

Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS)

Serafim Carvalho^{1,2}, José Pinto-Gouveia², Paulo Pimentel^{3,5},
Dulce Maia³ & Jorge Mota-Pereira^{1,4}

A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), originalmente desenvolvida por Zimet, Dahlem, Zimet, e Farley (1988), foi criada para avaliar subjectivamente o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos. Neste trabalho apresentam-se as características psicométricas da versão portuguesa da MSPSS. A escala foi avaliada num grupo de estudantes (n = 454), num grupo da população geral (n = 261) e num grupo de doentes com depressão major (n = 100). A análise factorial demonstrou a existência de três factores (*Família, Amigos e Outros Significativos*). Igualmente apresentou uma boa consistência interna, entre .85 e .95, considerando os três factores, os três grupos e ambos os géneros; apresentou uma adequada validade de construto e a estabilidade teste-reteste no grupo de estudantes e população geral apresentou valores entre .40 e .91. Os alfas de Cronbach no reteste oscilaram entre .87 e .95. A presente versão da MSPSS mostrou ter qualidades psicométricas adequadas para ser utilizada em estudantes, em sujeitos da população geral bem como em populações com psicopatologia depressiva, sendo necessária agora a continuação da investigação em outras amostras e utilizando estudos de seguimento.

PALAVRAS-CHAVE: Suporte social, Suporte família, Suporte amigos, Suporte outros significativos, Características psicométricas.

1 Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.- Porto. smicarval@gmail.com

2 CINEICC - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

3 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Vila Real

4 Escola de Psicologia da Universidade do Minho

5 Universidade Lusófona – Porto

1. Introdução

Desde meados dos anos setenta (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991) tem havido um aumento do interesse sobre o papel do suporte social no contexto dos mecanismos de superação ou *coping*. Vários investigadores demonstraram que a ausência de suporte apropriado está directamente relacionada com a gravidade de sintomas físicos e psicológicos, actuando inversamente quando presente, como barreira entre acontecimentos de vida stressantes e sintomas (Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant, 1978; Barrera, 1981; Wilcox, 1981). Porém algumas questões ficam por responder, uma consiste no estudo dos seus fundamentos, outra surge na altura de estabelecer qual a melhor forma de definir suporte social, outra inerente a esta, consiste na dificuldade da sua mensuração.

1.1. Suporte social - perspectiva evolucionária

A aptidão para prestar e receber cuidados é a base do suporte social e está provavelmente relacionada com necessidades evolutivas das espécies, podendo ser consideradas estratégias evolucionárias biosociais. Entre conspecíficos, as regras de interacção social são vitais para o grupo e para cada indivíduo, por esse facto, durante a evolução hominídea desenvolveram-se igualmente formas de analisar sinais sociais. A interacção entre motivações, emoções, rotinas de processamento de informação e comportamentos, originam diferentes padrões internos de actividade neurofisiológica que podem ser designados como mentalidades sociais (Gilbert, 1989, 1995). Estas por sua vez ajudam na criação de papéis sociais que resolvem formas particulares de desafios sociais como: obtenção de cuidados, prestação de cuidados, formação de alianças, posto social ou hierarquias de dominância/submissão (mentalidade de ranking) e papel sexual (Gilbert, 2005).

As mentalidades de obter e de prover cuidados possibilitam processos básicos como seja a vinculação. Por outro lado sabe-se que a capacidade de utilização de suporte social disponível se encontra relacionada com o estilo de vinculação (Brown & Harris, 1978; Brown et al., 1986). Estudos neurofisiológicos têm demonstrado que o processo de vinculação é mediado pela oxitocina (Carter, 1998; Tops et al., 2007) que tem uma acção antagonizadora da resposta de stress inibindo por exemplo o cortisol. Por outro lado, a dificuldade em desenvolver relações afiliativas pode ter um impacto negativo ao reduzir o mecanismo de amortecimento dos efeitos do stress conseguido pelo suporte social (Carter, 1998).

Vários estudos demonstraram as funções evolucionárias do suporte social. Em primeiro lugar, no *modelo de negociação da depressão* (Hagen, 1999), o autor defende que a depressão é em si mesma uma adaptação, um pedido de ajuda i.e., solicitação de suporte social, ou em última análise uma estratégia de negociação. Hagen (1999) chega a comparar os efeitos da depressão aos de uma greve

laboral (*the bargaining model of depression*), dando como exemplo a depressão do pós-parto. O autor fundamenta-se no facto de mais de meia centena de estudos relacionarem a depressão no pós-parto com problemas de suporte social e conjugais de vários tipos, bem como a previsão pela mãe de dificuldades no parto, pós-parto, ou com a saúde e qualidades do recém-nascido.

Na depressão assume-se que certos mecanismos de defesa adaptativos apesar de activados, estão inibidos, particularmente os mecanismos de fuga e luta (Gilbert & Allan, 1998). Quanto ao comportamento de *procura de ajuda*, é bem conhecida a sua relação com a depressão, quando está inibido i.e., falta de confidente ou de suporte social, o risco de depressão aumenta (Brown & Harris, 1978; Patten, 1991).

Em segundo lugar, o comportamento suicida segundo o modelo do *grito de dor* (Williams, 2001) é entendido como uma resposta comportamental para uma situação stressante com três componentes: sentimento de derrota, ausência de hipótese de fuga (*entrapment*) e ausência de possibilidade de ajuda externa (suporte social). Além disso, o modelo prevê um papel moderador do suporte social na relação entre *entrapment* e ideação suicida. Vários estudos têm replicado a validade do modelo em diversos contextos. O'Connor (2003) encontrou base para o modelo num estudo de caso-controlo para comportamento suicida; Rasmussen et al., (2009) verificaram o mesmo padrão numa amostra de sujeitos com um primeiro episódio e episódios repetidos de auto-mutilação.

1.2. Definição e multidimensionalidade do suporte social

O suporte social é um construto de definição complexa: abarca vários tipos e categorias, provém de diversas fontes, possui diferentes dimensões e componentes.

Pode ser caracterizado como uma provisão de recursos entre prestador e receptor ou beneficiário, como forma de promover o bem-estar do receptor (Brownell & Shumacher, 1984). Por outro lado, nem sempre os recursos fornecidos pelos outros tem efeitos positivos no beneficiário, podem ter igualmente efeitos negativos (Cohen & Syme, 1985).

O suporte social inclui os vários tipos de apoio que uma pessoa recebe efectivamente dos outros sendo geralmente classificados em três categorias: suporte emocional, instrumental e informacional.

O suporte emocional de um dado sujeito refere-se à existência de pessoas em quem pode confiar, que revelam preocupar-se, valorizam e mostram gostar da pessoa, fazendo normalmente elevar a sua auto-estima. O suporte social emocional é por vezes denominado como *psicológico* (Cohen & McKay, 1984). O suporte instrumental inclui todos os tipos de apoio tangível que os outros

podem prover, compreendendo por exemplo apoio financeiro, apoio no cuidado dos filhos, da casa ou facilitando transporte. O suporte informacional é por vezes incluído no suporte social instrumental e refere-se à ajuda que os outros podem proporcionar através do fornecimento de informações. O suporte social abrangido nas duas últimas categorias é por vezes referido como *não-psicológico* (Cohen & McKay, 1984).

A aparente simplicidade destes conceitos foi abalada há alguns anos quando Sarason, Sarason e Pierce (1990) salientaram a polémica existente entre o apoio social *percebido* e o apoio social *recebido* efectivamente. O apoio social percebido é então conceptualizado em termos cognitivos: o indivíduo tem a percepção de que é amado, de que tem a quem recorrer em caso de necessidade (Cramer, Henderson & Scott, 1997). Por outro lado, estes autores distinguem entre *suporte social descrito* e *suporte social avaliado*, o primeiro refere-se à presença de um dado procedimento de suporte social disponível, o segundo refere-se à avaliação desse mesmo procedimento de suporte i.e., se é percebido pelo beneficiário como sendo aceitável ou útil (Cramer, Henderson, & Scott, 1997).

É usual distinguir duas fontes de suporte social: *informal* e *formal* (Dunst & Trivette, 1990). O suporte social informal inclui indivíduos e.g., familiares, amigos, vizinhos ou religiosos, bem como associações e.g., clubes, igreja ou corporações caritativas, que são susceptíveis de fornecer suporte em resposta a acontecimentos ou dificuldades de vida. As fontes de suporte social formal abarcam tanto organizações sociais e.g., hospitais ou programas de apoio estatal, bem como os profissionais e.g., médicos, assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros, que estão organizados para fornecer cuidados.

Existe um razoável consenso acerca da multidimensionalidade do suporte social, bem como acerca do facto de determinados aspectos do suporte social terem impacto diferencial no bem-estar, saúde e doença dos indivíduos. Tardy (1985) subdividiu o suporte social em cinco dimensões-chave, i) direcção e.g., o suporte pode ser dado ou recebido, ii) disponibilidade e.g., avaliação vs utilização de recursos de suporte, iii) descrição vs satisfação com o suporte, iv) conteúdo e.g., qual o tipo do suporte e v) rede social e.g., qual dos sistemas sociais fornece o suporte.

Finalmente Dunst e Trivette (1990) citado por Pais-Ribeiro (1999) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados, i) componente constitucional e.g., inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente, ii) componente relacional e.g., estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais, iii) componente funcional e.g., suporte disponível, tipo de suporte (por exemplo emocional, informacional, instrumental, material, qualidade do suporte (tal como o desejo de

apoiar) e a quantidade de suporte, iv) componente estrutural e.g., proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência e v) componente satisfação e.g., utilidade e ajuda fornecida.

1.3. Efeitos e mecanismos do suporte social na doença, saúde e bem-estar.

Um aspecto não consensual diz respeito à questão sobre o modo como actua o suporte social em relação à doença, saúde e bem-estar (Singer & Lord, 1984). Várias hipóteses têm sido exploradas, i) o papel quanto ao seu efeito directo vs amortecimento do impacto dos acontecimentos e dificuldades de vida, ii) a sua natureza, iii) o seu efeito curativo, iv) o seu efeito de promoção da saúde, v) a sua perda como stressor, vi) bem como a inexistência de suporte social como fonte de stress.

Existem algumas evidências que apoiam a hipótese que o suporte social pode produzir efeitos directos benéficos, independentes dos níveis de stress ou problemas pessoais (Broadhead, Gehlbach, DeGruy, & Kaplan, 1983). Por outro lado, alguns autores defendem que o suporte social actua primariamente como amortecedor do impacto nefasto do stress (Bolger & Amarel, 2007; Callaghan & Morrissey, 1993; Cohen, 2004; Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & McKay, 1984). É possível que ambas as hipóteses sejam válidas. Isto é, o suporte social pode ser útil em todas as circunstâncias, sendo particularmente protector aquando da ocorrência de acontecimentos stressantes (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Em conclusão, o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência de fontes de stress.

Quanto à natureza do suporte, várias teorias foram propostas. Thoits (1986) sugeriu que o suporte social actua primariamente como mecanismo de superação ou *coping*. Especificamente, Thoits levantou a hipótese que o impacto deletério de situações stressantes é, só por si, modificado. Por exemplo, quando outras pessoas ajudam alguém a mudar a situação (isto é, providenciar cuidados a crianças de pais sobrecarregados de trabalho), alteram o significado do acontecimento stressante (isto é, ajudando um amigo a ver uma situação stressante sob outro prisma menos angustiante), ou mudar a resposta afectiva individual ao agente stressante (por exemplo, providenciar um analgésico a alguém que está com dores). Outros propuseram que suporte social intervém pela promoção da auto-estima e pelo sentimento de controlo do meio, ajudando a criar experiências emocionais positivas e reduzindo os efeitos negativos do stress (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). De novo, tal como quanto ao efeito directo vs resistência, as hipóteses não são mutuamente exclusivas.

Ajuda material concreta, providenciada pelos outros, suporte emocional, bem como a promoção da auto-estima podem constituir aspectos importantes do funcionamento do suporte social.

O foco do suporte social i.e., o efeito terapêutico e preventivo, foi abordado por Cohen e Syme (1985), estes autores avaliaram o impacto do suporte social nas doenças, quer na sua etiologia quem na recuperação do estado de doença. O suporte social é concebido por estes autores como um factor positivo que contribui, quer para manter o estado de saúde, quer para recuperar do estado de doença. Foram avançadas diferentes propostas no que respeita ao mecanismo do efeito positivo do suporte social na saúde. Pela promoção da auto-estima e de sentimentos positivos, o suporte social indirectamente pode fortalecer o sistema imunitário, acelerando o processo de recuperação da doença e reduzindo a susceptibilidade ao desenvolvimento de doença (Awasthi & Mishra, 2007; Cohen & Syme, 1985; Jemmott & Locke, 1984). Certo tipo de suporte social i.e., certas qualidades da rede de apoio podem também contribuir para a manutenção e recuperação do estado de saúde ao promover comportamentos saudáveis (por exemplo, adesão aos cuidados de saúde prescritos e.g., cessação tabágica). A investigação é consensual sobre a importância do suporte social para a saúde (Berkman & Glass, 2000; Cohen & Lemay, 2007; Diong et al., 2005; Gottlieb, 1985; Harris, Brown, & Robinson, 1999). Existem autores que defendem que a perda de suporte social é em si mesmo um stressor. Quando se tem suporte social e este se perde, tal como quando ocorre um acontecimento ou dificuldade de vida, por exemplo, a perda de confidente, perda material e em geral as perdas relevantes, surge stress. Igualmente, a não existência de suporte social é em si mesma gerador de stress.

A investigação genericamente tem evidenciado que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stress na saúde, está associado com redução do bem-estar, ou com o agravamento do efeito dos stressores, considerando quer os aspectos relacionados com a sua adequação, a sua inexistência ou a sua perda (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998).

Outro aspecto relevante consiste no efeito diferencial do suporte social i.e., diversos aspectos do suporte social têm impacto diferente, por exemplo consoante o grupo etário. Num estudo, os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo dos 30-49 anos e a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos (Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991); igualmente, verificou-se em adolescentes que os pais constituíam a principal fonte de suporte (Vilhjalmsson, 1994; Henly, 1997); ou que, para a população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família (Pais-Ribeiro, 1994).

1.4. Avaliação do suporte social

Como foi explicitado, o suporte social tem mostrado ser uma variável importante para a doença, saúde e bem-estar. Contudo não há unanimidade quanto à sua avaliação. Do mesmo modo também é difícil perceber a relação entre as diversas metodologias utilizadas para o avaliar (Pais-Ribeiro, 1999).

Uma enorme variedade de escalas para avaliar o suporte social está descrita na literatura, quer utilizando estratégias mais quantitativas do suporte social, quer utilizando avaliação qualitativa. Várias evidências apontam para a existência de uma relação inversa significativa entre avaliação quantitativa de suporte social e estados de depressão ou ansiedade (Brandt & Weinert, 1981; Corna, Cairney, & Streiner, no prelo; Nunes, 2004; Sarason, Sarason, Potter & Antoni, 1985; Van Dorn et al., no prelo). No entanto, a maioria dos autores verificaram que o suporte social percebido é melhor preditor do estado psicológico do que a medida objectiva de suporte social (Barrera, 1981; Brandt & Weinert, 1981; Sarason et al., 1985; Wethington & Kessler, 1986; Wilcox, 1981). Tal como Sarason et al. (1985) sugeriram, é possível que a grandeza do suporte social e a satisfação com o apoio recebido por esse suporte sejam duas dimensões diferentes do suporte social, cada uma destas independentemente importantes no que respeita aos mecanismos de superação.

Recentemente, tem-se vindo a demonstrar um crescente interesse no uso da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) para a avaliação do suporte social (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Chou, 2000; Eker, Arkar, & Yaldiz, 2000; Mantuliz & Castillo, 2002; Martinez et al., 2010). A MSPSS foi originalmente desenvolvida para estudantes universitários (Zimet et al., 1988) e mais tarde validada em várias amostras de populações, incluindo grávidas, adolescentes, idosos, médicos internos, doentes psiquiátricos e doentes com várias outras condições médicas (Cicero, Lo Coco, Gullo, & Lo Verso, 2009; Gladstone, Parker, Malhi, & Wilhelm, 2007; Kazarian & McCabe, 1991; Micozkadioglu et al., 2006; Stanley, Beck, & Zebb, 1998; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990).

Várias outras escalas foram concebidas mas são de mais difícil aplicação e.g., mais tempo de administração (Barrera, 1981; Brandt & Weinert, 1981; Holahan & Moos, 1983; McFarlane, Neale, Normam, Roy, & Streiner, 1981; Sarason et al., 1983; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981), ou focam-se exclusivamente no aspecto objectivo ou quantitativo do suporte social (Andrews et al. 1978; Donald & Ware, 1984).

A escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) foi utilizada para obter a percepção de suporte social adequado por 3 fontes específicas: *família*, *amigos*, e *outros significativos*. Embora outras escalas contenham itens dirigidos à fonte de suporte, a maioria não considera esta como potencialmente separável

em subgrupos distintos. Procidano & Heller (1983) avaliaram os amigos e a família separadamente, mas não incluíram outros elementos significativos como outra categoria. Holahan & Moos (1983) consideraram família e relacionamentos profissionais como fontes distintas de suporte, mas a obtenção de medidas dessas duas áreas requer administração de dois questionários. Por outro lado a MSPSS é um instrumento de investigação simples de utilizar, ideal quando o tempo é limitado e o número de medidas administradas em simultâneo é elevado.

A MSPSS é apresentada como uma escala com consistência interna, validade factorial e validade de construto consideradas adequadas (Zimet et al, 1988). No estudo de validação da versão original da escala foram incluídos 275 estudantes universitários (136 mulheres e 139 sujeitos do género masculino). O estudo mostrou que a MSPSS possuía um alfa de Cronbach de .88, a análise factorial mostrou uma solução com 3 factores (*família, amigos, outros significativos*) moderadamente correlacionados. Quanto à estabilidade temporal, a escala revelou no teste-reteste um valor de r de Pearson de .85.

Os seus autores descreveram originalmente a escala como curta (12 itens no total) e ideal para: (a) investigação que necessite do acesso a múltiplas variáveis; (b) populações que não consigam tolerar, por qualquer razão, um questionário longo. Assim, os itens da MSPSS são facilmente compreensíveis (necessitando de um grau de escolaridade apenas ao nível do 4º ano) e é portanto aplicável a populações jovens ou populações com reduzidos níveis de escolaridade.

Apesar de ser um instrumento curto, a MSPSS permite o estudo de 3 fontes de suporte: *família (F), amigos (A) e outros significativos (OS)*; de forma particular, a subescala OS é única entre as medidas de avaliação referidas. É o sujeito que define quem são os “*outros significativos*”. Canty-Mitchell e Zimet (2000) concordam que a subescala OS é um forte complemento às subescalas família e amigos porque permite associar fontes de suporte do adolescente, tais como namorado, professor e conselheiro; e em adultos: companheiro, cônjuge, religioso ou psicoterapeuta. Diversos estudos que utilizaram a escala, replicaram a estrutura de 3 factores em várias populações (Eker et al., 2000; Kazarian & McCabe, 1991; Stanley et al., 1998). A consistência interna do total da MSPSS e das suas subescalas foi alta. No geral, as subescalas correlacionaram-se significativamente com escalas de depressão e ansiedade, suportando a validade de construto da MSPSS. Dentro das amostras, doentes com patologia mental manifestaram menor suporte social, este resultado, tem vindo a contribuir para a validade de construto da escala (Cecil, Stanley, Carrion, & Swann, 1995; Hoefnagels, Meesters, & Simenon, 2006).

Atendendo aos aspectos positivos em relação a outras medidas de suporte social i.e., suporte social percebido, número de itens, facilidade e tempo de preenchimento,

as dimensões avaliadas, bem como todo um corpo de investigação já disponível, parece-nos uma medida de suporte social adequada e necessária no nosso meio.

Tanto quanto é do nosso conhecimento não foram realizados estudos psicométricos da MSPSS na população portuguesa particularmente em contexto de psicopatologia depressiva.

2. Objectivos

O presente estudo procura, em primeiro lugar, traduzir e adaptar para a língua portuguesa a MSPSS. Em segundo lugar, pretende investigar a sua estrutura factorial num grupo de estudantes, num grupo da população geral e num grupo de doentes com depressão. Em último lugar, pretende-se avaliar as propriedades psicométricas da estrutura factorial obtida, especificamente a análise dos itens, consistência interna e fidelidade teste-reteste.

3. Metodologia

3.1. Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra com três grupos de sujeitos. Um grupo formado por estudantes, outro constituído por sujeitos da população geral e outro grupo constituído por doentes com depressão major seguidos em consulta externa de psiquiatria.

Grupo de Estudantes

No grupo de estudantes foi utilizada uma amostra de conveniência composto por 454 sujeitos (344 do género feminino e 110 do género masculino) provenientes de instituições de Ensino Superior e de escolas profissionais da região Centro e Norte do País, a idade média foi de 20.1 anos (DP = 2.5) e a escolaridade média foi de 13.2 anos (DP = 1.3). Foi pedida autorização à direcção das instituições e após esta foram contactados professores de referência que permitissem a utilização de parte do seu tempo lectivo para a presente investigação. Os alunos foram informados e procedeu-se à marcação de datas. Nesse dia, os alunos presentes foram esclarecidos dos objectivos da investigação e foram convidados a participar, aqueles que aceitaram assinaram um termo de consentimento, realçando a participação voluntária e a confidencialidade. Os questionários foram preenchidos na presença de um dos investigadores.

Grupo da População Geral

No grupo da população geral foi utilizada uma amostra de conveniência composta por 261 sujeitos (144 do género feminino e 117 do género masculino), proveniente de várias empresas privadas e instituições públicas do Centro e Norte do País. A idade média foi de 38.3 anos (DP = 10.2) e a escolaridade média de 12.3 anos (DP = 4.1).

Foi pedida autorização à direcção das empresas e das instituições e após esta, foram contactados quadros intermédios para a ligação aos trabalhadores e marcação de datas. Nesse dia, os trabalhadores foram esclarecidos dos objectivos da investigação e foram convidados a participar. Aqueles que aceitaram assinaram um termo de consentimento, realçando a participação voluntária e a confidencialidade. Os questionários foram preenchidos no mesmo dia ou em data posterior na presença de um dos investigadores.

Grupo de Doentes

A amostra de doentes foi constituída por 100 sujeitos (74 do género feminino e 26 do género masculino) com um novo episódio de depressão major que recorreram à consulta externa do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E. - Porto entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2006. A idade média foi de 39.3 anos (DP = 10.9) e a escolaridade média de 9.9 anos (DP = 3.9). Os doentes enviados pelo médico de família com diagnóstico de depressão que na entrevista clínica confirmaram as suspeitas, foram sujeitos a avaliação diagnóstica de depressão major com a SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). Todos os doentes com o diagnóstico de episódio de depressão major e com um BDI (The Beck Depression Inventory) (Beck, Steer, & Garbin, 1988) igual ou superior a 20, eram elegíveis para entrar no estudo. Aos doentes com diagnóstico de episódio depressivo major e sem critérios de exclusão (i.e., perturbação por dependência de substâncias e perturbações psicóticas) foi solicitada a sua participação na investigação e explicados os objectivos. Os doentes que aceitaram assinaram o termo de consentimento, onde se realçava a voluntariedade da participação e confidencialidade das respostas. O presente estudo foi autorizado pela comissão de ética do hospital do Hospital de Magalhães Lemos.

3.2. Instrumentos

- A *Entrevista Clínica Estruturada para o Diagnóstico das Perturbações do Eixo I do DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, (SCID-I)* (First et al, 1996), foi utilizada para estabelecer o diagnóstico. Recorreu-se

à versão traduzida e adaptada ao Português de Portugal por Maia, Pinto-Gouveia, Carvalho, Pimentel & Guimarães (2006) *in press*.

- A *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* (MSPSS) (Zimet et al., 1988) faz a avaliação subjectiva de apoio social, recolhendo informação acerca do apoio social percebido pelos sujeitos em 3 áreas: *família, amigos* e *outros significativos*. É uma escala de auto-resposta tipo Likert, com 12 itens e 7 categorias de resposta com uma escala de resposta entre: 1 = *discorda completamente* e 7 = *concorda completamente*.

3.3. Procedimento

Em todas as análises foi utilizado o programa SPSS versão 15.0. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas todos os valores com probabilidade associada inferior a .05 (Howell, 2006)

Procurámos seguir a metodologia dos autores para validação da escala, porém foram alterados alguns procedimentos e.g., utilizámos três amostras em vez de uma na validação original. Inicialmente procedeu-se a uma análise factorial com o objectivo de verificar a dimensionalidade da escala, tendo-se utilizado uma análise de componentes principais (Stevens, 1986; Spector, 1994; Tabachnick & Fidell, 2007). Foram dois os critérios para extracção de um factor: valores próprios maiores que 1 antes de rotação (Kaiser, 1960) e utilização de um *scree test* (Cattel, 1966). Em todas as análises foi utilizada rotação oblíqua (Oblimin; delta = 0); como na validação original. Porém em todos os casos a rotação varimax replicou os resultados obtidos confirmando as soluções encontradas.

Procedeu-se de seguida à análise da consistência interna da escala nas três amostras através do cálculo do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). A qualidade dos itens foi verificada através do cálculo da correlação do item com o total da escala excepto o próprio item (Nunnally, 1978).

Seguidamente procedeu-se à avaliação da fidelidade teste reteste através do coeficiente de correlação paramétrico de Pearson (Nunnally, 1978). Para isso foi estudada a estabilidade temporal das escalas num subgrupo da amostra de estudantes (n = 46) e noutra da população geral (n = 30), assim, o preenchimento do questionário foi repetido 3 semanas mais tarde. Para avaliação da validade de construto, foi executada uma análise da variância (ANOVA) de modo a verificar se os doentes apresentavam pontuações inferiores na MSPSS, em relação aos sujeitos das outras duas amostras.

4. Resultados

4.1. Validade de conteúdo da MSPSS

342

Adaptação da medida à língua portuguesa

A MSPSS é composta por 12 itens dos quais 4 avaliam o suporte social percebido com origem na *família* (subescala F), outros 4 avaliam o suporte proveniente dos *amigos* (subescala A), e os restantes 4 o suporte social percebido proveniente de *outros significativos* (subescala OS); existe igualmente uma medida de *suporte social total* (total, T). A cotação de cada uma das 3 subescalas faz-se somando os quatro itens e dividindo por quatro, o valor do total da escala obtém-se somando todos os 12 itens e dividindo por 12. A pontuação máxima de cada subescala bem como do total da escala é 7 (Zimet et al, 1988).

A adaptação da MSPSS envolveu a tradução, retroversão e comparação posterior com a versão original para verificação das possíveis diferenças e retradução final. Neste passo foi tido em atenção sobretudo o conteúdo dos itens. Através de discussões entre especialistas do tema em estudo e com colaboração de peritos nas línguas portuguesa e inglesa, verificou-se se o conteúdo dos itens da versão resultante da tradução tinha o sentido proposto pelos originais. O grupo de especialistas concluiu pela manutenção do número de itens na escala.

Estatística descritiva

As médias e desvios padrão para todos os valores das subescalas e total nas três amostras são apresentados na Tabela 1. Para verificar um possível efeito de género, explorámos nas três amostras a existência de diferenças entre o género feminino e o género masculino nas médias dos quatro valores da escala por meio de testes-*t*.

No grupo de estudantes existiam diferenças significativas nos valores da MSPSS nas três subescalas e na pontuação total. Sendo todas as pontuações mais elevadas no género feminino, na subescala *Família* [$t(452) = -4.027, p = .000, M = 5.94$ vs $M = 5.39$], na subescala *Amigos* [$t(452) = -2.926, p = .004, M = 6.03$ vs $M = 5.69$], na subescala *Outros significativos* [$t(452) = -5.843, p = .000, M = 6.03$ vs $M = 5.49$], e no total da escala [$t(452) = -5.228, p = .000, M = 6.07$ vs $M = 5.52$].

Verificou-se no grupo da população geral a existência de diferenças significativas na subescala *Amigos* [$t(259) = -2.690, p = .008, M = 5.70$ vs $M = 5.24$].

No grupo de doentes não ocorreram diferenças entre os valores das três subescalas e da pontuação total nos dois géneros.

4.2. Dimensionalidade

4.2.1. Estrutura factorial da MSPSS

Na amostra de estudantes o Coeficiente de Kaiser-Meier-Olkin (KMO) obtido de .893 e o valor do Teste de Esfericidade de Bartlett de $\chi^2(66) = 4201.09$, $p = .000$, permitem-nos concluir pela adequação da amostra e da sua matriz de correlações para seguir a análise factorial. Foram obtidos três factores, tal como na versão original, explicando 78.67% da variância total da escala. Todos os itens tiveram saturações acima de .76 pelo menos num dos factores. O primeiro factor, *Familia* (F), explicava 54.33% da variância total. O segundo factor, *Amigos* (A), explicava 12.74% da variância e o terceiro factor, *Outros significativos* (OS), explicava 11.61% da variância, (Tabela 2).

Na amostra da população geral foram obtidos dois factores com valores próprios superiores a 1 (Critério de Kaiser). Os dois factores explicavam 57.65% da variância total com todos os itens a pontuarem acima de .57 pelo menos num dos dois factores. O primeiro factor explicava 45.27% e segundo factor explicava 12.38% da variância total. Observando o *scree plot* e a distribuição das variáveis, verificámos que de acordo com o critério teórico subjacente, provavelmente os itens dos factores *Familia* e *Outros significativos* estavam a saturar num único factor.

Optámos então por forçar uma solução com 3 factores, com este procedimento foi possível obter o resultado adequado aos fundamentos teóricos subjacentes, (Tabela 3). Neste caso o coeficiente de Kaiser-Meier-Olkin obtido de .903 e o valor para o Teste de Esfericidade de Bartlett de $\chi^2(66) = 2947.99$, $p = .000$, permitem-nos concluir pela adequação da amostra e da sua matriz de correlações para prosseguir a análise factorial; igualmente as comunalidades, que fornecem o grau de explicação da variância de cada variável pela solução factorial encontrada, mostraram a adequação da solução a 3 factores, tendo sido encontradas comunalidades superiores a .72. Foram então obtidos três factores explicando 82.90% da variância total. Todos os itens tiveram pontuações acima de .73 pelo menos. O primeiro factor (F) explicava 59.82%, segundo factor (OS) explicava 15.03% da variância total e o terceiro factor (F) 8.10%. O valor próprio de .97 do terceiro factor aceitou-se no contexto de todos os resultados explicados anteriormente e devido ao facto de só marginalmente ser inferior a 1.

Na amostra de doentes o coeficiente de Kaiser-Meier-Olkin obtido de .909 e o valor de $\chi^2(120) = 1010.981$, $p = .000$ para o Teste de Esfericidade de Bartlett, permitem-nos concluir pela adequação da matriz de correlações para continuar a análise factorial. A análise de componentes principais reproduziu uma solução

com três factores semelhante à solução original, explicando 78.67% da variância total. O factor A explicava 48.3%, o factor F 19.9% e o factor OS 13.8%, (Tabela 4).

4.2.2. *Análise dos itens e consistência interna*

Na amostra de estudantes a análise da qualidade dos itens revela a existência de correlações item-item todas positivas, moderadas e de valores aceitáveis (de .32 a .78), sendo a correlação média de .50 entre os 12 itens. O alfa de Cronbach no grupo de estudantes para o factor *Família* foi .92 (.94 no género feminino e .89 no género masculino); para o factor *Amigos* foi .91 (.93 para o género feminino e .85 para o género masculino); para o factor *Outros significativos* foi .89 (.92 para o género feminino e .83 para o género masculino); para o total da MSPSS o alfa de Cronbach foi de .92 (.92 para o género feminino e .92 para o género masculino). Estes resultados sugerem que a MSPSS tem valores de consistência interna geralmente bons ou muito bons na amostra de estudantes em ambos os géneros, (Tabela 2). Ao analisarmos as correlações item-total corrigida da escala verificámos que apresentavam em geral valores elevados (entre .60 e .73). Quando verificámos o alfa de Cronbach após a deleção de cada item constatou-se que nenhum item se eliminado afectava o alfa de Cronbach, pelo que todos foram mantidos (Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2003; Tinsley & Tinsley, 1987).

Na amostra da população geral a análise da qualidade dos itens revelou a existência de correlações item-item positivas e de valores aceitáveis (entre .33 e .86) sendo a correlação média .56. O alfa de Cronbach para o total da escala foi .94 (.94 para o género feminino e .93 para o género masculino); para o factor *Amigos* foi .93 (.93 para o género feminino e .92 para o género masculino); para o factor *Outros significativos* .92 (.93 para o género feminino e .91 para o género masculino); e para o factor *Família* .87 (.86 para o género feminino e .87 para o género masculino). Ao analisar-mos as correlações item-total corrigido da MSPSS verificámos que apresentam valores moderados a elevados (entre .66 e .81). Nenhum item, se eliminado afectava o alfa de Cronbach pelo que todos foram mantidos (Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2003; Tinsley & Tinsley, 1987), (Tabela 3).

Na amostra de doentes a análise dos itens revelou a existência de correlações item-item todas positivas e de valores aceitáveis (entre .17 e .88) sendo a correlação média entre os 12 itens de .44. O alfa de Cronbach para o total da MSPSS no grupo de doentes foi de .90 (.90 para o género feminino e .90 para o género masculino); para o factor *Amigos* foi .94 (.95 para o género feminino e .89 para o género masculino); para o factor *Família* .93 (.93 para o género feminino e .90 para o género masculino); e para o factor *Outros significativos* .90 (.91 para o género feminino e .89 para o género masculino), (Tabela 4). Ao analisarmos as

correlações item-total corrigido verificámos que apresentam valores moderados a elevados (entre .55 e .71). Nenhum item, se eliminado, afectava o alfa de Cronbach pelo que todos foram mantidos (Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2003; Tinsley & Tinsley, 1987).

4.2.3. *Fidelidade teste-reteste*

Num subgrupo da amostra de estudantes ($n = 44$) e noutra da população geral ($n = 30$) foi repetido o preenchimento dos questionários 3 semanas mais tarde. O resultado do estudo da estabilidade temporal das escalas demonstrou coeficientes de correlação de Pearson moderados a muito altos (Pestana & Gageiro, 2003) nos dois grupos, nos três factores e totais da escala. Assim, no grupo de estudantes o valor do r de Pearson para o factor *Família* foi .76, $p < .001$, para o factor *Amigos* .56, $p < .001$, para o factor *Outros significativos* .76, $p < .001$ e para o total da escala .72, $p < .001$. Para o grupo da população geral os valores foram: para o factor *Família* .91, $p < .001$, para o factor *Amigos* .40, $p < .05$, para o factor *Outros significativos* .87, $p < .001$ e para o total da escala .79, $p < .001$.

Ao nível da consistência interna, a MSPSS apresentou valores de alfa de Cronbach para o reteste no grupo de estudantes de .94, .95, .92 e .91, respectivamente para os factores F, A, OS e total da escala. No grupo da população geral os alfas de Cronbach foram .93, .93, .87 e .91 respectivamente para o factor F, A, OS e total da escala.

4.2.4. *Validade de construto*

A validade de construto é o teste nobre de qualquer teste, é ela que garante que o teste mede o que se propõe medir.

Para validar a MSPSS inspeccionámos a sua distribuição nas três amostras. Sendo assim, as pontuações da escala deveriam ser inferiores na amostra de doentes em relação às amostras de estudantes e da população geral. Foi realizada uma análise da variância (ANOVA) no sentido de verificar se havia diferenças nas médias dos factores e total da escala estatisticamente significativas nas três amostras. Caso houvesse, deveria avaliar-se como se apresentavam essas diferenças entre os grupos, pelo que realizámos um teste de *Tukey* para localização das diferenças. Verificou-se que havia diferenças significativas, (Tabela 5). Os doentes apresentavam em todos os factores e no total da escala valores mais baixos do que os estudantes e do que a população geral. Por outro lado, os estudantes tinham pontuações mais elevadas do que a população geral no factor *Família*.

5. Discussão

Esta investigação procurou traduzir e adaptar para a língua portuguesa a *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido*, bem como o estudo das suas características psicométricas, especificamente a estrutura factorial, consistência interna, estabilidade temporal e validade de construto em três amostras: uma de estudantes, uma da população geral e uma de doentes com depressão major. Foi dado ênfase ao estudo do comportamento da escala em ambos os géneros, uma vez que é comum existirem diferenças de género nas medidas de avaliação de suporte social, com o género feminino a apresentar em geral valores superiores.

As pontuações dos factores e do total da escala foram idênticos aos obtidos em outros estudos em amostras semelhantes. De acordo com esse facto, verificou-se a tendência para o endosso de valores relativamente elevados de suporte social. Essa propensão da escala tem sido reconhecida desde os primeiros estudos e atribuída à desejabilidade social (Zimet et al., 1988; Zimet et al., 1990) porém num estudo posterior foi demonstrado a inexistência desse efeito (Kazarian & McCabe, 1991).

Foram utilizados procedimentos que permitissem compreender a organização dos itens que compõem a medida através de um método estatístico multivariado de cariz exploratório; este cálculo revelou a existência de uma estrutura factorial com três factores nas três amostras, respectivamente *Família*, *Amigos* e *Outros Significativos* replicando os resultados da versão original. A maioria dos estudos efectuados com o instrumento encontrou os mesmos resultados em várias culturas (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat, 2008; Cauty-Mitchell & Zimet, 2000; Cheng & Chan, 2004; Clara, Cox, Enns, Murray, & Torgrudc, 2003; Edwards, 2004; Eker et al., 2000; Kazarian & McCabe, 1991; Stanley et al., 1998). Dois estudos foram excepção, Mantuliz & Castillo (2002) numa amostra chilena de doentes hipertensos encontrou somente dois factores, os itens correspondentes às subescalas *Família* e *Outros significativos* ficaram num só factor e os itens da subescala *Amigos* ficaram no outro. Chou (2000) numa amostra chinesa de adolescentes encontrou dois factores, neste caso os factores *Amigos* e *Outros significativos* saturaram num único factor.

Tal como na versão original Zimet et al (1988) utilizámos os procedimentos exploratórios mais comuns para a análise das componentes da escala e.g., a regra de *Eigenvalues* superiores a 1, Critério de Kaiser (Kaiser, 1960). Essa estratégia viabilizou inicialmente uma solução somente com dois factores na amostra da população geral. Porém existem alguns aspectos que facilmente justificam a adopção de uma solução factorial forçada a três factores.

Em primeiro lugar, a diferença para um valor próprio de 1 é marginal i.e., somente de 3 centésimas. Em segundo lugar, o primeiro factor inicial era composto pelos

itens dos factores *Família* e *Outros Significativos*, que quando se forçou uma solução a 2 factores após 5 iterações, se separaram segundo os fundamentos teóricos subjacentes à escala. Em terceiro lugar Reis (1977; 1997) citado em Pestana e Gageiro (2003) argumenta que quanto à extracção de factores devem seguir-se algumas orientações gerais: i) aumenta-se a credibilidade da solução quando o quociente entre o número de factores e o número de variáveis é inferior a .3, no caso foi .25; ii) em teoria devem reter-se os factores que explicam pelo menos 60% da variância, no caso a explicação foi 82.9%; e iii) a extracção deve ser fundamentada pela teoria subjacente, no caso era recomendável extracção de três factores.

Em relação ao estudo dos itens, deve referir-se que é melhor que as correlações inter-item sejam baixas a moderadas, sendo necessária cautela na avaliação destas correlações, pois se forem tendencialmente baixas ou negativas significa que existe uma falta de coerência na escala. Por outro lado se forem tendencialmente elevadas pode indicar redundância nos itens i.e., se um item se correlaciona demasiado com outro, possivelmente não é necessário (Miles & Gilbert, 2005); por outro lado as correlações moderadas significam que cada item tem uma parte que é comum aos restantes, mas também explica algo de específico (Pestana & Gageiro, 2003).

No que respeita à consistência interna, no presente estudo foram encontrados alfas de Cronbach elevados para o total da MSPSS, bem como para cada factor em ambos os géneros, indicador de boa a muito boa consistência interna da escala (Pestana & Gageiro, 2003). Este resultado está de acordo com o que foi reportado no estudo original da escala (Zimet et al, 1988).

No nosso estudo, a MSPSS apresentou bons índices de fidelidade teste-reteste, mostrando uma boa estabilidade temporal para um intervalo de três semanas com correlações altas em geral e correlações moderadas em ambos os grupos para a subescala *Amigos*. Ficamos na dúvida se o motivo tem a ver com a mudança no tempo ser mais observável na subescala *Amigos* do que nas subescalas *Família* e *Outros Significativos*, que tenderiam a ser mais estáveis. Este é um tema a investigar no futuro.

Outro aspecto relevante foi o facto de os estudantes aparentemente centrarem mais o suporte social nos amigos do que a população geral. Este dado está de acordo com resultados obtidos em outros estudos que mostram existir uma relação entre suporte social e idade (Henly, 1997; Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991; Vilhjalmsson, 1994).

A distribuição das médias dos factores e do total da escala pelas três amostras revelou que os doentes com depressão major têm, em todos os casos, valores significativamente mais baixos de suporte social em relação aos estudantes e à população geral, esse facto fortalece a validade de construto da escala.

Em último lugar, realçamos algumas dificuldades durante a investigação em definir *pessoa especial*, que não é amigo e não é da família, pertencendo ao grupo de suporte “*Outros Significativos*”. Em contactos pessoais com o autor Gregory Zimet, ficou definido como aceitável na subescala *Outros significativos* a inclusão, entre outros possíveis, de: namorado(a), companheiro(a), cônjuge, professor, padre ou religioso(a) e psicoterapeuta.

Limitações e investigações futuras

Os nossos resultados devem ser considerados tendo em conta algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar tratou-se de um estudo transversal, pelo que a avaliação do dinamismo da MSPSS não pôde ser efectuada. Em segundo lugar, a dimensão da amostra de doentes esteve no limite do aceitável para estudos de consistência interna em alguns subgrupos de sujeitos. Também, utilizámos metodologia pouco ampla para avaliação da validade convergente pelo que é necessário continuar a investigar nessa área. Por outro lado, parece-nos fundamental ampliar a aplicação da MSPSS em outros contextos clínicos, que não só os psicopatológicos, por exemplo áreas médicas, do bem-estar ou do stress, quer em estudos transversais quer de seguimento.

6. Conclusões

A *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* (MSPSS) agora apresentada torna possível a avaliação subjectiva do suporte social. A escala mostra sinais de alta consistência interna e uma estrutura factorial com três factores, tal como nos estudos originais e globalmente confirmado nos estudos subsequentes. Assim, a MSPSS demonstrou ter adequadas características psicométricas para poder utilizar-se na população portuguesa em contextos clínicos e não clínicos. Porém, parece-nos necessário investigações de carácter longitudinal e em outras amostras para ampliar a validade da escala.

Tabelas

Tabela 1 - Médias e desvios padrão para as quatro subescalas da MSPSS nas 3 amostras.

Subescalas	Estudantes (N = 454)		População geral (N = 261)		Doentes (N = 100)	
	M	DP	M	DP	M	DP
MSPSS - Família	5.81	1.26	5.98	1.28	4.77	1.70
MSPSS - Amigos	5.94	1.06	5.49	1.36	4.07	1.77
MSPSS - Outros Significativos	6.07	1.23	6.16	1.17	5.19	1.75
MSPSS - Total	5.94	.98	5.87	1.08	4.68	1.34

Tabela 2 - Saturação dos itens por factor, variância de cada factor e consistência interna dos itens de cada factor na amostra de estudantes (N = 454)

Itens	F	A	OS
1 Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.	.24	.16	.76
2 Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.25	.22	.85
3 A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.	.82	.27	.26
4 Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.	.84	.23	.26
5 Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.	.21	.20	.85
6 Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.	.22	.80	.28
7 Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.	.22	.86	.24
8 Posso falar dos meus problemas com a minha família.	.84	.21	.18
9 Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.30	.77	.20
10 Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.	.14	.30	.81
11 A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.	.86	.25	.17
12 Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.	.21	.85	.18
<i>Eigenvalue</i>	6.52	1.53	1.40
Variância (total = 78.67%)	54.3%	12.7%	11.6%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = .92)	.92	.91	.89

Tabela 3 - Saturação dos itens por factor, variância de cada factor e consistência interna dos itens de cada factor na amostra da população geral (N = 261)

Itens	A	OS	F
1 Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.	.15	.89	.23
2 Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.20	.86	.27
3 A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.	.24	.36	.80
4 Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.	.27	.39	.81
5 Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.	.20	.73	.38
6 Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.	.86	.18	.27
7 Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.	.89	.16	.23
8 Posso falar dos meus problemas com a minha família.	.26	.30	.82
9 Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.87	.20	.19
10 Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.	.23	.81	.36
11 A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.	.32	.28	.81
12 Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.	.82	.18	.24
<i>Eigenvalue</i>	7.18	1.80	.97
Variância (total = 78.67%)	59.8%	15%	8.1%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = .94)	.93	.92	.87

Tabela 4 - Saturação dos itens por factor, variância de cada factor e consistência interna dos itens de cada factor na amostra de doentes com depressão major (N = 100)

Itens		A	F	OS
1	Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.	.12	.25	.85
2	Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.25	.22	.87
3	A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.	.10	.88	.29
4	Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.	.06	.88	.27
5	Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.	.10	.30	.80
6	Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.	.88	.16	.16
7	Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.	.93	.16	.10
8	Posso falar dos meus problemas com a minha família.	.27	.79	.13
9	Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	.92	.09	.14
10	Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.	.16	.08	.84
11	A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.	.13	.92	.16
12	Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.	.86	.12	.20
<i>Eigenvalue</i>		5.80	2.39	1.66
Variância (total = 82.1%)		48.3%	19.9%	13.8%
Consistência interna (Alfa de Cronbach) (total = .90)		.94	.93	.90

Tabela 5- Médias, desvios padrão, testes F univariados e comparação entre grupos para as três amostras para a MSPSS

	Estudantes (N = 454)		População geral (N = 261)		Doentes (N = 100)		F	P	Post-hoc
	M	DP	M	DP	M	DP			
F	5.81	1.26	5.98	1.28	4.77	1.70	31.719	.000	D<PG***; D<E***>PGns
A	5.94	1.06	5.49	1.36	4.07	1.77	90.805	.000	D<PG***; D<E***>PG***
OS	6.07	1.23	6.16	1.17	5.19	1.75	36.910	.000	D<PG***; D<E***>PGns
T	5.94	.98	5.87	1.08	4.68	1.34	67.994	.000	D<PG***; D<E***>PGns

*p < .05; **p < .01; ***p < .001; ns = Não significativo

F = Subescala Família

A = Subescala Amigos

OS = Subescala Outros Significativos

T = Total da escala

Referências Bibliográficas

- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M., & Vaillant, E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 166*, 307-316.
- Awasthi, P., & Mishra, R.C. (2007). Role of Coping Strategies and Social Support in Perceived Illness Consequences and Controllability among Diabetic Women *Psychology & Developing Societies December, 19*, 179-19. doi:10.1177/097133360701900203.
- Barrera, M., Jr. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support & health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp.137-173). New York: Oxford University Press.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress-
-experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 458-475.
- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research, 30*(5), 277-280.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenback, V., Grimson, R., Hayden, S., Tibblin, O., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117*, 511-537.
- Brown, G. W., & Harris, T.O. (1978). *The Social Origins of Depression*. Tavistock: London.
- Brown, G. W., Bifulco, A., Harris, T. O., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine, 16*, 813-831.
- Brownell, A., & Shumacher, S. (1984). Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues, 40*(4), 1-9.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric Properties of Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Youth. *Comprehensive Psychiatry, 49*(2), 195-201.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing, 18*(2), 203-210.
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology, 28*(3), 391-400.
- Carter, C.S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology, 23*, 779-818.
- Cattell, R. B. (1966). The screen test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*, 245-276.
- Cecil, H., Stanley, M., Carrion, P., & Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 593-602.
- Cheng, S., & Chan, A. (2004). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences, 37*, 1359-1369.
- Chou, K. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences, 28*, 299-307.

- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-oncology*, 18, 1099-1611.
- Clara, I., Cox, B., Enns, M., Murray, L., & Torgrudc, L. (2003). Confirmatory factor analysis of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality Assessment*, 81, 265-270.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S., & Lemay, E.P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychology*, 26, 410-417.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J.E. Singer & S.E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen, S., & Syme, S. (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, FL: Academic.
- Corna L., Cairney, J., & Streiner, D. (no prelo). Suicide ideation in older adults: Relationship to mental health problems and service use. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnq048
- 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, 761-775.
- Dahlem, N., Zimet G., & Walker R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756-61.
- Diong, S., Bishop, G., Enkelmann, H., Tong, E., Why, Y., Ang, J., & Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20, 467-495.
- Donald, C., & Ware, J. (1984). The measurement of social support. *Research in Community and Mental Health*, 4, 325-370.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology & 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.
- Edwards, L. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 187-194.
- Eker, D., Arkar, H., & Yaldiz, H. (2000). Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(5), 228-233.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon M., & Williams, J. (1996). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV). Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed), *Compassion - Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy* (pp 9-74). Routledge: London.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36(3), 287-297.

- Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 584-597.
- Gladstone, G., Parker, G., Malhi, G., & Wilhelm, K.A. (2007). Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' depression. *Journal of Affective Disorders*, 103, 147-154.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 351-375.
- Hagen, E.H. (1999). The Functions of Postpartum Depression. *Evolution and Human Behavior*, 20, 325-359.
- Harris T., Brown G., & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174, 219-25.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry* 54, 1389-1398.
- 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.
- Hoefnagels, C., Meesters, C., & Simenon, J. (2007). Social Support as Predictor of Psychopathology in the Adolescent Offspring of Psychiatric Patients. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 87-97. DOI:10.1007/s10826-006-9070-9.
- Holahan, C., & Moos, R. (1983). The quality of social support: Measures of family and work relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 157-162.
- Howell, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Jemmott, J.B., & Locke, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95(1), 78-108.
- Kaiser, H.F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kazarian, S., & McCabe, S. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19, 150-160.
- Mantuliz, M., & Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Martinez, D., Orłowska, D., Narendran, R., Slifstein, M., Liu, F., Kumar, D., Broft, A., Van Heertum, R., & Kleber, H.D. (2010). Dopamine type 2/3 receptor availability in the striatum and social status in human volunteers. *Biological Psychiatry*, 67, 275-278.
- McFarlane, A., Neale, K., Norman, G., Roy, B., & Streirier, D. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 90-100.
- Micozkadioglu, H., Micozkadioglu, I., Zumrutdal, A., Erdem, A., Ozdemir, F.N., Sezer, S., & Haberal, M. (2006). Relationship between depressive affect and malnutrition-inflammation complex syndrome in haemodialysis patients. *Nephrology*, 11, 502-505.
- Miles, J., & Gilbert, P. (2005). *A Handbook of Research Methods in Clinical & Health Psychology*. London: Oxford University Press.
- Nunes, M. (2004). Qualidade de vida e diabetes: Variáveis psicossociais. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York, NY: McGraw-Hill.

- O'Connor, R.C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research, 7*, 297-308.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science & Medicine, 32*, 767-771.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 17*, 547-558.
- Patten, S.B. (1991) Are the Brown and Harris "Vulnerability Factors" Risk Factors for Depression? *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 16*, 267-271.
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., Machale, S., Mackie, R., Masterton, G., McConachie, S., & O'Connor, R.C. (2009). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology, 19*, 15-30.
- Sarason, G.R., Sarason, B.R., & Pierce, G.R. (1990). *Social support: An international view*. New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I., Sarason, B., Potter, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47*, 156-163.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, K. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-406.
- 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.
- Spector, P.E. (1994). *Summated rating scale construction: An introduction*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Stanley, M., Beck J., & Zebb, J. (1998). Psychometric Properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health, 2*, 186-193.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Hillsdale.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. New York: Pearson Education.
- Tardy, C.H. (1955). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 187-202.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 416-423.
- Tinsley, H., & Tinsley, D. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 414-424.
- Tops, M., van Peer, J.M., Korf, J., Wijers, A.A., & Tucker, D.M. (2007). Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology, 44*, 444- 449
- Van Dorn, R.A., Kosterman, R., Williams, J.H., Chandler, K., Young, M.S., & Catalano, R.F. (no prelo). The relationship between outpatient mental health treatment and subsequent mental health symptoms and disorders in young adults. *Administration and Policy in Mental Health*.

- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 23*, 437-452.
- Wethington, E., & Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.
- Wilcox, B. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology, 9*, 371-386.
- Williams, J.M.G. (2001). *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. London: Penguin Books.
- Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.
- Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S., & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 55*, 610-617.

Psychometric properties of Portuguese version for the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) originally developed by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1998) was designed to subjectively assess social support from family, friends and significant others. This work's aim is to study the factorial structure, reliability and construct validity of the Portuguese version of MSPSS. The scale was assessed in a group of students (N = 454), a group of the general population (N = 261) and a group of patients with major depression (N = 100). The factor analysis revealed the existence of three factors (family, friends and significant others); and the scale showed good internal consistency with Cronbach's alphas between .85 and .95, regarding all three factors, the three groups and both genders. The construct validity was adequate and test-retest stability in the group of students and the general population had values between .40 and .91. The Cronbach's alphas for the retest ranged between .95 and .87. The MSPSS shown to have good psychometric properties for use in students, subjects from the general population and in populations with major depression, and need now to further research in other samples and using follow-up studies.

KEY-WORDS: Social support, Family support, Friends support, Significant other support, Psychometric properties.

Caractéristiques psychométriques de la version portugaise de l'Échelle Multidimensionnelle de Soutien Social Perçue (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS)

L'Échelle Multidimensionnelle de Soutien Social Perçue (MSPSS) originellement développée par Zimet, Dahlem, Zimet, et Farley (1988) a été conçue pour évaluer subjectivement le soutien social de la famille, les amis et des autres personnes significatives. Ceux-ci on présente les caractéristiques psychométriques de la version portugaise de l'MSPSS. L'échelle a été évaluée dans un groupe d'étudiants (N = 454), un groupe de la population générale (N = 261) et un groupe de patients souffrant de dépression majeure (n = 100). L'analyse factorielle a révélé l'existence de trois facteurs (famille, amis et autres personnes significatives). A également montré une bonne *cohérence interne* avec alphas de Cronbach entre .85 et .95, en ce qui concerne les trois facteurs, les trois groupes et les deux genres. Ont montré la validité de construction adéquates et la stabilité test-retest dans le groupe d'étudiants et la population en général détenaient des valeurs comprises entre .40 et .91. Les alphas de Cronbach pour le test-retest ont variées entre .87 et .95. Cette version de l'MSPSS démontrée l'existence de bonnes propriétés psychométriques pour l'utilisation dans des étudiants, dans la population générale et chez patients souffrant de dépression majeure et doivent maintenant agrandir les recherches à d'autres échantillons et en ajoutant des études de suivi.

MOTS-CLÉS: Soutien social perçue, Soutien famille, Soutien amis, Soutien autres personnes significatives, Caractéristiques psychométriques.