulário no qual constavam as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento e o formulário de avaliação, sendo estabelecido um período de quinze dias para emissão e retorno do seu parecer.

Para esta etapa, foi considerado como resultado final o item com a avaliação “adequado sem modificação”, quando a taxa de concordância for igual ou superior a 60%, ou seja, com dois ou mais forem concordantes. Para aqueles itens cuja taxa de concordância foi inferior a 60%, foram analisadas as sugestões e as adequações feitas por cada especialista. Para cada uma das sugestões realizadas, utilizou-se como critério para avaliação a “retirada” ou “mudança” de itens nos domínios propostos ou mudança de ordem. Estas alterações somente foram consideradas quando o item foi sugerido por um número igual ou superior a 60% dos especialistas.

Na segunda etapa foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a análise de consistência interna. A AFE foi escolhida uma vez que objetivou adaptar e validar a escala para hipertenso e visou examinar a estrutura dos itens e fatores que compuseram o instrumento de pesquisa, bem como avaliar a validade das cinco dimensões. Teve-se como proposta determinar se os itens estavam dentro das escalas hipotetizadas, cujo padrão das cargas fatoriais e as comunalidades foram utilizados para selecionar os itens que iriam compor cada dimensão.

Ainda nesta etapa utilizaram-se as medidas de adequação como o Kaiser Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (BTS) que examinam os dados e sugerem a aplicação da AFE. Para extração dos fatores utilizou-se o método de análise de componentes principais e o critério de Kaiser que sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com autovalores acima de 1. Em seguida, com o objetivo de deixar os resultados mais interpretáveis, realizou-se a rotação dos fatores através da rotação ortogonal Varimax.

Para determinar a composição final dos fatores, as comunalidades de cada variável devem ser avaliadas. A avaliação da consistência interna do instrumento foi realizada através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach que varia de 0 a 1, onde o 0 indica a falta de consistência total, e o 1 aponta uma consistência interna completa, respectivamente.

Na terceira e última fase, foi aplicada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) aos itens finais retidos na fase anterior, aliada aos testes de verificação. Em relação à AFC, a avaliação da qualidade de ajuste dos modelos foi efetuada por meio de diferentes índices de ajuste, pois cada um reflete aspectos particulares. Na AFC a validade do construto foi expressa a partir da validade convergente e discriminante.

No presente estudo, os índices de ajustes utilizados foram: Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), Qui-Quadrado Normado ( $\chi^2$ g.l.), Root Mean Square Residual (RMR), Root Mean Square of Approximation (RMSEA), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Comparative Fit Index (CFI), Non-normed Fit Index (NNFI), Parsimony Comparative Fit Index (PCFI), Índice de Ajuste Normado de Parcimônia (PNFI) e Tucker-Lewis Index (TLI). A partir do modelo final estabelecido, foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, a partir da validade convergente e discriminante.

Inicialmente, os dados foram digitados numa máscara no programa Microsoft Excel 2007 e posteriormente transferidos para o pacote estatístico *StatisticaPackage for Social Sciences* (SPSS 22.0 for Windows®) para análise estatísticas do dados. Para a realização da

AFC foi utilizado o pacote estatístico AMOS (v. 23.0.0).

O estudo atendeu às exigências do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 446/2011) para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 49405015.1.0000.5188 via Plataforma Brasil e parecer nº 0531/2015 e os hipertensos assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

## Resultados

Os cinco especialistas que participaram do estudo receberam o formulário no qual constavam as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento e o formulário de avaliação e todos os especialistas retornaram a avaliação no período estabelecido.

Entre as sugestões dadas pelos especialistas, pode-se destacar que 60% deles sugeriram a exclusão do item O.19 (*Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça – dimensão interação social positiva*). Considerando a avaliação de tais critérios, obteve-se uma nova versão do instrumento a partir das adequações sugeridas pela análise dos especialistas, a qual foi considerada para a próxima etapa do estudo. Desta forma, o número de itens reduziu-se para 18 entre os 19 originais.

No instrumento do MOS, foram pré-estabelecidas cinco dimensões para análise: Material, Afetivo, Emocional, Informação e interação social positiva, as quais foram consideradas válidas a partir da consulta aos especialistas. No entanto, do ponto de vista estatístico, o número final de dimensões a ser considerado em um instrumento deverá ser obtido através da Análise Fatorial Exploratória.

Foram consideradas para o estudo os 18 itens da escala que satisfizeram os critérios de inclusão, permitindo assim, a continuidade de aplicação da análise fatorial. Como exploração inicial da adequação dos itens ao procedimento de análise fatorial, os quais testam a hipótese nula de matriz identidade, foram encontrados os valores de 0,883 para o índice KMO e para o BTS o  $\chi^2$  foi igual a 1641,275 com 153 graus de liberdade e um p-valor de 0,00001.

Os itens da escala apresentaram correlações significativas (p-valor < 0,001), de forma que a Matriz anti-imagem da correlação apresentou em sua diagonal principal, para cada variável considerada, a medida de adequação da amostra (MAA) > 0,50, mostrando adequação dos dados para seguimento da AFE. Uma

vez comprovado que os dados eram adequados para realizar a análise fatorial, levou-se a cabo tal procedimento.

Ao se analisar as cargas fatoriais e as comunalidades, foram excluídos do modelo inicial os itens que apresentaram carga fatorial inferior a 0,05 ( $<0,05$ ) e comunalidades abaixo de 0,50. Esta verificação resultou na exclusão de seis itens (O.2, O.4, O.6, O.8 e O.10).

Após a retirada desses itens, uma nova AFE com as 12 itens selecionados restantes foi realizada, resultando em um modelo com 3 fatores extraídos, a partir do método das componentes principais, utilizando o Critério de Kaiser, onde devem ser extraídos todos os fatores com autovalor ou *eigenvalue* maior que 1. O fator 1 apresentou um autovalor de 6,048, carregando cerca de 46,5% da variância. O segundo fator apresentou um autovalor de 1,624, carregando em torno de 12,4%. O terceiro fator apresentou um autovalor de 1,044 carregando 8,0 % da variância. Em conjunto, os três fatores explicaram 67,0% da variância dos itens originais.

Para melhor interpretação dos fatores, obteve-se como solução final uma matriz fatorial rotada, obtida a partir da rotação ortogonal pelo método Varimax. Esta matriz final é mais sensível e interpretável. Após a rotação varimax das cargas dos fatores, seis itens tiveram cargas mais altas no fator I; quatro itens, no fator II; e três itens, no fator III.

Ao se observar as cargas fatoriais dos 12 itens resultantes, todos apresentaram carga fatorial superior a 0,5. Entendendo que as cargas fatoriais representam a correlação do item e o fator, quanto maior o valor absoluto da carga fatorial, mais importante se torna para a interpretação fatorial.

Quanto às comunalidades extraídas das variáveis resultantes, pode-se verificar que as mesmas apresentaram valores razoavelmente altos. Isto indica que os fatores extraídos explicam bastante à variabilidade dos itens. 75% (09) dos itens apresentaram comunalidades superiores a 0,60, conforme mostra a Tabela 1.

A verificação da consistência interna do instrumento, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, revelou uma alta consistência interna geral, apresentando o valor de 0,903 para os três fatores avaliados. Para cada um dos fatores extraídos, o coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 0,60, sendo que para o Fator 1 ( $\alpha = 0,882$ ), Fator 2 ( $\alpha = 0,830$ ) e Fator 3 ( $\alpha = 0,762$ ). Os resultados indicam que o instrumento apresentou boa consistência interna (Tabela 1), ou seja, os itens estão medindo ou representando consistentemente o mesmo construto latente.



**Tabela 1: Solução Final da Análise Fatorial Exploratória e Consistência Interna do Instrumento de avaliação do Apoio Social do usuário com HAS.**

Variáveis	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
O.15	0,853			0,788
O.14	0,830			0,747
O.12	0,748			0,644
O.3	0,742			0,684
O.17	0,655			0,568
O.7	0,611			0,532
O.18		0,792		0,748
O.5		0,779		0,751
O.9		0,747		0,630
O.16		0,593		0,573
O.13			0,822	0,803
O.1			0,770	0,538
O.11			0,672	0,672
<b>Estatísticas do modelo*</b>				
%explicação da variabilidade	46,520	12,494	8,032	
$\alpha$ Cronbach	0,882	0,830	0,762	

\*-Estatística KMO = 0,883; teste de esfericidade: estatística de Bartlett = 1641,275. Graus de liberdade = 153 Valor p = 0,0000

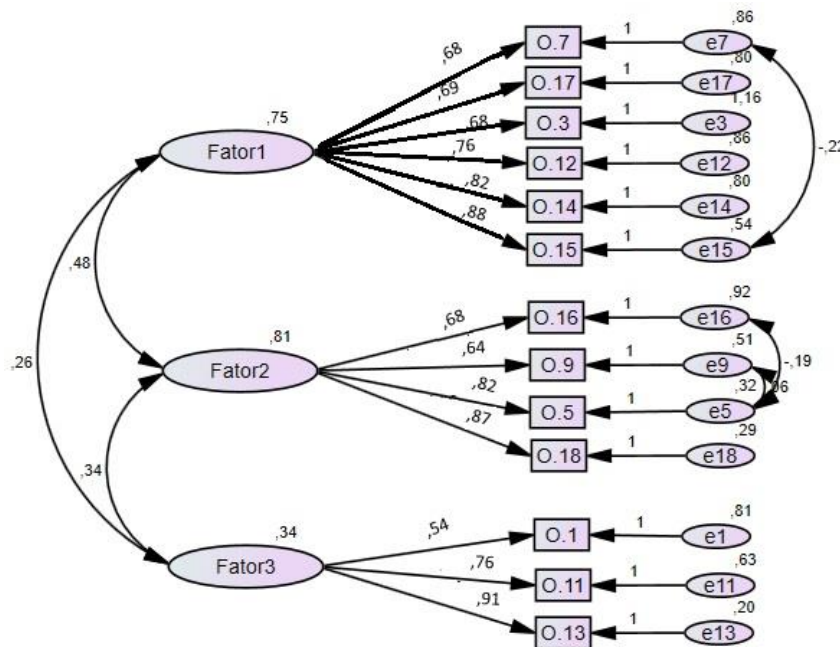
A solução final obtida a partir AFE, considerando os 12 itens originais, resultou em 3 fatores com um bom ajuste no modelo. O primeiro fator abrangeu todos os itens de apoio informacional e os itens restantes do apoio emocional das dimensões originais da escala. O segundo fator incluiu todos os itens do apoio afetivo e o item O. 16 (*Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis*), remanescente do tipo de apoio de interação social positiva. O terceiro fator, de maneira semelhante ao que ocorre na versão original, incluiu todos os itens remanescentes de apoio material.

Dessa forma foi revelada através da AFE a existência de três fatores (emocional/informação; afetivo/interação social positiva; material) capazes de explicar 67% da variabilidade global dos dados. Os indicadores da Análise Fatorial Exploratória da amostra de validação e os resultados constantes das sucessivas pesquisas encorajaram a realização de uma AFC nesse instrumento. Os parâmetros estimados no modelo final testado são todos significativos e podem ser observados através da representação do diagrama de caminhos na Figura 1.

Foi possível confirmar que cada um dos itens selecionados estava significativamente relacionado com os seus fatores designados: O.3, O.7, O.12, O.14, O.15 e O.17 relacionados ao Fator 1; O.5, O.9, O.16 e O.18 relacionadas ao Fator 2; O.1, O.11 e O.13 ao Fator 3. Nesta figura são apresentados os coeficientes de regressão estimados para todos os componentes do

modelo, bem como, as variâncias dos erros e da variável latente.

Todas as variâncias estimadas, tanto aquelas associadas aos erros da medida quanto aquela referente à variável latente, possui alta significância estatística. Além do que, a partir do modelo inicialmente proposto, observaram-se três correlações significativas entre os erros e7 e e15, e16 e e5, e9 e e5, sendo estabelecidas tais correlações para melhorar o ajustamento do modelo (Figura 1).



**Figura 1: Diagrama de caminhos - Resultado da análise confirmatória para o modelo final hipotetizado.**

Os resultados da AFC sustentaram a hipótese da presença de três fatores para a escala de apoio social ao usuário hipertenso: fator 1 – apoio social emocional/informacional; fator 2 – apoio social afetivo/interação social positiva; fator 3 – apoio social material, conforme evidenciado pelos índices de ajuste do modelo, melhorados após o ajustamento do modelo (modelo final) como observado na Tabela 2.

**Tabela 2: Índices de adequação dos modelos testados.**

Índices	$\chi^2$	$\chi^2$ g.l.	RMR	RMSEA	AGFI	GFI	CFI	NFI	PCFI	PNFI	TLI
Modelo Inicial	143,2*	2,3	0,11	0,08	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,9
Modelo Final	118,3*	2,0	0,10	0,07	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7	0,6	0,9

\* $p < 0,001$



A partir do modelo final estabelecido, foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, com base na validade convergente, que pode ser estimada entre medidas de itens, e na validade discriminante. O cálculo da confiabilidade do construto ou composta e da variância extraída para cada um dos fatores pode ser observado, conforme mostra a Tabela 3.

**Tabela 3: Estatísticas dos construtos: Fator1, Fator 2 e Fator 3 para a escala de apoio social ao usuário hipertenso em João Pessoa-PB (amostra n = 170) .**

Validade convergente	Constructos	Est Ñpadr <sup>l</sup>	S.E.**	C.R. (t) <sup>§</sup>	Est Padr <sup>¶</sup>	p- valor
Fator 1 Confiab. Composta <sup>†</sup> = 0,889 Variância extraída <sup>‡</sup> = 0,574	O.7 <--- Fator1	1,000			0,683	
	O.17 <--- Fator1	0,998	0,123	8,114	0,695	*
	O.3 <--- Fator1	1,155	0,146	7,925	0,681	*
	O.12 <--- Fator1	1,249	0,142	8,774	0,759	*
	O.14 <--- Fator1	1,478	0,159	9,270	0,820	*
Fator 2 Confiab. Composta <sup>†</sup> = 0,891 Variância extraída <sup>‡</sup> = 0,594	O.15 <--- Fator1	1,595	0,178	8,962	0,883	*
	O.16 <--- Fator2	1,000			0,684	
	O.9 <--- Fator2	0,664	0,092	7,185	0,641	*
Fator 3 Confiab. Composta <sup>†</sup> = 0,792 Variância extraída <sup>‡</sup> = 0,570	O.5 <--- Fator2	0,923	0,115	8,003	0,825	*
	O.18 <--- Fator2	1,060	0,116	9,097	0,871	*
	O.1 <--- Fator3	1,000			0,544	
	O.11 <--- Fator3	1,613	0,239	6,760	0,764	*
	O.13 <--- Fator3	1,702	0,242	7,024	0,911	*

\*significante ao nível de 0,001; †consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70; ‡ consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50; § C.R. – razão crítica - valores  $t > 2,58$ , implica p-valor  $< 0,01$ . (teste t); ¶ EstÑpadr-estimativa não padronizada; ¶ EstPadr-Estimativa padronizada; \*\* S.E.-erro padrão

Por sua vez, todas as cargas cruzadas são consideradas como sendo 0 (branco na tabela) e a estimativa padronizada observada para os 12 itens dos três fatores são fortes ( $> 0,50$ ) e significativos. Verificou-se na validade discriminante, que por sua vez, pode ser conferida a partir da comparação da variância extraída do construto ou fator (0,574; 0,594 e 0,570) com a variância compartilhada dos construtos (0,48; 0,26 e 0,34) que representa o quadrado da correlação múltipla,  $R^2$ . Todos os fatores apresentaram validade discriminante satisfatória, uma vez que a variância extraída (representada pelos valores dispostos na diagonal principal) foi superior à variância compartilhada.

A versão final da escala de apoio social ao usuário hipertenso encontra-se na Figura 2.

<b>Itens incluídos na validação do instrumento final</b>						
<b>Dimensão: Apoio emocional/informação</b>						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.3	para dar bons conselhos em situação de crise?					
O.7	para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
O.12	de quem você realmente quer conselhos?					
O.14	para compartilhar suas preocupações e medos íntimos?					
O.15	para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
O.17	que compreenda seus problemas?					
<b>Dimensão: Apoio afetivo/interação social positiva</b>						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.5	que demonstre amor e afeto por você?					
O.9	que lhe dê um abraço?					
O.16	com quem fazer coisas agradáveis?					
O.18	que você ame e que faça você se sentir querido?					
<b>Dimensão: Apoio material</b>						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O.1	que o ajude, se ficar de cama?					
O.11	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las					
O.13	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					

**Figura 2 – Escala de apoio social para hipertensos cadastrados na APS.**

### Discussão

Os especialistas realizaram suas contribuições na avaliação, em relação à pertinência e representatividade dos itens que compuseram cada dimensão da escala do MOS, propondo apenas uma adaptação ao instrumento original. Coluci, Alexandre e Milani (2015) reforçam a importância dos especialistas e ressaltam que a avaliação de conteúdo de um instrumento é uma etapa essencial ao desenvolvimento de novos instrumentos de medida, pois permite avaliar inicialmente os conceitos abstratos propostos como indicadores observáveis e mensuráveis.

Os resultados obtidos por meio do índice KMO e o teste de esfericidade de Bartlett evidenciaram adequação da amostra para a realização

da AFE. Segundo Hair et al. (2009) os dados com  $KMO \geq$  igual ou superior a 0,80 apresentam-se com um resultado admirável. A análise de comunalidade apresentou a exclusão de seis itens. Segundo Paes et al. (2014), a exclusão de cerca de um terço dos itens originais, embora possa ser considerado um número relativamente alto, ocorrendo na análise fatorial inicial se justifica em virtude deles não estarem contribuindo de forma significativa para a composição e a compreensão teórica das dimensões para as quais foram propostos.

A AFE apresentou uma redução dos cinco fatores/dimensões para três fatores/dimensões agrupando-os. Conforme destacam Figueiredo e Silva (2010), a melhor solução quanto ao número de fatores a serem extraídos a partir da AFE é aquela que identifica o menor número de fatores e que maximiza a quantidade de variância explicada. Hair et al. (2009) sugerem o nível de 60% ou mais como patamar mínimo de aceitabilidade e que é contemplada neste estudo.

O primeiro fator extraído apresentou as mesmas dimensões, como proposto no modelo de Sherbourne & Stewart (1991), as quais foram agregadas em um só fator (informação/emocional). O resultado da AFE aqui presente corrobora com o estudo de validade da escala de apoio social proposto por Requena et al. (2007), ao revelar através da análise fatorial exploratória a existência de três fatores (emocional/informação; afetivo; material) capazes de explicar 65% da variabilidade global dos dados.

A variabilidade composta do estudo apresentou a existência de consistência interna e que segundo Hair et al. (2009), valores de confiabilidade composta de 0,7 ou mais, indicam que todas as medidas consistentemente representam o mesmo construto latente e no que diz respeito à variância extraída, valores de 0,5 ou mais sugerem uma convergência adequada.

Os resultados sugerem uma escala de apoio social com menor número de itens exclusivamente para hipertensos adultos, a fim de melhorar o ajuste do modelo, em três fatores.

## **Conclusão**

A escala de apoio social de usuários hipertensos aqui avaliados apresentou aplicabilidade, fidedignidade, validade satisfatória e de fácil uso recomendado para a sua utilização em hipertensos cadastrados na APS. A partir do modelo final validado, obteve-se a versão final do instrumento e, portanto poderá ser utilizado em contextos de saúde com características similares às observadas para o município do estudo.

## **Referência**

- BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; ERDMANN, A. L. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 595-601, 2008.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, Aug. 2001.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015.
- GRIEP, R. H.; CHOR, R. D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 379-385, June 2003a.
- HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. Bookman, 6<sup>o</sup> ed., Porto Alegre, 2009.
- MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2263-2274, Aug. 2013.
- PAES, N. A.; SILVA, C. S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; LIMA, J. O. Avaliação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: Um estudo de validação. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.
- REQUENA, G. C.; SALAMENRO, M.; GIL, F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con câncer. **Med Clin**, v. 128, n. 18, p. 687-691, Dez. 2007.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v. 38, p. 705-14, 1991.
- SILVEIRA, L. M. C. da; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, Feb. 2005.
- WEBER, M. A. et al.,. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Clin Hypertens**, Greenwich, v. 16, n.1, p. 14-26, Jan. 2014.