

## Adaptação e validação da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo em idosos portugueses\*

Lígia Lima<sup>1</sup>  
Célia Santos<sup>1</sup>  
Celeste Bastos<sup>1</sup>  
Marina Guerra<sup>2</sup>  
Maria Manuela Martins<sup>1</sup>  
Patrício Costa<sup>3</sup>

Objetivo: adaptar e validar a Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS) em uma amostra de idosos. Método: estudo metodológico. A amostra de 964 idosos residentes em comunidade foi dividida aleatoriamente em dois grupos. O primeiro grupo foi utilizado como amostra de calibração para estudar o número de fatores subjacentes ao suporte social, pelo Método dos Eixos Principais, e o segundo grupo como amostra de validação para testar o modelo de "melhor ajuste", por meio da Análise Fatorial Confirmatória. Resultados: a Análise Fatorial Exploratória indicou uma solução de três fatores, que foi confirmada pela Análise Fatorial Confirmatória. Os fatores foram semelhantes aos das dimensões preexistentes do instrumento original e foram denominados Sensação de controle ( $\alpha = 0,900$ ), Suporte financeiro ( $\alpha = 0,802$ ), Suporte Familiar e socioafetivo ( $\alpha = 0,778$ ). A Análise Fatorial Confirmatória mostrou um ajuste aceitável. Os índices de adequação do modelo foram satisfatórios ( $\chi^2/gf = 5,418$ ; CFI = 0,903; NFI = 0,884; RMSEA = 0,098). A validade convergente foi confirmada por associações entre o suporte social e a adesão à medicação e o afeto positivo. A validação discriminante foi evidenciada por associação com o afeto negativo. A análise de confiabilidade mostrou valores de consistência interna elevados. Conclusão: o instrumento provou ser uma medida válida para a avaliação do suporte social em idosos.

Descritores: Estudos de Validação; Análise Fatorial; Apoio Social; Enfermagem Geriátrica; Afeto; Adesão à Medicação.





\* Apoio financeiro do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (COMPETE2020), POCI-01-0145-FEDER-007746 e pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), Portugal, UID/IC/4255/2013.

<sup>1</sup> Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> Universidade do Minho, Escola de Medicina, Instituto das Ciências da Vida e da Saúde, Braga, Portugal.

### Como citar este artigo

Lima L, Santos C, Bastos C, Guerra M, Martins MM, Costa P. Adaptation and validation of the instrumental expressive social support scale in Portuguese older individuals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3096. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2647.3096>.

mês dia ano URL

## Introdução

O suporte social tem sido amplamente estudado como um dos principais determinantes da saúde e do bem-estar ao longo do ciclo de vida<sup>(1-2)</sup>, com importância significativa na velhice<sup>(3)</sup>.

Portugal é um dos países europeus em que há uma taxa elevada de envelhecimento progressivo da população, principalmente devido à redução da fertilidade e ao aumento da expectativa de vida<sup>(4)</sup>. Outros problemas surgem neste período da vida, como o "aumento das pessoas dependentes, com deficiência e portadoras de doenças crônicas, pessoas que vivenciam desestruturação familiar, mudanças nos padrões familiares, juntamente com o crescente isolamento que afeta as pessoas idosas, bem como problemas de mobilidade, entre outros"<sup>(5)</sup>, que muitas vezes são negativamente associados com o suporte social. Além disso, a crise econômica produziu impactos negativos importantes em Portugal ao longo dos últimos oito anos. De fato, em um estudo transversal realizado para comparar o suporte social dos idosos em sete países europeus, Portugal apresentou a pontuação mais baixa<sup>(3)</sup>. Portanto, é fundamental desenvolver instrumentos para apoiar as pesquisas sobre essa nova realidade emergente, principalmente sobre instrumentos que sejam capazes de medir o suporte social em idosos.

A maioria das definições predominantes de suporte social se concentra nos recursos proporcionados por relações sólidas, que agem ou como contribuintes individuais para o bem-estar de uma pessoa ou como atenuadores de eventos adversos<sup>(6)</sup>, sendo considerados particularmente importantes para enfrentar as situações críticas e as transições da vida como o envelhecimento. Geralmente, é feita uma distinção entre o suporte recebido e o percebido. O primeiro está relacionado à assistência concreta fornecida pela rede social e o segundo resulta da avaliação subjetiva do primeiro. Apenas o suporte percebido tem sido considerado consistentemente ligado à saúde<sup>(7)</sup>, e é frequentemente descrito como um recurso crítico para lidar com o estresse<sup>(8)</sup>.

O suporte social é geralmente definido como um construto multidimensional que geralmente inclui três dimensões: 1) Suporte afetivo/emocional, que inclui a percepção de ser cuidado e compreendido pelas pessoas queridas, como amigos e familiares; 2) Suporte instrumental/financeiro, como ter renda suficiente para atender às necessidades pessoais; ou 3) Suporte informativo, ou seja, obtenção de conhecimento e *feedback* que ajudarão a atingir os objetivos individuais<sup>(9)</sup>. Pesquisas desenvolvidas anteriormente constataram que a dimensão afetiva é particularmente importante para o bem-estar e o estado geral de saúde dos idosos<sup>(9)</sup>.

O suporte social é determinado por variáveis sociodemográficas, tais como sexo, estado civil, idade e situação socioeconômica, e a influência de cada variável é muitas vezes complexa e elas geralmente interagem com outros fatores. Um suporte percebido maior está associado ao fato de ser mulher ou viver com um parceiro<sup>(3,10)</sup>. Também foi constatado que um nível educacional mais elevado está associado com o suporte social positivo<sup>(10)</sup>. A idade também é determinante e os idosos mais velhos também relataram níveis mais baixos de suporte social dos seus amigos, quando comparados aos idosos mais jovens<sup>(11)</sup>.

A associação entre o suporte social e os resultados da saúde encontra-se bem documentada. O suporte social é importante não só para promover uma melhor saúde mental, mas também para uma boa saúde física, reduzindo a mortalidade em 50%, independentemente da idade, sexo e outras condições de saúde<sup>(12)</sup>. Constatou-se que um baixo suporte social percebido está associado com uma autoavaliação deficiente da saúde em mulheres idosas<sup>(13)</sup>. Por sua vez, elevados níveis de suporte da família, amigos e grupos sociais são importantes preditores do prognóstico da doença, tanto em amostras hispânicas quanto caucasianas<sup>(14)</sup>.

A associação entre o suporte social e o bem-estar subjetivo na velhice também já foi determinada<sup>(15-18)</sup>. O afeto positivo e o negativo são dois dos três componentes do bem-estar subjetivo (BES), que também inclui a satisfação com a vida. A evidência existente mostra que o suporte social está positivamente correlacionado com o afeto positivo e inversamente correlacionado com o afeto negativo<sup>(16)</sup>. Por exemplo, em um estudo com idosos (média de idade de 73 anos), constatou-se que o suporte social estava associado ao afeto positivo<sup>(19)</sup>. Esse mesmo resultado foi encontrado em um estudo realizado na Austrália, que mostrou uma associação positiva entre o suporte social e o afeto positivo<sup>(20)</sup>. Uma associação positiva forte também foi descrita entre a satisfação com a vida e o suporte social, em um estudo envolvendo uma amostra de idosos residentes em comunidade<sup>(19)</sup>.

Uma forte associação foi encontrada entre a falta de suporte social e os distúrbios psicológicos em idosos que residem em domicílio<sup>(21)</sup>. A depressão é relativamente comum em idosos e o suporte social pode atuar como um atenuante, protegendo-os contra afetos negativos<sup>(22-23)</sup>. Ao comparar a associação entre a idade e o suporte social em diferentes faixas etárias, associações ainda mais fortes com o bem-estar foram evidenciadas em idosos<sup>(23)</sup>.

A associação entre o suporte social e a adesão do paciente ao tratamento médico já havia determinada em uma pesquisa anterior, ou seja, em idosos com doenças crônicas<sup>(24)</sup>. Um estudo anterior demonstrou que o suporte social influencia a adesão à medicação

para diabetes e o tratamento não farmacológico<sup>(25)</sup>. A relação entre o suporte social e a adesão à medicação é particularmente importante em idosos. Nesta faixa etária, a maioria das pessoas sofre de múltiplas doenças crônicas (por exemplo, hipertensão, colesterol, diabetes) e precisa tomar vários medicamentos. Os idosos também são os maiores usuários de medicamentos com prescrição médica<sup>(26)</sup>.

A falta de suporte social dos idosos residentes em domicílio também foi sugerida como um fator que contribui para a não adesão à medicação, e a prevalência de não adesão mostrou-se mais elevada nos indivíduos que viviam em suas próprias casas<sup>(27)</sup>. Além disso, outros estudos ressaltam que o problema da não adesão à medicação é cada vez mais elevado nas pessoas que moram sozinhas em suas próprias casas, com pouco suporte de seus familiares ou dos amigos<sup>(12)</sup>.

A avaliação do suporte social precisa ser cuidadosamente analisada, dependendo do tipo de pesquisa e também das características da população em estudo. Principalmente quando se trata de idosos, os instrumentos em uso devem se concentrar em aspectos característicos dessa faixa etária, ou seja, em seus papéis sociais, nos relacionamentos e no desenvolvimento psicológico. Mais precisamente, e considerando que a autonomia dos idosos é geralmente substituída por uma maior dependência dos parentes próximos e amigos, é fundamental que o instrumento identifique claramente a dimensão afetiva no suporte social percebido. Além disso, devido à redução da funcionalidade e independência, também é importante avaliar a forma como os idosos percebem o suporte social. Esse suporte social percebido se caracteriza por atitudes de respeito à autonomia da pessoa dependente ou, em contraposição, o suporte social é percebido como uma forma de controle excessivo e falta de sensação de empoderamento, porque "a percepção de controle pessoal desempenha um papel decisivo na saúde e no bem-estar do idoso"<sup>(28)</sup>. Finalmente, a dimensão econômica também é importante, uma vez que Portugal é um país onde os idosos são um grupo economicamente desfavorecido/vulnerável, e a Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS) satisfaz todas estas exigências, pois inclui itens que medem todos esses aspectos do suporte social percebido<sup>(29)</sup>.

A escala IESS foi previamente adaptada para a população portuguesa e os resultados demonstraram boas propriedades psicométricas<sup>(29)</sup>. A confiabilidade foi avaliada por meio da consistência interna e o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,83 para a escala total. A análise fatorial exploratória indicou seis fatores, responsáveis por 62,1% da variância. Os três fatores que explicaram a maior parte da variância observada foram: Fator 1 - suporte socioafetivo; Fator 2 - sensação de controle e

Fator 3 - suporte financeiro. A IESS também foi utilizada em uma pesquisa com pacientes cardíacos, na qual foi encontrada uma correlação negativa moderada entre o suporte social e o estresse percebido<sup>(30)</sup>. O instrumento também foi utilizado em uma amostra de pacientes com lesão vertebro-medular, sendo encontrada uma associação negativa entre o suporte social e a depressão<sup>(31)</sup>.

O objetivo deste estudo foi validar a versão em português da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo<sup>(29)</sup> em idosos.

## Método

Neste estudo transversal e observacional, foi utilizada uma amostra não probabilística e de conveniência, cujos participantes foram recrutados como parte de um projeto de pesquisa mais amplo. Os participantes da pesquisa foram 964 idosos residentes em comunidade, com idades entre 64 e 99 anos (M= 74,4; DP=7,0), sendo 392 (39,6%) homens e 572 (57,7%) mulheres. A maioria era casada (n=612; 61,8%), e 26,3% eram viúvos (n=261). Foi encontrado ensino primário (4 anos) como grau de instrução em 70% da amostra (n=696).

Para fins de validação, a amostra total foi dividida aleatoriamente em duas amostras diferentes (EFA e CFA). Uma visão geral das características dos participantes do estudo é apresentada na Tabela 1.

Vários instrumentos foram utilizados. A Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo havia sido adaptada anteriormente para o português<sup>(29)</sup>. A escala IESS é uma medida multidimensional de suporte social, que inclui 20 itens agrupados em três dimensões. Uma escala do tipo Likert de 5 pontos foi usada para determinar a frequência com que os participantes se aborreceram com os problemas descritos, nos últimos 6 meses (1 - "sempre ou quase sempre"; 2 - "muitas vezes"; 3 - "às vezes"; 4 - "raramente" e 5 - "nunca". A pontuação total é calculada pela soma das pontuações dos itens e pode variar entre 20 e 100, sendo que uma pontuação total elevada reflete uma melhor percepção do suporte social e ausência dos problemas apresentados.

A versão em português<sup>(32)</sup> da *Reported Adherence to Medication (RAM) Scale* é usada para avaliar os níveis de adesão à medicação, que inclui a frequência com que os pacientes ajustam ou mudam as doses prescritas. Essa escala mede os níveis de concordância como "às vezes se esquece de tomar, ou às vezes altera a dosagem da medicação" e a frequência percebida de esquecimento e de alteração da dose da medicação. Esses itens são distribuídos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, com uma pontuação total variando de 4 (muito aderente) a 20 (não aderente).

Tabela 1 – Características dos participantes ( $n^* = 964$ ).  
Porto, PT, Portugal, 2016

	Subamostra A – EFA† ( $n = 500$ )		Subamostra B – CFA* ( $n = 464$ )	
	$n$	%	$n$	%
<b>Gênero</b>				
Masculino	207	41,4	185	39,9
Feminino	293	58,6	279	60,1
<b>Idade</b>				
64-75	299	59,8	271	58,4
76-85	154	30,8	148	31,9
86-100	38	7,6	36	7,8
Ausente	9	1,8	9	1,9
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	21	4,2	23	5,0
Casado	302	60,4	295	63,5
Divorciado	29	5,8	12	2,6
Viúvo	134	26,8	122	26,3
Ausente	14	2,8	12	2,6
<b>Escolaridade</b>				
Sem educação convencional	73	14,6	81	17,5
Escola Primária – 4 anos	357	71,4	317	68,3
Escola Primária – 6 anos	33	6,6	29	6,3
Escola Média – 9 anos	16	3,2	14	3,0
Escola Secundária -12 anos	13	2,6	12	2,6
Educação pós-secundária	0	0	2	0,4
Bacharelado	0	0	2	0,4
Licenciatura	5	1,0	5	1,1
Doutorado	1	0,2	0	0,0
Ausente	2	0,4	2	0,4
<b>Ocupação</b>				
Ativo	9	1,8	13	2,8
Inativo	486	97,2	448	96,6
Ausente	5	1,0	3	0,6

\* $n$  – número de participantes; †EFA – Análise Fatorial Exploratória; ‡CFA – Análise Fatorial Confirmatória

A versão em português da *Negative Affect Schedule* (PANAS)<sup>(33)</sup>. A escala PANAS é usada para avaliar o afeto positivo e o negativo durante os 12 meses anteriores. Ela inclui 20 descritores de emoções, agrupados em duas subescalas: emoções positivas (Afeto positivo - AP), com 10 itens (alfa de Cronbach = 0,87); e emoções negativas (Afeto negativo - AN) com 10 itens (alfa de Cronbach = 0,89). Uma escala do tipo Likert de 5 pontos é usada para avaliar cada item, de 1 - "nenhum ou pouco" e 5 - "bastante". Em cada subescala é calculada a média dos itens (variando entre 10 como mínimo e 50 como máximo), sendo que as

pontuações mais altas mostram níveis mais elevados de emoções positivas ou negativas, respectivamente.

Os dados referentes a gênero, à idade, ao estado civil, ao grau de instrução e à ocupação também foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo denominado "Viver mais com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional", implementado através de um trabalho conjunto entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. O Comitê de Ética em Pesquisa de CINTESIS aprovou a pesquisa, com protocolo nº 244-14. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os potenciais participantes foram contatados pelas autoridades locais. Uma equipe de entrevistadores treinados realizou a coleta de dados, administrando o instrumento e entrevistando os participantes ou distribuindo o questionário e solicitando que os próprios indivíduos o preenchessem.

Para a análise dos dados, a amostra foi dividida aleatoriamente em dois grupos. Nem todos os entrevistados responderam todas as perguntas e, portanto, os números incluídos na análise mostraram algumas pequenas variações. Quando a quantidade de valores ausentes para cada caso era igual ou menor que cinco, os valores ausentes eram substituídos pela pontuação média. A normalidade da distribuição das respostas dos itens, avaliada através das respostas dos itens, foi confirmada pelo cálculo da curtose e da assimetria, considerando  $SK < 3$  e  $K < 8$  como valores de referência<sup>(34)</sup>.

A estrutura fatorial da IESS foi testada com um método de retenção para a validação cruzada, dividindo-se aleatoriamente a amostra total em duas subamostras de 500 (Subamostra A) e 464 (Subamostra B) participantes. A subamostra A foi usada para a calibração da escala. Uma Análise Fatorial Exploratória foi realizada utilizando um Método dos Eixos Principais como método de extração (modelo reflexivo) dos fatores subjacentes ao suporte social. O alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a confiabilidade de cada um dos fatores. A confiabilidade foi considerada adequada quando  $\alpha \geq 0,70$ <sup>(35)</sup>. A subamostra B foi utilizada para a validação da escala e o modelo obtido pelo método PAF foi confirmado utilizando o método CFA (método ML; testes de significância e medidas de adequação do ajuste: teste Qui-quadrado, CFI, GFI, TLI, RMSEA e SMRS).

A validade concorrente e a validade divergente foram avaliadas através da estimativa da correlação entre o suporte social e a adesão à medicação e os

afetos negativo positivo. A validade divergente com o afeto negativo, respectivamente (análise de correlação de Pearson).

O pacote SPSS v20 (IBM SPSS Statistics) e o pacote estatístico AMOS v21 foram usados para realizar toda a análise estatística.

## Resultados

O método dos Eixos Principais (PAF) foi utilizado para uma primeira análise exploratória dos dados (com rotação oblíqua e sem forçar um número prévio de fatores), com o objetivo de compreender como os dados foram naturalmente agrupados. A partir dessa análise, os itens 4, 8, 9 e 12 foram excluídos devido à baixa comunalidade (menor que 0,30). Em seguida, uma segunda análise fatorial exploratória foi realizada e os resultados mostraram que os itens foram agrupados em três fatores e todos os itens (excluindo-se os itens 18, 19 e 20) foram carregados em um único fator, com valores acima de 0,30, como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Resultados da análise fatorial exploratória, da Subamostra A. Porto, PT, Portugal, 2016

Item no.	Comunalidades	Fator		
		1	2	3
Item 5	0,559	0,849		
Item 3	0,463	0,770		
Item 6	0,562	0,740		
Item 13	0,565	0,696		
Item 15	0,547	0,658		
Item 2	0,534	0,582		
Item 19	0,614	0,536		0,339
Item 20	0,526	0,452		0,356
Item 14	0,412	0,367		
Item 7	0,624		0,924	
Item 11	0,618		0,862	
Item 1	0,403		0,450	
Item 17	0,540			0,843
Item 16	0,471			0,667
Item 10	0,463			0,490
Item 18	0,484	0,309		0,363

Método de Extração: Método dos Eixos Principais; Método de Rotação: Oblíquo com Normalização Kaiser; Rotação convergiu em 8 iterações.

Os fatores extraídos foram semelhantes a três das seis dimensões preexistentes do instrumento original e foram denominados como *Suporte familiar e sócio-afetivo* (itens 2, 3, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 19 e 20), *Sensação de controle* (itens 10, 16, 17 e 18) e *Suporte financeiro* (itens 1, 7, 11). O alfa de Cronbach foi utilizado para calcular a confiabilidade de cada um dos

fatores e os seguintes resultados foram encontrados: *Suporte familiar e sócioafetivo* = 0,778; *Sensação de controle* = 0,900; *Suporte financeiro* = 0,802.

A Análise Fatorial Confirmatória (CFA) foi utilizada para testar o modelo sugerido pela EFA, que incluiu três variáveis latentes inter-correlacionadas (F1 a F3) e 16 variáveis observáveis. Todos os itens foram carregados em seus fatores sugeridos (Modelo 1). Uma análise dos índices de modificação foi realizada e o modelo foi re-especificado, através da correlação entre os erros nos itens 5 e 6, 3 e 5, e este modelo modificado (Modelo 2) apresentou um melhor ajuste para os dados<sup>(34)</sup>.

Considerando que, teoricamente, o suporte social é um construto multidimensional, e que empiricamente, os fatores mostraram correlações fortes entre si, extraiu-se um fator de segunda ordem, o que permitiu calcular uma pontuação total para a escala de suporte social, produzindo assim um terceiro modelo (Tabela 3).

Tabela 3 - Resumo dos resultados da CFA\* para os 3 modelos e os índices de ajuste. Porto, PT, Portugal, 2016

	X <sup>2</sup> /gl <sup>†</sup>	CFA *	NFI <sup>§</sup>	RMSEA <sup>  </sup>	TLI <sup>¶</sup>
1º modelo	6,430	0,878	0,884	0,098	0,882
2º modelo	5,418	0,903	0,884	0,098	0,882
3º modelo	5,418	0,903	0,884	0,098	0,882

\*CFA – Análise Fatorial Confirmatória; <sup>†</sup>X<sup>2</sup>/df – Teste de Qui-quadrado (graus de liberdade); <sup>‡</sup>CFI – Índice de Ajuste Comparativo; <sup>§</sup>NFI – Índice de Ajuste Normalizado; <sup>||</sup>RMSEA – Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação; <sup>¶</sup>TLI – Índice de Tucker-Lewis.

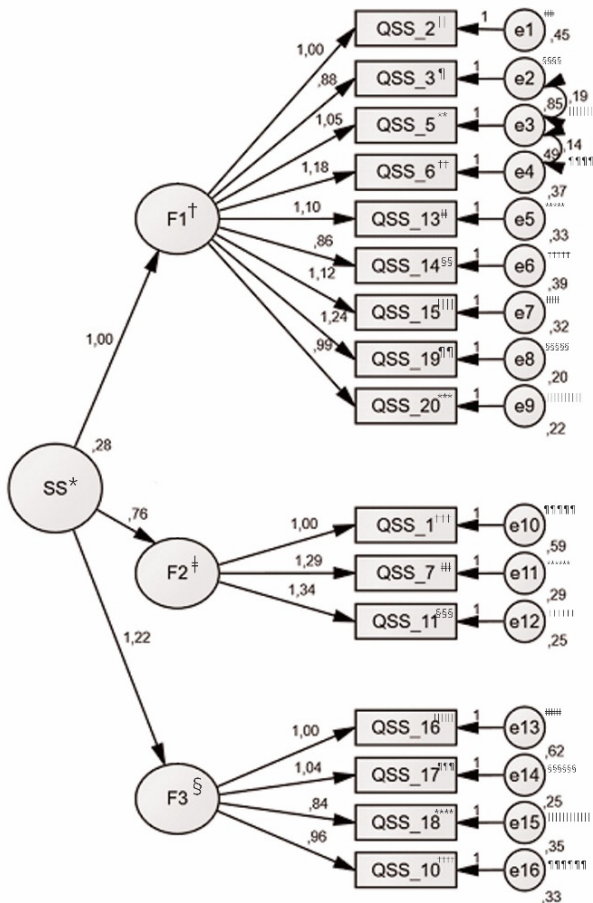
A representação gráfica do diagrama de trajetória, figura 1, mostra as cargas fatoriais das variáveis observadas nas variáveis latentes, bem como as covariâncias entre os fatores e as variâncias dos itens.

A sensibilidade psicométrica dos 16 itens da nova versão da escala IESS foi avaliada como medidas de resumo (média, mediana, moda e desvio padrão) e de forma (assimetria e curtose), conforme apresentado na Tabela 4. As propriedades distributivas e a sensibilidade psicométrica foram consideradas adequadas quando o valor absoluto da assimetria era menor que 3 e a curtose era menor que 7, indicando uma distribuição normal das respostas aos itens<sup>(36)</sup>.

A confiabilidade de cada um dos três fatores e a pontuação total da amostra B foram calculados pelo uso do coeficiente alfa de Cronbach, sendo encontrados os seguintes resultados: *Suporte familiar e sócioafetivo* (itens 2, 3, 5, 6, 13, 14, 15, 19 e 20) = 0,911; *Sensação de controle* (itens 10, 16, 17 e 18) = 0,805; *Suporte financeiro* (itens 1, 7 and 11) = 0,866; Pontuação total = 0,918. Nesta nova versão, com 16 itens, as pontuações variam de 16 a 80.

As associações entre o suporte social e a adesão à medicação e os afetos positivo/negativo foram investigadas para testar a validade convergente e divergente.

Associações muito significativas e positivas foram encontradas entre a pontuação total do suporte social e adesão ( $r = 0,316$ ;  $p = 0,000$ ) e afeto positivo ( $r = 0,216$ ;  $p = 0,000$ ), corroborando a validade convergente da escala IESS. A validade divergente da IESS foi constatada através da associação entre o suporte social e o afeto negativo, uma vez que também foi encontrada uma correlação negativa muito significativa entre a pontuação total do suporte social e do afeto negativo ( $r = -0,371$ ;  $p = 0,000$ ).



\*SS – Suporte Social; †F1 – Fator 1 (Suporte familiar e socioafetivo); ‡F2 – Fator 2 (Suporte financeiro); §F3 – Fator 3 (Sensação de controle); ||QSS\_2 – Questionário de Suporte Social – item número 2; ¶QSS\_3 – Questionário de Suporte Social – item número 3; \*\*QSS\_5 – Questionário de Suporte Social – item número 5; ††QSS\_6 – Questionário de Suporte Social – item número 6; ††QSS\_13 – Questionário de Suporte Social – item número 13; §§QSS\_14 – Questionário de Suporte Social – item número 14; ||||QSS\_15 – Questionário de Suporte Social – item número 15; ¶¶QSS\_19 – Questionário de Suporte Social – item número 19; \*\*\*QSS\_20 – Questionário de Suporte Social – item número 20; †††QSS\_1 – Questionário de Suporte Social – item número 1; †††QSS\_7 – Questionário de Suporte Social – item número 7; §§§QSS\_11 – Questionário de Suporte Social – item número 11; |||||QSS\_16 – Questionário de Suporte Social – item número 16; ¶¶¶QSS\_17 – Questionário de Suporte Social – item número 17; \*\*\*\*QSS\_18 – Questionário de Suporte Social – item número 18; ††††QSS\_10 – Questionário de Suporte Social – item número 10; ††††e1 – Erro 1; §§§§e2 – Erro 2; |||||e3 – Erro 3; ¶¶¶¶e4 – Erro 4; \*\*\*\*\*e5 – Erro 5; †††††e6 – Erro 6; †††††e7 – Erro 7; §§§§§e8 – Erro 8; |||||e9 – Erro 9; ¶¶¶¶¶e10 – Erro 10; \*\*\*\*\*e11 – Erro 11; †††††e12 – Erro 12; †††††e13 – Erro 13; §§§§§e14 – Erro 14; |||||e15 – Erro 15; ¶¶¶¶¶e16 – Erro 16; \*\*\*\*\*CFA – Análise Fatorial Confirmatória.

Figura 1 – Diagrama de trajetória dos resultados da CFA\*\*\*\*\* para o 3º modelo

Tabela 4 – Estatística descritiva dos itens da Escala de Suporte Social para a Subamostra B. Porto, PT, Portugal, 2016

ITEM NÚMERO	Média	Mediana	Moda	DP*	Assimetria	Curtose
1	3,82	4,00	5	1,089	-0,638	0,969
2	4,15	4,00	5	0,912	-1,054	-0,311
3	3,73	4,00	4	1,073	-0,563	0,451
5	3,95	4,00	4	0,971	-0,862	0,325
6	4,10	4,00	5	0,950	-0,886	-0,562
7	3,42	3,00	3	1,132	-0,272	1,260
10	4,32	5,00	5	0,865	-1,248	-0,471
11	3,62	4,00	3	1,153	-,511	1,088
13	4,22	4,00	5	0,893	-1,118	2,187
14	4,43	5,00	5	0,825	-1,511	1,451
15	4,29	5,00	5	0,896	-1,289	0,132
16	4,01	4,00	5	1,034	-0,872	0,725
17	4,15	4,00	4	0,859	-0,922	1,856
18	4,39	5,00	5	0,819	-1,374	0,174
19	4,18	4,00	5	0,887	-0,862	0,168
20	4,35	5,00	5	0,772	-0,924	0,969

\*SD – Standard Deviation

## Discussão

O principal objetivo deste estudo foi adaptar e validar a versão em português da escala *Instrumental and Expressive Social Support* (IESS) em idosos.

Uma análise fatorial exploratória foi primeiramente realizada na amostra de calibração para conhecer o número de fatores subjacentes ao suporte social, conforme medido por essa escala, e o Método dos Eixos Principais (PAF) foi usado para descobrir como os itens se agrupavam naturalmente. A primeira análise revelou que algumas modificações foram necessárias para melhorar a estrutura fatorial. Isto envolveu a exclusão de quatro itens, que foram os itens 4, 8, 9 e 12, devido às baixas cargas fatoriais encontradas. Os itens não devem ser excluídos apenas por razões estatísticas, mas após a análise de conteúdo, e a exclusão também foi aceitável por razões conceituais/teóricas, uma vez que esses itens não refletem aspectos característicos dos papéis sociais, das relações ou das representações sociais dos idosos sobre a velhice. Dois itens descreveram as percepções de ter uma intimidade e uma sexualidade menos gratificantes e de se sentir infeliz com o estado civil. Em relação ao primeiro item, embora a literatura sugira que intimidade e sexualidade sejam áreas importantes de satisfação pessoal em todas as idades, evidências também mostram que os idosos tendem a valorizar a intimidade (ou seja, ocasiões de companheirismo e amor) mais do que contato físico/sexualidade<sup>(37)</sup>. Uma pesquisa também ressalta que há preconceitos em relação à sexualidade na velhice<sup>(38)</sup>

e isso também pode explicar por que o item não foi considerado adequado nessa população. Os idosos geralmente compartilham representações sociais nas quais a sexualidade é vista como ausente, desnecessária ou inadequada em seu grupo etário<sup>(38)</sup>. Talvez porque este tipo de representações sociais ainda ser importante/ presente, os idosos não consideram a sexualidade como um componente importante do suporte social. O item relacionado à satisfação com o estado civil foi excluído provavelmente por razões semelhantes, pois as expectativas sociais determinam que não se espera que os idosos mudem seu estado civil, por exemplo, por meio de divórcio ou casamento. Os dois itens restantes poderiam ser considerados inadequados do ponto de vista social ou do desenvolvimento, pois descrevem a experiência de ter problemas relacionados às crianças e a um trabalho pouco gratificante. A maioria dos participantes já era aposentada e morava sozinha ou com um companheiro e, como esperado nesta idade, sem filhos sob sua responsabilidade, de modo que não compartilhavam seu cotidiano com os filhos.

A versão reduzida foi novamente analisada por PAF e foram extraídos três fatores, semelhantes aos das dimensões pré-existentes na versão anterior em português do instrumento. Os três fatores mostraram boa confiabilidade e foram denominados como Suporte familiar e sócio-afetivo, Sensação de controle e Suporte financeiro. Alguns itens foram carregados em mais de um fator, mas todos foram agrupados no fator onde seu carregamento foi maior.

O primeiro fator, denominado "Suporte familiar e socioafetivo", agrupa os itens que medem o que a dimensão expressiva do suporte social geralmente descreve. Essa dimensão avalia se os entrevistados sentem ou acreditam que seus familiares e amigos são próximos e afetuosos e que estão disponíveis para compartilharem seus problemas. Tem sido alegado que os parentes próximos e amigos têm papéis diferentes na prestação de suporte social na velhice, mas ambos representam fontes importantes de amor e carinho, e contribuem para o bem-estar subjetivo<sup>(18)</sup>. O segundo fator, "Suporte financeiro", representa o que geralmente é descrito como suporte instrumental, uma vez que avalia se os idosos sentem que têm suporte financeiro suficiente para suas necessidades e se sentem capazes de administrar suas finanças. Como mencionado anteriormente, esta dimensão é particularmente importante para os idosos portugueses, pois eles representam uma parte significativa de um grupo desfavorecido economicamente<sup>(3)</sup>. Por fim, o terceiro fator, "Sensação de controle", inclui itens que avaliam como os entrevistados sentem que seus relacionamentos próximos são capazes de respeitar sua autonomia e independência, proporcionando um suporte que não é

excessivamente controlador. Uma revisão da literatura mostrou que os idosos têm uma grande força interior em relação à tomada de decisão autônoma, apesar da dependência<sup>(28)</sup>.

A subamostra B foi usada para a validação da escala e para confirmar a estrutura de três fatores da escala IESS, com o objetivo de demonstrar sua utilidade na avaliação do suporte social em idosos. De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo realizado com o intuito de analisar a estrutura fatorial da escala IESS, e os artigos anteriores apresentaram apenas uma análise exploratória no estudo sobre as propriedades psicométricas do instrumento<sup>(29)</sup>. Foi necessária a inclusão de 2 correlações entre os erros no modelo, mas os resultados obtidos pela CFA sugerem que a estrutura do modelo de 3 fatores apresentou o melhor desempenho para os índices de adequação, semelhante aos pontos de corte consenso<sup>(35)</sup>. A etapa final da CFA permitiu extrair um fator de segunda ordem que respalda a existência de uma pontuação total para o suporte social, medida pela escala IESS.

Como discutido anteriormente, a teoria e a evidência defendem que o suporte social consiste em um construto multidimensional que pode ser avaliado através de determinadas dimensões, ou em sub-construtos subjacentes que podem ser medidos utilizando um questionário com uma certa quantidade de itens. As intercorrelações encontradas entre os três fatores também foram estatisticamente significativas, e defendem a existência de um construto principal do suporte social, como sugerido em estudos anteriores<sup>(30-31)</sup>.

Todos os valores para as consistências interna total e dimensional atingiram níveis confiáveis e superiores aos dos valores obtidos anteriormente com a versão original da escala IESS<sup>(29)</sup>. Além disso, a análise da sensibilidade psicométrica de cada item revelou que todos os 16 itens eram sensíveis.

A validade concorrente e a validade divergente foram avaliadas através da estimativa da correlação entre a escala IESS e a adesão à medicação e o afeto positivo e negativo, respectivamente (análise de correlação de Pearson). A análise da associação com esses outros construtos psicológicos confirmou a validade convergente e a validade divergente da escala IESS, pois é negativamente relacionada com o afeto negativo, conforme outros estudos prévios<sup>(23,39)</sup> e é positivamente relacionada com o afeto positivo, o que também coincide com as pesquisas anteriores<sup>(16,18,39)</sup>. A associação observada entre o suporte social e a adesão à medicação também foi encontrada em outros estudos<sup>(24,40)</sup>. Com o aumento da idade e da multimorbidade, os tratamentos com medicamentos tornam-se cada vez mais necessários e espera-se que aqueles identificados com os níveis de

suporte social mais elevados também sejam aqueles que têm mais recursos para aderirem à medicação.

## Conclusão

O suporte social desempenha um papel importante na saúde e no bem-estar dos idosos. Este é o primeiro estudo que visou validar a Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS) em idosos portugueses.

Este estudo oferece contribuições importantes, pois inclui uma amostra grande e de base comunitária, que além de proporcionar uma análise boa e confiável, também permite a generalização dos resultados além dos contextos clínicos nos quais a IESS foi usada anteriormente.

Por fim, a escala IESS apresenta uma validade adequada e uma boa consistência interna e pode ser considerada um instrumento útil para medir o suporte social percebido em idosos, possibilitando a identificação das áreas mais vulneráveis e as que necessitam de intervenções adicionais de enfermagem.

Esses resultados têm implicações importantes para a prática clínica, uma vez que os idosos percebidos com os níveis de suporte social mais baixos se mostraram mais vulneráveis a apresentar afeto negativo e comportamentos de não adesão à medicação. A identificação dessas pessoas permite que os enfermeiros intervenham diretamente como um recurso valioso de suporte para a promoção do autocuidado e do bem-estar em idosos. Os resultados provavelmente contribuirão para a educação e formação de enfermeiros profissionais e estudantes de enfermagem envolvidos no processo de cuidados aos idosos. Além disso, o uso da IESS pode ser amplamente estendido aos contextos de cuidados aos idosos, para apoiar futuras pesquisas.

## Referencias

1. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011 Jun;52(2):145-61. doi: 10.1177/0022146510395592.
2. Reblin M, Uchino BN. Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Curr Opin Psychiatry.* 2008 Mar;21(2):201-5. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89.
3. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS One.* 2013 Jan 30;8(1):e54856. doi: 10.1371/journal.pone.0054856.
4. Rodrigues V, Mota-Pinto A, de Sousa B, Botelho A, Alves C, de Oliveira CR. The aging profile of the Portuguese population: a principal component analysis. *J*

*Commun Health.* 2014 Aug;39(4):747-52. doi: 10.1007/s10900-014-9821-2.

5. Santana P. Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2000 April [cited Mar 23, 2018]; 50(7-8):1025-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10714924>
6. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Per Soc Psychol Rev.* 2015 May;19(2):113-47. doi: 10.1177/1088868314544222.
7. Haber MG, Cohen JL, Lucas T, Baltes BB. The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am J Commun Psychol.* 2007 Feb 17;39(1-2):133-44. doi: [org/10.1007/s10464-007-9100-9](https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9).
8. Gadalla TM. The role of mastery and social support in the association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *J Gerontol Soc Work.* 2010 Jun 21;53(6):512-30. doi: 10.1080/01634372.2010.490691.
9. White AM, Philogene GS, Fine L, Sinha S. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *Am J Public Health.* 2009 Oct;99(10):1872-8. doi: 10.2105/AJPH.2008.146894.
10. Chen R, Simon MA, Chang ES, Zhen Y, Dong X. The perception of social support among U.S. Chinese older adults: findings from the PINE Study. *J Aging Health.* 2014 Oct;26(7):1137-54. doi: 10.1177/0898264314529332.
11. Matt GE, Dean A. Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *J Health Soc Behav.* [Internet]. 1993 Sep [cited Apr 2, 2018];34(3):187-200. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7989664>.
12. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 July 27;7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.
13. Caetano SC, Silva CM, Vettore MV. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatr.* 2013 Nov 15;13:122. doi: 10.1186/1471-2318-13-122.
14. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health.* 2006 Jun 1;18(3):359-84. doi: 10.1177/0898264305280993.
15. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2000 Jun;15(2):187-224. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187.
16. Wang HH, Liu YY. The relationship between social support and well-being of rural elderly women. *Kaohsiung J Med Sci.* [Internet]. 2000 Dec [cited Mar



- 21, 2018];16(12):626-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392103>
17. Lakey B, Vander Molen RJ, Fles E, Andrews J. Ordinary Social Interaction and the Main Effect Between Perceived Support and Affect. *J Perspect*. 2016 Oct;84(5):671-84. doi: 10.1111/jopy.12190.
18. Li H, Ji Y, Chen T. The Roles of Different Sources of Social Support on Emotional Well-Being among Chinese Elderly. *PLoS One*. 2014 Mar 3;9(3):e90051. doi: 10.1371/journal.pone.0090051.
19. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2000 Mar; [cited Mar 14, 2018]; 55(2):P107-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10794189>
20. Ferguson SJ, Goodwin AD. Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *Int J Aging Hum Dev*. 2010 Aug;71(1):43-68. doi: 10.2190/AG.71.1.c.
21. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr*. 2012 Jun 8;12:27. doi: 10.1186/1471-2318-12-27.
22. Sharpley C, Hussain R, Wark S, McEvoy M, Attia J. The influence of social support on psychological distress in older persons: an examination of interaction processes in australia. *Psychol Rep*. 2015 Dec;117(3):883-96. doi: 10.2466/21.10.PR0.117c27z5.
23. Scholz U, Kliegel M, Luszczynska A, Knoll N. Associations between received social support and positive and negative affect: evidence for age differences from a daily-diary study. *Eur J Ageing*. 2012 Dec;9(4):361-71. doi: 10.1007/s10433-012-0236-6.
24. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2004 Mar 1;23(2):207-18. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.207.
25. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCFd, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Jan; 20(1): 52-8. doi: 10.1590/S0104-11692012000100008.
26. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DSH, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States: 1988–2010. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015 Aug;70(8):989-95. doi: 10.1093/gerona/glv013.
27. Vik SA, Hogan DB, Patten SB, Johnson JA, Romonko-Slack L, Maxwell CJ. Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. *Drugs Aging*. [Internet]. 2006 Apr [cited Apr 2, 2018];23(4):345-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732693>
28. Fjordside S, Morville A. Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. *Int J Older People Nurs*. 2016 Dec;11(4):284-97. doi: 10.1111/opn.12116.
29. Guerra MP, Lencastre L, Silva E, Teixeira PM. Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychol*. 2017 Dec;4(1):1286747. doi: 10.1080/23311908.2017.1286747.
30. Rodrigues A, Guerra M, Maciel MJ. Impact of stress and hostility in coronary heart disease. *Rev Bras Soc Psicol Hosp* [Internet]. 2010 Jun [cited Mar 23, 2018];13(1):107-35. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100009&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100009&lng=pt)
31. Ferreira M, Guerra M. Adjustment to spinal cord injury. *Psic Saúde Doenças*. 2014;15(2):380-95. doi:10.15309/14psd150205.
32. Pereira MG, Pedras S, Machado JC. Adaptation of the medication adherence report scale in a sample of portuguese type 2 diabetes patients. *Rev Bras Soc Psicol Hosp*. [Internet]. 2012 Dec [cited Apr 2, 2018];15(2):148-66. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000200011&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200011&lng=pt)
33. Galinha IC, Pais-Ribeiro JL. Study of adaptation of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) to the Portuguese population. *Anal Psicol*. [Internet]. 2005 [cited Mar 23, 2018];23(2):219-27. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/84/pdf>
34. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Muller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Meth Psychol Res*. [Internet]. 2003 [cited 2018 Mar 20];8(2):23-74. Available from: [https://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue20/art2/mpr130\\_13.pdf](https://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue20/art2/mpr130_13.pdf)
35. Santos NC, Costa PS, Amorim L, Moreira PS, Cunha P, Cotter J, et al. Exploring the factor structure of neurocognitive measures in older individuals. *Plos One*. 2015 Apr 16;10(4):e0124229. doi: 10.1371/journal.pone.0124229.
36. Byrne BM. Structural Equation Modeling With AMOS, EQS, and LISREL: Comparative Approaches to Testing for the Factorial Validity of a Measuring Instrument. *Int J Testing*. 2001 Jan;1(1):55-86. doi: 10.1207/S15327574IJT0101\_4.
37. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*.

2005 Dec;14(10):2197-214. doi: 10.1007/s11136-005-7380-9.

38. Vieira KFL, Coutinho ML, Saraiva EA. Sexuality in Old Age: Social Representations of Elderly Patrons of a Social Group. *Psicol Cienc Prof.* 2016 Jan-Mar;36(1):196-209. doi: 10.1590/1982-3703002392013.

39. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Soc Indic Res.* 2014 Jun;117(2):561-76. doi: 10.1007/s11205-013-0361-4.

40. Warner LM, Schüz B, Aiken L, Ziegelmann JP, Wurm S, Tesch-Römer C, et al. Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. *Soc Sci Med.* 2013 Jun;87:23-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.03.012.

Recebido: 04.05.2018


Aceito: 17.09.2018

---

Autor correspondente:

Lígia Maria Monteiro Lima

E-mail: ligia@esenf.pt

 <https://orcid.org/0000-0003-4556-0485>

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.