

# ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

José Luis Pais Ribeiro



José Luís Pais Ribeiro

**ESCALA DE SATISFAÇÃO  
COM O SUPORTE SOCIAL**

Titulo: *Escala de Satisfação Com O Suporte Social.*

1ª Edição. Janeiro 2011.

ISBN: 978-989-8463-14-2

Capa: Placebo Editora

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Suporte social formal e informal</b>	<b>2</b>
<b>Componentes, aspectos e dimensões do suporte social</b>	<b>2</b>
<b>Aspectos diferenciais do suporte social</b>	<b>4</b>
<b>Suporte social, saúde e doenças</b>	<b>4</b>
<b>Efeitos do suporte social na saúde</b>	<b>5</b>
<b>Modelos de impacto negativo do suporte social</b>	<b>6</b>
<b>O social variável independente <i>versus</i> variável dependente da saúde</b>	<b>6</b>
<b>Avaliação do suporte social</b>	<b>7</b>
<b>Construção da Escala</b>	<b>8</b>
<i>O questionário</i>	8
<i>Versão final da ESSS</i>	8
<b>Resultados</b>	<b>10</b>
<i>Validade discriminante</i>	11
<i>Validade concorrente</i>	12
<b>Algoritmo de cotação da ESSS</b>	<b>14</b>
<i>Protocolo</i>	15
<b>Conclusão</b>	<b>15</b>
Referências	16
<b>Escala de Satisfação Com O Suporte Social</b>	<b>22</b>

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para se referir ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento

de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

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

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

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

### **Suporte social formal e informal**

Segundo Dunst e Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

### **Componentes, aspectos e dimensões do suporte social**

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

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

1. Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social;
2. Existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como clubes;
3. Frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face;
4. Necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo;
5. Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes;
6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita;
7. Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita;
8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita;
9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido;
10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com

os membros que disponibilizam suporte social;

11. Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

### **Aspectos diferenciais do suporte social**

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

### **Suporte social, saúde e doenças**

A crença que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde está bem apoiada (Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead, et al., (1983), concluiu-se pela existência de forte correlação entre as duas variáveis. Schwarzer, e Leppin (1989; 1991), em revisão de investigações mostram, numa meta-análise sobre 55 estudos publicados entre 1976 e 1987, que incluíam uma amostra total de 32739 indivíduos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, valores das correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) entre  $r = -0,60$  e  $r = 0,23$ . A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Berkman e Syme (1979), com os resultados do Estudo Alameda mostram evidências fortes entre os padrões de interacção social, os níveis de suporte social, e quer a longevidade quer a mortalidade. Sarason et al. (1985)

concluem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar. Hohaus e Berah (1996) verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida. Ganster et al., (1986) numa investigação em que pesquisa o papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho, conclui haver relação entre componentes do suporte social e queixas somáticas. Kessler et al, (1985) numa revisão de investigação concluem que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais. O mesmo é defendido por Ornelas (1996). Ell et al., (1992), num estudo abrangendo uma amostra sequencial de 369 doentes com cancro, concluem que há evidência substancial de relação entre o suporte social e as relações sociais, e a sobrevivência de pessoas com cancro. Hanson, et al, (1989), num estudo envolvendo 621 indivíduos idosos, concluem "haver um efeito causal entre as redes sociais e o suporte social e a mortalidade"(p.109). Thomason et al. (1996) verificam o suporte social, embora mediado por outras variáveis influencia a emergência de sintomas em doentes com SIDA. Blaney et. al. (1997) verificaram que o aumento do suporte social tem impacto positivo nas manifestações psicológicas associadas à SIDA. Friedman et al. (2006) e Wong, Looney, Michaels, Palesh, e Koopman, (2006) verificam que o suporte social atenua o impacto do diagnóstico e tratamento do cancro. Lett et al. (2007) verificaram que o suporte social estava associado a melhores resultados em doentes cardíacos. Anderson, Wojcik, Winett, e Williams, (2006) e Mowen, Orsega-Smith, Payne, Ainsworth, e Godbey (2007), verificam que o suporte social é a variável que melhor prediz a adesão a actividades de promoção da saúde.

### **Efeitos do suporte social na saúde**

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

1- O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress- Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador do stress;

2- A não existência de suporte social é fonte de stress - Considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress;

3- A perda de suporte social é um stressor - Considera que se se tem suporte social e se o perde o stress surge;

4- O suporte social é benéfico - É uma perspectiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de stress.

### **Modelos de impacto negativo do suporte social**

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

Dunbar, et al. (1998) seleccionam três alternativas para explicar porque é que o suporte social surge associado com o distresse e com o mal-estar. Sumariam três hipóteses: hipótese de mobilização do suporte, hipótese da desigualdade; hipótese da ameaça à estima.

A hipótese de mobilização do suporte interpreta a relação positiva entre o suporte recebido e o distresse psicológico como um efeito espúrio que derivaria destas duas variáveis estarem associadas a uma terceira, que seria os acontecimentos de vida stressantes.

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

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

### **O social variável independente *versus* variável dependente da saúde**

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

devemos incluir as variáveis sociais, se devemos considerar os aspectos, componentes ou domínios do social como variáveis dependentes da saúde ou como variáveis independentes

Stewart (1993) para se referir às dimensões a integrar como variáveis dependentes na avaliação da saúde, afirma: "poucos discordam acerca das dimensões de saúde físicas e mentais, mas é controverso se a saúde social é conceptualmente equivalente a estas duas dimensões"(p.12). Por exemplo, no *Medical Outcome Study* (Riesenberg, & Glass, 1989), uma investigação com uma grande amostra destinada a avaliar os resultados de saúde, ou o impacto na saúde, das intervenções realizadas em contexto de saúde hospitalares, em que a dimensão "saúde" foi avaliada com o recurso a técnicas que são uma evolução do estudo de Brook et al. (1979), são assumidas duas dimensões de saúde, saúde física e saúde mental, e os aspectos sociais são utilizados como indicadores destas duas dimensões (Stewart, 1993). Ou seja, os aspectos sociais continuam, hoje, a ser objecto de controvérsia, tanto no que diz respeito ao modo de os avaliar, como, que aspectos sociais adoptar, como, ainda, se precede ou procede a saúde. Os instrumentos de avaliação que são utilizados nas investigações para avaliar as diferentes variáveis reflectem a panóplia de social que há no social.

### **Avaliação do suporte social**

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

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

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

à qualidade de vida.

## CONSTRUÇÃO DA ESCALA

A presente escala foi desenvolvida e publicada por Pais-Ribeiro (1999). O estudo original incluía 609 estudantes, entre o 11º ano e final da Universidade, com idades entre os 15 e 30 anos (47% do sexo masculino), de escolas universitárias e do ensino secundário da cidade do Porto. Os participantes responderam a um questionário, anónimo, segundo uma metodologia *mail type*, com uma percentagem de retornos de 86%.

### *O questionário*

A ESSS foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível. Seleccionaram-se 20 itens que reflectissem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente com a que têm com os actores sociais com quem interagem, tais como familiares e amigos, e com as actividades sociais que desenvolvem. Para garantir a validade de conteúdo os itens foram inspeccionados e corrigidos por três juízes. Seguidamente estes itens foram passados aos participantes. Seguidamente procedeu-se à análise em componentes principais (ACP) para verificar, como, de modo empírico, os itens se distribuem pelas escalas. Após a ACP verificou-se se o agrupamento de itens a partir da ACP estava de acordo com os construtos iniciais. De seguida procedeu-se à inspeção da consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas assim construídas. Inspeccionou-se, depois, a validade discriminante e concorrente, ou seja, verificou-se se a correlação dos itens com as escalas da família a que era suposto pertencerem era superior ou inferior às correlações com as de outras famílias.

### *Versão final da ESSS*

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente” (ver no final do texto a versão final da ESSS).

Para efeitos de validação da ESSS recorreu-se a um conjunto de medidas que expressam saúde, bem-estar ou mal-estar ou que estão intimamente

ligadas a essas variáveis. As medidas foram as seguintes: Auto conceito geral avaliado com a adaptação portuguesa do *self perception profile for college students* (Pais-Ribeiro1994b), um questionário de auto preenchimento com 54 itens que se agrupam em 12 sub-escalas, e a resposta é dada numa escala de likert. Neste estudo considerou-se somente a pontuação total.

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

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

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

Saúde geral avaliada com recurso a um item na tradição do que é utilizado na avaliação do estado de saúde no em que o sujeito responde numa escala tipo likert de sete pontos, variando entre o excelente e o péssimo, qual o estado de bem estar físico actual.

Sintomas físicos de mal estar avaliados com recurso a um inventário que inclui 19 itens que constituem sintomas físicos de mal-estar a que os sujeitos respondem quanto à frequência com que os sentem (de diária, várias vezes por semana, semanal uma vez por mês ou menos de uma vez por mês) e, quando ocorrem qual a intensidade com que se manifestam em cinco posições de “extremamente incómodo” até “não é problema”. Foi apenas considerada a pontuação dada pela frequência dos sintomas.

Saúde mental: avaliado com recurso ao inventário de saúde mental, adaptação portuguesa (Pais-Ribeiro, 2001) do Mental Health Inventory (Veit & Ware, 1983). É um inventário com 38 itens, auto-preenchidos, que avaliam cinco dimensões, depressão, ansiedade, comportamento e controlo emocional, afecto positivo, com consistências internas (para a versão portuguesa) predominantemente na casa dos 0,80 a 0,90 e com a um alfa da escala total de 0,96. A resposta é dada numa escala de Likert variando entre cinco e seis posições. Neste estudo considerou-se somente a pontuação total.

Percepção geral de saúde: avaliada com recurso a uma adaptação da

*General Health Perception Battery* (Brook et. al. 1979), inclui 32 itens auto preenchidos, agrupados em oito dimensões, que são respondidos numa escala tipo Likert com cinco posições. Neste estudo considerou-se somente a pontuação total.

## RESULTADOS

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

### Quadro 1

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

ITENS	SA	IN	SF	AS
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	0,72			
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	0,74			
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	0,79			
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	0,74			
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	0,56			
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio		0,50		
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer		0,78		
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio		0,76		

de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer				
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas		0,69		
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família			0,79	
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família			0,73	
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família			0,85	
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria				0,42
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam				0,68
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)				0,84
<i>Eigenvalue</i>	5,24	1,81	1,30	1,09
Variância (total=63%)	35%	12,1%	8,7%	7,3%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = 0,85)	0,83	0,74	0,74	0,64

SA- Satisfação com amizadas; IN- intimidade; SF- satisfação com família; AS- actividades sociais

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

O componente que melhor explica o resultado da escala é o primeiro “satisfação com amizades/amigos” com mais de metade da variância total explicada, embora tal em parte se deva a características do procedimento estatístico em que o primeiro componente tende a explicar a esmagadora maioria da variância.

### *Validade discriminante*

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

Quadro 2

Validade discriminante dos itens do ESSS

ITENS	SA	IN	SF	AS	Tot
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<b>0,76</b>	0,44	0,11	0,46	0,65
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<b>0,80</b>	0,48	0,18	0,40	0,68
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<b>0,80</b>	0,41	0,26	0,50	0,70
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<b>0,81</b>	0,46	0,24	0,46	0,71
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<b>0,70</b>	0,47	0,17	0,28	0,60
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0,45	<b>0,68</b>	0,27	0,37	0,62
Quando preciso de desabafar com alguém encontro	0,49	<b>0,78</b>	0,11	0,28	0,61

facilmente amigos com quem o fazer					
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0,47	<b>0,77</b>	0,21	0,29	0,63
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0,35	<b>0,76</b>	0,10	0,37	0,56
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	0,18	0,21	<b>0,79</b>	0,08	0,38
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0,21	0,15	<b>0,78</b>	0,11	0,38
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0,24	0,19	<b>0,85</b>	0,17	0,45
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0,50	0,37	0,10	<b>0,74</b>	0,59
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	0,51	0,44	0,14	<b>0,80</b>	0,65
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0,25	0,20	0,09	<b>0,75</b>	0,43

SA- Satisfação com amizades; IN- intimidade; SF- satisfação com família; AS- actividades sociais; Tot- escala total

A observação do quadro 2 mostra que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence (em carregado) e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. O segundo valor mais elevado é, sempre, com o resultado da escala total que resulta da soma de todas as escalas.

O quadro 3 apresenta a correlação entre a pontuação da escala total e as pontuações das sub-escalas que compõem a ESSS.

Quadro 3

Correlação entre as pontuações das sub-escalas e escala total

Escala e sub-escalas do ESSS	SA	IN	SF	AS
<i>Escala total</i>	0,86	0,80	0,50	0,72
Satisfação com amizades		0,58	0,25	0,55
intimidade			0,22	0,44
satisfação com família				0,15

SA- Satisfação com amizades; IN- intimidade; SF- satisfação com família; AS- actividades sociais.

Verifica-se que as sub escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as relativas aos amigos, com cada uma delas por si só a explicar mais de dois terços da variância da escala total. Tal parece contrariar a investigação já referida que afirma que o suporte social mais importante nos jovens é a família.

### *Validade concorrente*

Investigou-se a validade concorrente com medidas de saúde e bem-estar e com medidas de mal-estar. A ideia subjacente é a de que a ESSS deve estar

associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja, deve predizer resultados positivos (correlação positiva estatisticamente significativa) das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos (correlação negativa estatisticamente significativa) com medidas indicadoras de mal estar. Simultaneamente os valores da correlação, embora significativos, não devem ser tão elevados de molde a parecer que são a mesma medida. O valor critério considerado é que não deve exceder valores de correlação de 0,60, ou seja uma pontuação não deve predizer mais de um terço da outra. O quadro 4 mostra a correlação entre as diversas medidas consideradas:

Quadro 4

Correlação entre ESSS e medidas critério

	SA	IN	SF	AS	Tot
Auto conceito	$r = 0,41$ (576) $p < 0,0001$	$r = 0,44$ (579) $p < 0,0001$	$r = 0,29$ (574) $p < 0,0001$	$r = 0,35$ (575) $p < 0,0001$	$r = 0,51$ (565) $p < 0,0001$
Gravidade dos acontecimentos	$r = -0,12$ (249) $p < 0,05$	$r = -0,14$ (249) $p < 0,03$	$r = -0,28$ (247) $p < 0,0001$	n.s.	$r = -0,21$ (245) $p < 0,002$
Acontecimentos	$r = -0,11$ (547) $p < 0,006$	$r = -0,13$ (551) $p < 0,002$	$r = -0,23$ (546) $p < 0,00001$	$r = -0,11$ (547) $p < 0,02$	$r = -0,19$ (536) $p < 0,0001$
Auto eficácia	$r = 0,38$ (586) $p < 0,0001$	$r = 0,43$ (590) $p < 0,0001$	$r = 0,25$ (586) $p < 0,0001$	$r = 0,27$ (586) $p < 0,0001$	$r = 0,46$ (576) $p < 0,0001$
Saúde	$r = 0,18$ (605) $p < 0,0001$	$r = 0,14$ (608) $p < 0,0001$	$r = 0,10$ (603) $p < 0,009$	$r = 0,15$ (604) $p < 0,0001$	$r = 0,19$ (594) $p < 0,0001$
Mal estar	$r = -0,18$ (580) $p < 0,0001$	$r = -0,25$ (584) $p < 0,0001$	$r = -0,28$ (579) $p < 0,0001$	$r = -0,18$ (580) $p < 0,0001$	$r = -0,30$ (569) $p < 0,0001$
Saúde mental	$r = 0,40$ (593) $p < 0,0001$	$r = 0,50$ (584) $p < 0,0001$	$r = 0,34$ (593) $p < 0,0001$	$r = 0,36$ (594) $p < 0,0001$	$r = 0,55$ (584) $p < 0,0001$
Percepção de saúde	$r = 0,21$ (589) $p < 0,0001$	$r = 0,25$ (593) $p < 0,0001$	$r = 0,21$ (589) $p < 0,0001$	$r = 0,17$ (589) $p < 0,0001$	$r = 0,29$ (579) $p < 0,0001$

SA- Satisfação com amizades; IN- intimidade; SF- satisfação com família; AS- actividades sociais; Tot- escala total.

Auto conceito- Auto conceito geral; Gravidade dos acontecimentos- Gravidade que atribui aos acontecimentos de vida; Acontecimentos- acontecimentos de vida; Auto-eficácia - auto eficácia geral; saúde- saúde geral; Mal-estar- sintomas físicos de mal estar; Saúde mental- saúde mental; Percepção de saúde -percepção geral de saúde

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

A análise do quadro evidencia valores controversos em que as sub-escalas ligadas aos amigos apresentam maior correlação com algumas medidas de saúde, bem-estar, ou mal-estar, enquanto as sub-escala ligada à família apresenta maior correlação com outras medidas de saúde, bem-estar, ou

mal-estar. Tal resultado aponta para a necessidade de aprofundar estas relações de modo a apurar as medidas de suporte social.

### **Algoritmo de cotação da ESSS**

A “Escala de Satisfação com o Suporte Social” é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões, sub-escalas ou factores:

O primeiro, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) que têm uma consistência interna de 0,83.

O segundo, baptizado “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6) que têm uma consistência interna de 0,74

O terceiro, baptizado “satisfação com a família”(SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11), que têm uma consistência interna de 0,74

O quarto, baptizado “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8) que têm uma consistência interna de 0,64.

A ESSS fornece, então, cinco pontuações, uma por cada dimensão mais uma global resultante do agrupamento de todas as dimensões.

A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada factor, dimensão ou sub-escala. A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A escala total mostra uma consistência interna de 0,85.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”.

A escala inclui itens invertidos que são os seguintes: itens, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15. Estes receberão o valor “1” nos itens assinalados em “E” e “5” nos assinalados em “A”

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários. Ou seja todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário.

Para encontrar a pontuação de cada dimensão ou sub-escala ou da escala global deverá somar os itens que a constituem.

Dado que o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão são diferentes. Se for necessário fazer

comparações será apropriado converter as pontuações entre “0” e “100”, correspondendo o valor “0” à pontuação mais baixa possível da dimensão e “100” à mais elevada possível. Para tal, quando o programa de cálculo utilizado não o faz automaticamente pode recorrer-se a uma regra de três simples.

Para os itens das escalas ou dimensões referidas deverá, depois de inverter os itens indicados proceder do seguinte modo:

Compute

satisfação com amigos = item 3 + item 12 + item 13 + item 14 + item 15

Compute

intimidade = item 1 + item 4 + item 5 + item 6

Compute

satisfação com a família = item 9 + item 10 + item 11

Compute

actividades sociais = item 2 + item 7 + item 8

Para a pontuação total deverá:

Compute = satisfação com amigos + intimidade + satisfação com a família + actividades sociais.

### *Protocolo*

A ESSS é uma escala de auto-preenchimento. Pode ser de preenchimento assistido, ou seja, o respondente pode preencher a escala na presença do entrevistador e este, se necessário, pode apoiar o preenchimento, mas sem influenciar a resposta. Isto pode ser necessário para pessoas pouco letradas ou que tenham momentaneamente dificuldades sensoriais (por exemplo esquecer-se dos óculos). Pode ser também passada por entrevista (por exemplo pelo telefone. Em qualquer caso, o entrevistador não deve influenciar a resposta com orientações para o preenchimento. Pode ainda ser preenchida mediante envio por correio ou por computador.

### **Conclusão**

O estudo apresentado propõe uma escala de avaliação da satisfação com suporte social percebido, e a sua relação com a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar. A escala inclui várias dimensões, e mostra que é fiel e válida para a população Portuguesa.

## REFERÊNCIAS

Anderson, E., Wojcik, J., Winett, R., & Williams, D. (2006). Social-Cognitive Determinants of Physical Activity: The Influence of Social Support, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Self-Regulation Among Participants in a Church-Based Health Promotion Study. *Health Psychology, 25* (4), 510–520

Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E., & Arena, J. (1984). Psychometric properties of SUNYA revision of the Psychosomatic Symptom Checklist. *Journal of Behavioral Medicine, 7* (2), 247-257.

Berkman, L.F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.

Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health, 5*, 413-432.

Blaney, N., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: the role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health, 12*, 633-653..

Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117*(5), 521-537.

Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams, & Johnston, S. (1979) Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care, 17*(7), (supplement).

Bruhn, J. G. & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine, 7*(2), 151-169.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104* (2), 107-123.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health. (Vol. IV)*. (pp253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in

the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.

Cox, D., Freundlich, A., & Meyer, R. (1975). Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(6), 892-898.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.

Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt of social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.

Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. (pp.326-349). New York: Cambridge University Press.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531-541.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Friedman, I., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M., & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603

Ganster, D.C., Fusilier, M. R., & Mayes, B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71(1), 102-110.

Greene, J., Walker, L., Hickson, G., & Thompson, J. (1989). Stressful life events and somatic complaints in adolescents. In: T.W. Miller (Edtr.) *Stressful life events*. (pp.633-642). Madison: International Universities Press, Inc.

Hanson, B., Isacson, S., Janzon, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology*, 130 (1), 100-111.

Heitzmann, C.A., & Kaplan, R.M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7 (1), 75-109.

Henly, J. (1997). The complexity of support: the impact of family structure and provisional support on African American and white adolescent mothers' well-being. *American Journal of Community*

*Psychology*, 25, 629-655.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In: M.M.Faber & A.M.Reinhardt (Eds.) *Promoting health through risk reduction*. New York; Collier MacMillan Publishers.

Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.

Johnson, G., & Johnson, W. (1997). Perceived overqualification, emotional support and health. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1906-1918.

Jouguin, E., & Davies, M. (1980). *Student distress: a study of problems experienced by students at the University of Saskatchewan*. Saskatchewan: University of Saskatchewan.

Kaplan, B., Cassel, J., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.

Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Lau, R., & Ware, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 11(11), 1147-1158.

Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Catellier, D., Carney, R., Berkman, L., Burg, M., Mitchell, P., Jaffe, A., & Schneiderman, N. (2007). Social Support and Prognosis in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering From Myocardial Infarction. *Health Psychology*, 26 (4), 418-427.

Mechanic, D., & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 364-374.

Mowen, A., Orsega-Smith, E., Payne, L., Ainsworth, B., & Godbey, G. (2007). The Role of Park Proximity and Social Support in Shaping Park Visitation, Physical Activity, and Perceived Health Among Older Adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 4, 167-179.

Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver.

Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32(7), 767-771.

Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise*

*Psicológica*, 2-3(XIV), 263-268.

Pais-Ribeiro, J.L. (1994a) A importância da família como suporte social na saúde. In: L Almeida, & I.Ribeiro (Org.) *Família e desenvolvimento*. Portalegre: APPORT

Pais-Ribeiro, J.L.(1994b). Adaptação do "Self-perception profile for college students" à população portuguesa: sua utilização no contexto da psicologia da saúde. In: L.Almeida e I.Ribeiro (Edts.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp129-138). Braga: APPORT.

Pais-Ribeiro, J.L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral In: L.Almeida e I.Ribeiro (Edts.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp163-176). Braga: APPORT.

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

Pais-Ribeiro, J.L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.

Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*,22,337-356.

Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Couson, F., Giliard, J., & Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: adaptation française do questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q.. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*,33, 35-51.

Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.

Riesenberg, D., & Glass, R. (1989). The Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262(7), 943.

Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.

Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health. (Vol. IV)*. (pp279-300). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

Sarason, I.G., Sarason, B., Potter III, E., & Antoni M. (1985). Life

events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-163.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3(1), 1-15.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

Sherer, M., Madux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Singer, J.E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp.269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Stewart, A. (1993). The Medical Outcomes Study framework of health indicators. In: A. Stewart & J. Ware (Eds.) *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach* (pp.12-24). Durham: Duke University Press.

Taylor, S.E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.

Thomason, B., Jones, G., McClure, J., & Brantley, P. (1996). Psychosocial co-factors in HIV illness: an empirical-based model. *Psychology and Health*, 11, 385-393.

Veit, C.T., & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.

Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 437-452.

Walltson, B. S., Walltson, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585.

Walltson, B.S., Walltson, K.A., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170

Weiss, R. (1974). The provisions of social relations. In Z. Rubin (Ed.). *Doing unto others*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.

Wong, M., Looney, M., Michaels, J., Palesh, O., & Koopman, C. (2006). A preliminary study of peritraumatic dissociation, social support, and coping in relation to posttraumatic stress symptoms for a parent's cancer. *Psycho-Oncology* 15, 1093–1098.

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E