

## APOIO SOCIAL: ASPECTOS DA VALIDADE DE CONSTRUCTO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Daniela Sacramento Zanini<sup>\*</sup>  
Adriana Verolla-Moura<sup>#</sup>  
Ivana Pinheiro de Abreu Rabelo Queiroz<sup>#</sup>

**RESUMO.** Embora o conceito de apoio social venha recebendo atenção da comunidade científica, ainda não há uma medida válida para diferentes culturas e contextos. O objetivo deste artigo é reaplicar uma escala de apoio social em universitários de Goiânia. Os participantes foram 129 estudantes de quatro instituições de ensino superior. Como medida utilizou-se o Questionário de Suporte Social adaptado para a população brasileira. Os resultados apontaram boa adequação da escala, com *alphas* entre 0,95 e 0,76, e adequação da estrutura fatorial quando comparada com a do estudo original. Não foram identificadas diferenças significativas entre apoio social e a maioria de variáveis sociodemográficas. Não obstante, as mulheres relataram mais apoio material ( $p=0,01$ ) e afetivo ( $p=0,01$ ) do que os homens, e aqueles que relataram morar com alguém perceberam mais apoio emocional ( $p=0,00$ ) e afetivo ( $p=0,03$ ). Discute-se a necessidade de novos estudos para posteriores esclarecimentos do comportamento desta medida e construto em diferentes populações e culturas.

**Palavras-chave:** Rede social, escala, saúde.

## SOCIAL SUPPORT: VALIDITY ASPECTS OF THE CONSTRUCT IN UNDER GRADUATION STUDENT

**ABSTRACT.** Although the concept of social support has received attention of the scientific community, there is not a valid measure for different cultures and contexts. The aim of this article is to replicate a social support scale in undergraduate students from Goiânia. The participants were 129 university students accessed in four high education institutions in Goiânia. As measure, the Social Support Questionnaire adapted to the Brazilian population was used. The results point to a good adaptation of the scales with alphas between 0.95 e 0.76, and factorial structure suited when compared to the original study. Significant differences between social support and the majority of socio demographic variables were not found. However, women refer more to material support ( $p=0,01$ ) and affective ( $p=0,01$ ) than men, and the ones who refer living with someone appraise more emotional support ( $p=0,00$ ) and affective ( $p=0,03$ ). It is discussed the necessity of new studies for latter subsequent explanation of the behavior of the measure and construct in different populations and cultures.

**Key words:** Social network, scale, health.

## APOYO SOCIAL: ASPECTOS DE LA VALIDEZ DEL CONSTRUCTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

**RESUMEN.** Aunque el concepto de apoyo social haya recibido atención por la comunidad científica todavía no hay una medida validada para distintas culturas y contextos. El objetivo de este artículo es replicar una escala de apoyo social en universitarios de Goiânia. Los participantes fueron 129 estudiantes, de cuatro instituciones de enseñanza superior. Como medida se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social adaptado para población brasileña. Los resultados apuntan buena adecuación de la escala con *alphas* entre 0,95 y 0,76, y adecuación de la estructura factorial cuando comparado con el estudio original. No fueron identificadas diferencias significativas entre apoyo social y la mayoría de las variables socios demográficas. Sin embargo, las mujeres relatan más apoyo material ( $p=0,01$ ) y afectivo ( $p=0,01$ ) que los hombres y aquellos que relataron vivir con alguien perciben más apoyo emocional ( $p=0,00$ ) y afectivo ( $p=0,03$ ). Se discute la necesidad de nuevos estudios para posteriores esclarecimientos del comportamiento de esta medida y constructo en distintas poblaciones y culturas.

**Palabras-clave:** Red social, escala, salud.

---

\* Doutora em Psicologia Clínica. Professora do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Católica de Goiás.

# Mestranda em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás-UCG.

É cada vez maior o interesse pelo estudo dos efeitos do meio social sobre a saúde dos indivíduos. Por outro lado, também é conhecido que os laços sociais influenciam os comportamentos em relação à doença e à saúde, afetando as capacidades adaptativas em diversas situações (Schwarzer & Leppin, 1991). Às oportunidades oferecidas pela rede de relações de um indivíduo que lhe proporcionam sustentação (emocional, de informação, material, afetiva, etc.) diante de situações estressantes, de crise ou readaptação chamamos apoio social (Sherbourne & Stewart, 1991).

Sherbourne e Stewart (1991) diferenciam rede social e apoio social, descrevendo rede social como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, ao passo apoio social pode ser considerado como algo que diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e é mensurável por meio da percepção individual do grau em que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

O apoio social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social. A rede social pode ou não oferecer apoio de diferentes tipos e em graus diversos. Os efeitos benéficos da rede pessoal de apoio dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelo indivíduo. Destarte, rede social pode ser concebida como a estrutura social através da qual o apoio é fornecido (Griep, 2003).

Cobb (1976) define apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) afirmam que apoio social pode ser entendido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, p.127).

Vários estudos têm apontado a associação entre apoio social e níveis de saúde e/ou a presença de apoio social funcionando como agente “protetor” diante do risco de doenças induzidas por estresse (ex. Matsukura, Marturano & Oishi, 2002; Schwarzer & Knoll, 2007). Assim, podemos postular que o apoio social pode contribuir para manter a saúde das pessoas em momentos de estresse, pois desempenha função moderadora ou mediadora, permitindo ao sujeito lidar melhor com as perdas e problemas no dia-a-dia. “Perceber que se tem alguém com quem contar sentir-se apoiado emocionalmente ou materialmente melhora

a autoconfiança, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas, repercutindo positivamente sobre a saúde” (Griep, 2003 p. 21).

A literatura mostra que o apoio social favorece a recuperação do indivíduo na medida em que a pessoa é capaz de entender este cuidado como acessível quando necessário; ou faz o indivíduo acreditar que é aceito pelo grupo de relações ao qual pertence (Pruitt & Zoellner, 2008; Schwarzer & Knoll, 2007). Cobb (1976) faz uma distinção dos tipos de apoio social, dividindo-o em três classes: informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; e por último, informação que o conduza a acreditar que pertence a uma rede de comunicações e de obrigações mútuas.

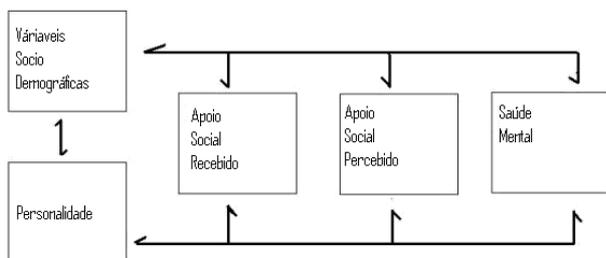
Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem duas formas de se avaliar o apoio social: o percebido e o recebido. O primeiro refere-se ao apoio social que o indivíduo percebe como disponível caso necessite dele; o segundo descreve o apoio social tal como é recebido por alguém, ainda que não exista a avaliação da existência deste apoio social (Schwarzer & Leppin, 1991). Cramer, Henderson e Scott (1997) ainda propõem outra taxonomia do apoio social, baseada na percepção do indivíduo: o apoio social descrito e o apoio valorado. O primeiro refere-se à presença de um tipo particular de apoio percebido, e o segundo, a uma avaliação de que esse comportamento de apoio é valorado como satisfatório ou que efetivamente serviu de ajuda.

Existem algumas variáveis que interferem na forma do sujeito perceber o apoio social, dentre as quais podemos citar as variáveis sociodemográficas, a personalidade e as psicopatologias.

Variáveis sociodemográficas como faixa etária, sexo, religião e estado civil já foram identificadas empiricamente como influenciadoras na percepção e recebimento do apoio social. Em um estudo realizado por Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) foi constatado que pessoas mais jovens, casadas, que não moram sozinhas e praticam atividades físicas, religiosas ou artísticas, sem transtornos mentais e com boa saúde física auto-referida têm chances significativamente maiores de perceber mais apoio social. No mesmo estudo foram demonstradas diferenças nos tipos de apoio recebidos por gênero. Os homens perceberam significativamente mais apoio afetivo/interação social positiva e apoio material, enquanto as mulheres relataram mais apoio emocional/informação.

Além disso, o estudo de Griep et al. (2005) demonstra a existência de gradiente nas medidas de associação entre escolaridade, renda familiar, número de parentes e amigos íntimos e número de doenças crônicas. Assim, quanto maior a escolaridade, número de parentes e amigos íntimos e menor número de doenças crônicas relatadas pelo indivíduo, maiores as chances de este perceber a existência de elevado apoio social.

As características de personalidade também podem aumentar as chances de acesso ao apoio social. Estudos demonstram que personalidades mais otimistas relatam mais apoio social (Srivastava, Richards, McGonigal & Butler, 2006), enquanto estilos atribucionais negativos tendem a perceber a existência de menor apoio social (Williams et al., 2008). Não obstante, a existência de psicopatologias pode gerar modificações de comportamento e percepções capazes de originar isolamento e uma visão distorcida da real disponibilidade de apoio social ao indivíduo. É relevante enfatizar que a falta de apoio social predispõe o indivíduo a contrair psicopatologia, e nos casos em que esta já se encontra instalada, é um fator complicador para obtenção do apoio social, criando um processo negativo e vicioso que precisa ser quebrado para que esse indivíduo se reestruture e possa manter relações positivas com o seu meio. Abaixo se oferece um modelo explicativo para análise do exposto.



**Figura 1.** Modelo Conceitual Explicativo da Relação Entre Apoio Social e Saúde Mental

Bibliografias recentes relatam que os primeiros esboços da construção de uma escala capaz de medir apoio social eram relativamente isolados, ambíguos e precários em agregar as especificidades do conceito, além de não discriminarem outras medidas sensíveis do construto (Griep, 2005; Newcomb, 1990; Schwarzer & Leppin, 1991). O crescimento do interesse pelo tema trouxe a este uma conotação mais multidimensional, envolvendo outros aspectos e conferindo-lhe uma maior amplitude. É ainda complexo conseguir definir a qualidade e a natureza do apoio social que é disponibilizado pela rede, porém existem várias tentativas de criação de medidas que

podem ser aplicadas de forma mais abrangente. Como exemplo podemos citar os estudos de Schwarzer e Leppin (1991), Schwarzer e Knoll (2007), que desenvolveram um conjunto de escalas de apoio social que inclui o apoio social recebido, o apoio social percebido e o efeito “buffer” do apoio social. Outra medida de apoio social que obteve grande aceitação na comunidade acadêmica foi a medida desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991), a qual avalia cinco dimensões: material, afetiva, interação social positiva, emocional e de informação. Embora estudos posteriores de validação e adequação da medida a outras culturas revelem variações em termos dos fatores que a compõem, sua adequação psicométrica e a validade do construto mostram-se satisfatória em todos eles (Griep, 2003; Griep, Chor, Faerstein & Lopes 2003; Shyu, Tang, Liang & Weng, 2006; Westaway, Seager, Rheeder & Zyl, 2005; Yu, Lee & Woo, 2004).

Por outro lado, é sempre relevante que a aplicação de instrumentos seja possível fora do contexto em que foi criado, para que os resultados possam ser comparados de forma mais ampla e em novos contextos. Assim, embora o apoio social seja um assunto estudado há alguns anos (Cobb, 1976; Ribeiro, 1999; Sarason et al., 1983; Sherbourne & Stewart, 1991; Matsukura et al, 2002; Griep et al. 2005), ainda não há um questionário validado para diferentes culturas ou para a cultura brasileira em seus diversos regionalismos e contextos. Neste sentido, o presente estudo pretende aplicar uma escala de apoio social percebido traduzido e adaptado à população brasileira do Rio de Janeiro, avaliando, agora, sua aplicabilidade e validade psicométrica para a população universitária goianiense.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram deste estudo 129 estudantes, acessados em quatro instituições de ensino superior da cidade de Goiânia: uma universidade pública, duas privadas e uma faculdade privada. A amostra obedeceu ao critério de conveniência e os participantes tinham idades entre 17 e 51 anos (média de 22 anos, DP = 7,93).

### Materiais

Para medir a percepção de apoio social foi utilizada a escala de apoio social desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) para o *Medical Outcomes Study* (MOS) e adaptada para a população

brasileira por Griep (2003), Griep et al. (2003) e Griep et al. (2005) em seu estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro.

A escala originalmente foi construída para o *Medical Outcomes Study* (MOS), para avaliar a percepção de apoio social de 2.987 adultos com doenças crônicas e usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos. Na sua forma original abrange cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, interação social positiva, emocional e de informação (Griep et al., 2003; Griep et al., 2005).

No estudo de validação brasileira foram estudados os participantes da fase 1 (agosto a novembro de 1999) do estudo longitudinal do Estudo Pró-Saúde, cujo principal objetivo é avaliar a associação entre determinantes sociais e diversos desfechos de saúde. Nessa etapa, de um universo de 4.448 funcionários técnico-administrativos efetivos de uma universidade no Rio de Janeiro, 4.030 (91,0% da população-alvo) aderiram ao estudo.

O instrumento é composto por 19 questões baseadas na instrução “*Se você precisar, com que frequência conta com alguém.. ?*”, às quais os participantes devem responder assinalando uma das cinco repostas possíveis para cada questão utilizando uma escala Likert de cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre).

Além disso, os participantes também responderam a perguntas relativas aos dados sociodemográficos e informações adicionais tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem reside (1- sozinho ou 2 - com alguém), renda familiar além de dados relativos a problemas crônicos de saúde (1-sim/ 2- não), prática de atividade física (1-sim/2-não) e estado auto-referido de saúde (1-bom/2-regular/3-ruim).

### Procedimento

Foi realizado o contato com as instituições de ensino superior e após o consentimento das respectivas direções foram programadas as aplicações dos questionários em dia e horários pré-fixados. A aplicação foi realizada por psicólogos e estudantes de psicologia previamente treinados. No ato da aplicação os participantes eram informados dos objetivos da pesquisa e de que sua participação era voluntária. Após a leitura e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” entregava-se uma folha para cada indivíduo com escalão do instrumento de apoio social. O tempo de aplicação era livre e durou, em média 10 minutos.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico *Statistic Package for Social Science*

(SPSS), versão 12.0 para Windows. Para avaliação dos dados sociodemográficos foi utilizada a técnica de comparação de média *ANOVA one way*. Foram consideradas significativas as diferenças de médias estabelecidas a um nível de  $p < 0,05$ . Para avaliar a validade do construto na população estudada foi utilizada a técnica *de Alpha* de Cronbach para medir a consistência interna da escala e Análise Fatorial Exploratória para avaliação das dimensões de apoio social (Pasquali, 1999).

## RESULTADOS

A análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes deste estudo revelou que 78,3% eram mulheres; 93% eram estudantes com ensino superior incompleto e/ou em curso; 72,4% eram solteiros e 52,9% da amostra residiam com um ou ambos os pais. Ainda, a maioria da população estudada (89,9%) não relatou doença crônica, tampouco pratica algum tipo de atividade física (63%), embora tenha referido bom estado de saúde (63,2%).

### Análise fatorial exploratória

As correlações entre os itens apresentaram variações de 0,118 a 0,781. O teste KMO foi igual a 0,895. O resultado do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < 0,001$ ) rejeita a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas entre si, justificando assim a aplicação da análise fatorial aos dados.

Para avaliar a existência de diferentes dimensões de apoio social foi realizada a técnica de Análise Fatorial Exploratória com rotação *Varimax*. que assinalou a existência de quatro dimensões com autovalores superiores a 1. O primeiro fator, identificado como apoio emocional/ informacional, apresenta um autovalor de 8,7, e uma variância explicada de 45,8%. O segundo fator, identificado como interação social, apresenta um autovalor de 3,0 e uma variância explicada de 15,7%. O terceiro fator, identificado como apoio material, apresenta um autovalor de 2,2 e 11,7% de variância explicada; e por fim, o quarto fator se caracteriza por apoio social afetivo e apresenta autovalor de 1,2, explicando 6,1% da variância. Em conjunto, as quatro dimensões de apoio social encontradas apresentam uma variância explicada de 73,57% (ver tabela 1). Além disso, a análise de consistência interna dos itens por meio do *alpha de Crombach* revelou bons índices de adequação da medida para a população estudada, com *alphas* variando de 0,95 a 0,76.

**Tabela 1.** Cargas Fatoriais, Comunalidades ( $h^2$ ), Eigenvalues, Variância Explicada e Fidedignidade da Escala de Apoio Social

Itens da escala*	Tipos de Apoio Social				$h^2$
	Emocional/Informacional	Interação social	Material	Afetivo	
que o ajude se ficar de cama			0,819		0,785
para levá-lo ao médico			0,716		0,800
para ajudá-lo diariamente se ficar doente			0,803		0,850
para preparar refeições se não puder			0,789		0,778
que demonstre amor e afeto por você				0,757	0,785
que lhe dê um abraço				0,700	0,676
que você ame e faça você se sentir querido				0,615	0,798
para ouvi-lo quando precisa falar	0,737				0,858
em quem confiar ou falar de suas coisas	0,760				0,913
para compartilhar medos mais íntimos	0,755				0,890
que compreenda seus problemas	0,756				0,911
para dar bons conselhos quando em crise	0,845				0,877
para dar informações que ajudem	0,773				0,834
de quem realmente quer conselhos	0,764				0,870
para dar sugestões sobre seus problemas	0,814				0,867
com quem fazer coisas agradáveis		0,843			0,878
com quem distrair a cabeça		0,845			0,877
com quem relaxar		0,791			0,903
para se divertir junto		0,864			0,785
<b>Eigenvalue</b>	<b>8,7</b>	<b>3,0</b>	<b>2,2</b>	<b>1,2</b>	
Variância explicada	45,8%	15,7%	11,7%	6,1%	
Coef. de fidedignidade ( <i>alpha de Crombach</i> )	0,95	0,94	0,88	0,76	

\* Itens abreviados, transmitindo apenas a idéia principal.

Apenas as cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,50 são apresentadas após a rotação varimax.

Kaiser-Meyer-Olkin = 0,895; Teste de Esfericidade de Bartlett = 669,75;  $p < 0,000$ . Método: PAF.

### Apoio social e variáveis sociodemográficas

Para calcular a diferença de médias entre apoio social e as variáveis sociodemográficas foi conduzida

uma análise de variância considerando significativos aqueles valores com  $p < 0,05$ .

**Tabela 2.** Comparação de Media Entre Variáveis Sócio-Demográficas e Apoio Social.

Variáveis sociodemográficas	Apoio social							
	Emocional/ Informação		Interação social positiva		Material		afetivo	
	Média(DP)	<i>p</i>	Média(DP)	<i>p</i>	Média(DP)	<i>p</i>	Média(DP)	<i>p</i>
Sexo								
Masculino	10,1(3,86)		9,3(2,5)		18,6(6,7)		11,4(3,6)	
Feminino	11,6(3,98)	0,08	10,5(2,1)	0,01*	22,5(7,2)	0,01*	12,8(3,2)	0,06
Atividade física								
Sim	10,9(4,3)		9,9(2,5)		20,4(7,7)		12,1(3,4)	
Nao	11,6(4,0)	0,30	10,4(2,0)	0,26	22,3(7,0)	0,17	12,6(3,3)	0,43
Morar sozinho								
Sim	7,5(4,3)		9,4(2,8)		19,5(6,4)		10,3(4,5)	
Não	11,6(3,7)	0,00*	10,4(2,1)	0,13	22,0(7,3)	0,27	12,6(3,1)	0,03*
Doença crônica								
Sim	9,5(4,3)		9,8(2,3)		18,9(8,8)		11,3(4,5)	
Não	11,5(3,9)	0,08	10,3(2,2)	0,44	21,9(7,0)	0,16	12,6(3,2)	0,19

\*  $p < 0,05$  significativo

Os dados revelam que as mulheres percebem significativamente mais apoio social do tipo interação social positiva ( $F=6,28$ ,  $p.= 0,01$ ) e maior apoio social material ( $F=6,28$ ,  $p.=0,01$ ) que os homens. Além disso, os participantes que relataram morar com alguém percebem mais apoio social emocional/informacional ( $F=10,73$ ,  $p=0,00$ ) e apoio afetivo ( $F=5,04$ ,  $p=0,03$ ) do que aqueles que moram sozinhos.

Em contrapartida, não se encontraram diferenças significativas entre apoio social e ter ou não uma doença crônica auto-referida ou realizar uma atividade física (ver tabela 2). Também não se encontraram diferenças significativas entre o apoio social percebido e o estado civil, idade e auto-relato da percepção da saúde.

## DISCUSSÃO

Os resultados mostram alta consistência interna da escala, o que demonstra boa adequação da medida para a população estudada. Pode-se afirmar que este instrumento comprovou boa adequação para avaliação de apoio social da população universitária de Goiânia, distinguindo entre os tipos de apoio social emocional/informacional, interação social, material e afetivo. Não obstante, estudos posteriores deveriam avaliar a possibilidade de generalização de seus dados para outras populações com diferentes níveis socioeconômicos e educacionais e estados de saúde.

As dimensões de apoio social encontradas em nosso estudo coincidem com aquelas descritas pelo estudo original de Sherbourne e Steward (1991), porém apresentam pequena discrepância com os dados obtidos por Griep et al. (2005) também para população brasileira, em que os itens de interação social positiva também se uniram com o de apoio afetivo, o que não ocorreu em nossas análises. Podemos hipotetizar a existência de uma influência no tipo de população estudada nos resultados obtidos. Em nosso estudo a população se compunha de estudantes universitários com uma média de idade de 22 anos ( $DP=7,93$ ), enquanto no estudo de Griep et al. (2005) a população era de funcionários técnico-administrativos de um hospital, com média de idade de 40 anos ( $DP.=8,81$ ). Desta forma, podemos hipotetizar a influência de ao menos duas variáveis nos dados analisados: a idade da amostra e o tipo de trabalho. Parece que, para os indivíduos com maior idade e trabalhos que os coloquem na posição de provedores de apoio social (como, por exemplo, aqueles relacionados aos profissionais técnico-administrativos de um hospital), o fato de terem alguém com quem fazer coisas

agradáveis, distrair a cabeça, relaxar e se divertir juntos se identifica bastante com ter pessoas que lhes demonstrem afeto, em quem possam dar um abraço ou que os façam sentir-se queridos. Por outro lado, para população jovem e não relacionada exclusivamente com um trabalho específico, o fato de ter alguém para divertir-se, embora relacionado com o fato de ter alguém que o(a) ame, não se apresenta necessariamente na mesma dimensão.

Cabe, não obstante, ressaltar a necessidade de novos estudos para posteriores esclarecimentos do comportamento desta medida e construto em diferentes populações e culturas. Estudos em culturas diferentes parecem demonstrar que o presente instrumento para medir apoio social, embora tenha boa qualidade psicométrica em termos de construto e instrumento de medida, apresenta variações em termos de distribuição de suas dimensões segundo a população e cultura estudada, além de estado de saúde. Como exemplo podemos citar os trabalhos de Shyu et al. (2006), Westaway et al. (2005), e Yu et al. (2004).

Shyu et al. (2006) avaliaram a adaptação deste instrumento em familiares cuidadores de pacientes com câncer de Taiwan. Nesta população foram encontradas apenas duas dimensões de apoio social: o emocional e o tangível. Yu et al. (2004) também avaliaram a adaptação da escala à população asiática, mas desta vez em pacientes chineses com diagnóstico de cardiopatia. Para essa amostra quatro dimensões foram encontradas: apoio social tangível, afetivo, interação social positiva e emocional/informacional. Por fim, Westaway et al. (2005) avaliaram o comportamento da escala em população sul-africana, negra, com diagnóstico de diabetes *mellitus*. Nessa população também foram encontradas duas dimensões, que os autores identificaram como apoio social socioemocional e tangível.

Em todos esses trabalhos a qualidade psicométrica do instrumento se demonstrou satisfatória porém sensível às variações derivadas da amostra estudada. Estudos baseados em técnicas estatísticas mais sofisticadas deveriam avaliar a possível interferência destas questões na adaptação do instrumento. Além disso, novas discussões sobre a perspectiva do conceito de apoio social devem ser levantadas a fim de se explicar o conjunto de dados obtidos na literatura internacional sobre o tema (ver, por exemplo, a discussão realizada por Newcomb, 1990).

Por outro lado, as análises de comparação de média em apoio social e variáveis sociodemográficas indicam que mulheres percebem maior apoio social afetivo e maior apoio social-emocional/informação do

que os homens. Este resultado é, em parte, compatível com o de Griep (2005), em que a comparação entre os sexos relata que mulheres possuem maiores redes sociais e demonstram ter mais envolvimento emocional com essas redes. Embora outros estudos apontem para uma maior pontuação em apoio social para homens (Glynn et al., 1999), esses estudos parecem envolver uma população masculina casada, o que nos leva a postular que, devido às diferenças de tipo de apoio social que pode ser provido por homens e mulheres, os homens casados se beneficiam mais do apoio social disponibilizado pelo seu cônjuge do que as mulheres casadas. Conquanto também em nosso estudo o fato de morar com alguém tenha se constituído em um fator que influencia a percepção de apoio social, sobretudo do tipo emocional e afetivo, não houve diferença significativa no fator de apoio material, o que pode se assemelhar com os achados de Griep (2005) e Sherbourne e Steward (1991), em que os resultados do apoio material o apontam como um fator específico, portanto, dissociado das esferas afetivas e emocionais.

Em nosso estudo não se encontraram diferenças significativas na percepção do apoio social e o auto-relato de doenças crônicas. Estudos anteriores (Kazak et al., 1988) apontam um menor índice de apoio social pelos doentes crônicos e sua família. Isso pode ocorrer pelas características específicas da existência da doença crônica no âmbito familiar, uma rotina que inclui, em vários casos, visitas constantes a hospitais, dificuldade de adaptação a tarefas cotidianas e ainda perspectivas da situação não vir a se modificar em longo prazo. Esses fatores isolam o portador e seus familiares, o que reduz seus acessos ao apoio social. Em nosso estudo avaliou-se o apoio social em população universitária em que o número de sujeitos que revelaram apresentar alguma enfermidade crônica foi baixo. Deste modo, pode-se discutir que o resultado aqui encontrado (não-diferença significativa entre a percepção de apoio social e o auto-relato de doença crônica) pode ocorrer devido às condições da amostra. Todos eram sujeitos com alto grau de escolarização e boa adaptação social, uma vez que freqüentavam faculdade.

Nossos resultados não encontraram diferenças significativas entre o auto-relato de prática de atividade física e percepção de apoio social, diferindo assim do estudo original brasileiro. Este fato pode ter ocorrido devido às diferenças específicas das amostras, como já comentado anteriormente. Assim, pode-se hipotetizar que a atividade física em pessoas mais velhas tenha o papel de facilitador de contato social, com possibilidade de percepção de apoio

social, o que não ocorre em população universitária, embora o tipo de atividade física também devesse ser objeto de consideração para uma melhor análise da relação desta variável com a percepção de apoio social.

Por fim, pode-se concluir que o instrumento apresentou boa adequação para utilização em população universitária. Não obstante, novos estudos devem ser conduzidos a fim de analisar as diferenças teórico-metodológicas da avaliação e intervenção do apoio social, haja vista a configuração apontada pela presente pesquisa, de que algumas variáveis - como renda, prática de esporte e sexo - podem moderar ou mediar a percepção do apoio social diferentemente em função da população analisada, influenciando, inclusive, na configuração das dimensões do apoio social. Neste estudo discutiram-se as divergências existentes entre população universitária e outras com enfermidades crônicas e provenientes de diferentes culturas; contudo, pode-se hipotetizar outros contextos em que essas divergências poderiam apresentar-se - por exemplo, em pacientes com ou sem transtornos mentais, em variações de doenças crônicas (ex. Aids *versus* câncer), etc. Novos estudos deveriam direcionar a atenção para esses aspectos.

## REFERÊNCIAS

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- 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.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999) Gender, Social Support, and Cardiovascular Responses to Stress. *Psychosom Medica*, 61(2), 234-242.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. & Lopes, C. (2003). Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev. Saude Pública*, 37(3), 379-385.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*; 21(3), 703-714.
- Kazak, A. E., Reber, M., & Snitzer, L. (1988) Childhood Chronic Disease and Family Functioning: A Study of Phenylketonuria. *Pediatrics*, 81(2), 224-230
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 685-681.

- Newcomb, M. D. (1990). Social Support by many other names: towards a unified conceptualization. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 479-493.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM.
- Pruitt, L. D. & Zoellner, L. A. (2008). The impact of social support: an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 253-262.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Anais Psicológica*, 70(5), 547-558.
- 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.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social Support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of social and personal relationships*, 6(99), 99-127.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
- Sherbourne, C. D; Stewart, A. L., (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*; 38(6),705-14.
- Shyu, Y. L., Tang, W., Liang, J. & Weng, L. (2006). Psychometric testing of the social support survey on a Taiwanese Sample. *Nursing Research*, 55(6), 411-417.
- Srivastava, S., Richards, M. J., McGonigal & Butler, G. (2006). Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(1), 143-153.
- Westaway, M. S., Seager, J. R.; Rheeder, P. & Zyl, D. G. (2005). The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black South African perspective. *Ethnicity and Health*, 10(1), 73-89.
- Williams, L., O'Connor, R. C., Howard, S.; Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J., O'Connor, D. B., Lewis, C. A., Ferguson, E.; Sheehy, N., Grealy, M. A. & O'Carroll, R. E. (2008). Type D personality mechanism of effect: the role of health related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 63-69.
- Yu, D.; Lee, D.; Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Nursing & Health*, 27(2), 135-146.

Recebido em 26/09/2007

Aceito em 24/06/2008

---

**Endereço para correspondência :** Daniela Sacramento Zanini. Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Avenida Universitária 1069, Setor Universitário, Caixa Postal 86, CEP 74605-010, Goiânia-Goiás, Brasil. *E-mail:* dazanini@yahoo.com