

## PROPRIEDADES MÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL DO MOS (MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY) COM IDOSOS

José Luís Pais-Ribeiro<sup>1</sup> & Ana Carolina Silva L. C. Ponte  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

---

**RESUMO:** O suporte social consiste na variedade de recursos fornecidos a uma pessoa pelas outras pessoas. A Escala de Suporte Social do MOS, foi desenvolvida no âmbito de um amplo estudo com pessoas com doenças crónicas, o *Medical Outcomes Study* ou MOS. O objectivo do presente estudo é estudar a adaptação Portuguesa desta escala numa população idosa. Participaram 225 indivíduos de ambos os géneros, com idade superior a 65 anos, 65,8% mulheres. A escala inclui 19 itens distribuídos por 4 dimensões: Interação social positiva, suporte social tangível, suporte social afectivo, e suporte social emocional e informacional, para além de um resultado global ou suporte social total. Os resultados do presente estudo mostram boas propriedades psicométricas e uma estrutura e propriedades idênticas às da versão original e às versões anteriores Portuguesas. As diferenças encontradas comparativamente com estudos anteriores sugerem sensibilidade a este grupo etário.

*Palavras-chave:* Suporte social, Idosos, Estudo de adaptação.

---

### METRIC PROPERTIES OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY WITH A SAMPLE OF AGED PEOPLE

**ABSTRACT:** Social support refers to the variety of resources provided by other persons. The MOS social support survey was developed for patients in the Medical outcomes survey.

The objective of the present study is to study the Portuguese adaptation of the MOS Social Support Survey with an aged population. Participants are 225 individuals, aged over 65 years, 65.8% females. The scale contains 19 items measuring four dimensions: emotional and informational support, tangible support, affectionate support, and positive interaction, more a total score. Results of the present study exhibit metric properties similar to the original version of the United States of America, and to the previous studies Portuguese European versions. Differences from previous studies suggest that the scale is sensitive to the aged group of the present study.

*Keywords:* Social support, Aged people, Adaptation study.

---

Recebido em 12 Fevereiro de 2009 / Aceite em 22 de Julho de 2009

O funcionamento social é um conceito amplo e genérico que pode incluir todo o comportamento humano no papel e no contexto social (Sherbourne, 1992). Esta autora explica que o funcionamento social pode ser visto como o ajustamento às expectativas normativas sobre o papel e o comportamento social no seio da comuni-

dade. O funcionamento social tem sido considerado uma das dimensões de saúde, mas a autora defende que ele também é indicativo do estado mental e físico, ou seja, problemas de funcionamento social podem ser causados por problemas de saúde física e mental.

Sherbourne (1992) explica que o suporte social (SS) é diferente do funcionamento social referindo-se ao contexto onde o funcionamento social ocorre, sendo constituído pela variedade de recursos fornecidos pelas outras pessoas. Uma pessoa pode ter um bom funcionamento social apesar de ter um SS fraco e pode ter limitações de funcionamento social mesmo com um forte SS

Classicamente o SS define-se como “the existence or availability of people on whom we can rely, people who let us know that they care about, value, and love us” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, p.127). Sydney Cobb (1976) explicava que o suporte social é informação que leva o indivíduo a acreditar que é apoiado e amado, que é estimado e valorizado, que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

A investigação sobre o papel do SS, ou apoio social, na saúde ganhou preponderância nos últimos decénios do século XX (Callaghan, & Morrissey, 1993; Cohen & McKay, 1984).

Numa revisão de investigação sobre o SS, Callaghan e Morrissey, (1993) concluem haver evidência proveniente de uma grande variedade de estudos, ao longo dos anos, de que o SS pode ter um papel importante na manutenção da saúde e no amortecimento dos efeitos deletérios do distresse social e ambiental. Kaplan, Patterson, Kerner, Grant, e o HIV Neurobehavioral Research Center (1997), numa revisão de estudos epidemiológicos afirmam que parece haver uma relação impressionante entre SS e diferentes indicadores de saúde, da longevidade à mortalidade, em diversas doenças e condições. Estes autores questionam a direccionalidade da relação: se é o SS fraco que causa fraca saúde ou o contrário.

Rodin e Salovey (1989) referem que o SS alivia o distresse em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, o SS tem um papel importante na recuperação da doença. Sarason et. al (1983) explicam que o SS contribui para um ajustamento positivo e para o desenvolvimento pessoal e fornece protecção contra os efeitos do stress. Parece haver evidência consistente de que o SS disponível protege os indivíduos dos efeitos dos stressores (Bolger, & Amarel, 2007; Callaghan, & Morrissey, 1993; Cohen, 2004; Cohen & Hoberman, 1983). A investigação parece ser consensual sobre a importância do SS para a saúde (Berkman & Glass, 2000; Cohen & Lemay, 2007; Diong et al., 2005; Gottlieb, 1985), ou seja a disponibilidade de alguém que forneça ajuda ou apoio emocional parece proteger os indivíduos das consequências negativas de doenças mais graves e de situações stressantes (Sherbourne & Stewart, 1991).

Singer e Lord (1984) colocam como hipótese que o efeito do SS cai dentro de quatro categorias: a) o SS protege das perturbações induzidas pelo stress; b) a ausência de SS é um stressor; c) a perda de SS é um stressor; d) o SS é benéfico. Segundo estes autores, todas estas hipóteses têm recebido confirmação da investigação.

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem entre SS percebido e recebido. O primeiro refere-se ao que o indivíduo indica ter disponível quando necessário, o segundo, aquele que é recebido de alguém. Wethington e Kessler (1986) verificaram que os resultados de saúde são melhor explicados pela existência do SS percebido do que pela existência de SS tangível. Sherbourne e Stewart (1991), referem que no SS é importante a percepção de existência de suporte funcional, e que este se refere ao grau em que as relações interpessoais servem determinadas funções.

É consensual que o SS é constituído por múltiplos domínios: Dunst e Trivette (1990) sugerem a existência de cinco componentes interligados: constitucional, relacional, funcional, estrutural e satisfação. Parece também existir concordância sobre a necessidade da existência de instrumentos multidimensionais, psicometricamente fundamentados, para utilização com população doente, que sejam suficientemente breves para não constituírem uma sobrecarga (Broadhead, Gehlbach, DeGruy & Kaplan, 1988; Cohen & Syme, 1985; House & Kahn, 1985; Orth-Gomer & Unden, 1987). Já antes desenvolvemos um questionário de avaliação do SS dirigido à população em geral (Pais-Ribeiro, 1999).

Sherbourne e Stewart, (1991) desenvolveram um questionário destinado a pessoas com doenças crónicas cujos itens avaliam: 1) o suporte emocional, que consiste na expressão de afecto positivo, compreensão empática e encorajamento de expressão de sentimentos, 2) o suporte informacional, que consiste em orientação ou feedback, que ajude a encontrar uma solução para o problema, 3) o suporte tangível, que consiste no fornecimento de ajuda material ou de assistência, 4) a interação social positiva, ou seja, a existência de outras pessoas com quem fazer coisas interessantes e divertidas e, 5) o suporte afectivo, que envolve a expressão de amor e afecto. O questionário destes autores tem sido muito utilizado em contexto de doença e nas mais variadas doenças e condições (Baigi, Hildingh, Virdhall, & Fridlund, 2008; Cumming, Cadilhac, Rubin, Crafti, & Pearce, 2008; Gaede, et al. 2006; Kettmann, & Altmaier, 2008; Martin, & Levy, 2006; Surkan, Peterson, Hughes, & Gottlieb, 2006; Westaway, Seager, Rheeder, & Van Zyl, 2005).

Estudos anteriores sobre este instrumento realizados em Português Europeu, com pessoas com doença crónica (Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007) e da comunidade (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008) mostram uma estrutura factorial de quatro factores e propriedades psicométricas semelhantes à versão original. A forma em Português do Brasil (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005) encontrou três factores, tal como em Castelhana (Requena, Salamero, & Gil, 2007), e Malaio (Mahmud, Awang, & Mohamed, 2004), mas com a constituição dos factores incluindo itens diferentes. Outros estudos de validação para línguas e culturas diferentes mostram também uma estrutura factorial diferente como seja de dois factores para o Inglês da África do Sul (Westaway, et al. 2005), e para Chinês de Taiwan (Shyu, Tang, Liang, & Weng, 2006). A adaptação para Francês mostra uma estrutura idêntica à original e à Portuguesa (Badoux, 2000).

O objectivo do presente estudo é inspeccionar a estrutura e os valores psicométricos da versão para Português Europeu da Escala de Suporte Social do MOS numa população de idosos.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram 225 indivíduos, 65,8% mulheres, 48% casados, 37,7% viúvos, idade média de 75,58 anos (entre 65 e 92), escolaridade média de 5,80 anos, 88% reformados. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do género e do estatuto profissional (reformado versus trabalhador), quer por dimensão quer para a pontuação total.

### *Material*

O MOS Social Support Survey que, na versão Portuguesa, denominaremos de Escala de Suporte Social do MOS, é uma escala breve, de auto-resposta, multidimensional, desenvolvida para doentes crónicos no âmbito do estudo MOS. MOS é o acrónimo de Medical Outcomes Study, um estudo longitudinal de dois anos visando os processos e resultados dos cuidados de saúde com doentes crónicos. A escala propõe-se avaliar as principais dimensões do SS de forma prática e breve. As autoras partiram da análise das medidas e conceitos existentes para gerarem os 50 itens exploratórios iniciais que se centravam na percepção da disponibilidade de diversas funções de SS. Após diversas fases de tratamento dos itens passaram para 37, até se fixarem no número final de 19. Os respondentes eram 2987 pessoas com doença crónica, com idades entre os 18 e 98 anos de idade ( $M=55$ ), 39% homens. Os 19 itens referem-se às cinco dimensões de suporte social propostas pelos autores: tangível (4 questões); afectivo (3 questões); emocional (4 questões); informacional (4 questões); e interacção social positiva (4 questões). Na solução final duas dimensões (emocional e informacional) fundem-se ficando o Escala de Suporte Social do MOS com quatro dimensões. O respondente deverá indicar, para cada item, com que frequência considera ter disponível cada tipo de apoio caso necessite entre, “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”. No final os resultados são transformados numa pontuação de 0 a 100, por dimensão, mais uma pontuação total.

Número de amigos -Com vista a encontrar indicadores estruturais, e tal como no estudo original, perguntámos o número de amigos íntimos que o respondente possui, considerando este indicador como medida de convergência das dimensões da Escala de Suporte Social do MOS

Estado civil- Também como no estudo original, agrupámos os indivíduos em sós (solteiros, divorciados e viúvos) e casados, para relacionar com o resultado do SS.

*Procedimento*

Recorremos à análise factorial exploratória para o estudo preliminar dos dados, e para identificar a estrutura da escala. Verificámos ainda a consistência interna de cada uma das dimensões e da escala total, assim como indicadores descritivos das dimensões e da escala total. Foram eliminados os participantes que respondiam sempre nos lugares extremos das possibilidades de resposta (zero ou 100 para todas as dimensões) o que poderia sinalizar falsificação.

RESULTADOS

Procedemos a uma análise em componentes principais dos resultados, seguindo a regra Kaiser, com rotação varimax, encontrando quatro componentes em cinco interacções, que explicavam 73,10% da variância (quadro 1). A solução agrupa os itens propostos na solução original, e idênticos ao nosso estudo anterior com população adulta da comunidade (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008) que explicava 68,99% da variância, com alteração da ordem dos dois últimos factores que neste estudo trocam de posição entre si.

Quadro 1

*Carga factorial nos componentes extraídos, mantendo as cargas factoriais acima de 0,40*

	Componentes			
	1	2	3	4
frequência de companhia para fazer coisas agradáveis				0,76
frequência de companhia para fazer se distrair				0,80
frequência de companhia para fazer relaxar				0,69
frequência de companhia para fazer se divertir				0,79
frequência de alguém que ame e que o faça sentir amado			0,79	
frequência de alguém que lhe dê um abraço			0,86	
frequência de alguém que demonstre amor e afecto			0,83	
frequência de companhia para partilhar preocupações e medos	0,58			
frequência de alguém que compreenda os seus problemas	0,67			
frequência de alguém que confie para falar de si ou seus problemas	0,81			
frequência de alguém que o ouça quando precisar de desabafar	0,80			
frequência de alguém que lhe dê bons conselhos em situação de crise	0,89			
frequência de alguém para lhe dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal	0,85			
frequência de conselhos de quem realmente quer	0,75			
frequência de companhia para lhe dar informação e ajudar a compreender certa situação	0,73			

## Quadro 1 (Cont.)

*Carga factorial nos componentes extraídos, mantendo as cargas factoriais acima de 0,40*

	Componentes			
	1	2	3	4
frequência de companhia para o ajudar se ficar de cama		0,82		
frequência de companhia para o levar ao médico		0,80		
frequência de companhia para o ajudar nas tarefas diárias se ficar doente		0,90		
frequência de companhia para preparar refeições se não puder		0,90		

**Componente 1 -suporte social emocional e informacional; Componente 2 -suporte social tangível; Componente 3- suporte social afectivo; Componente 4- interação social positiva**

A inspecção da matriz da análise em componentes principais, depois da rotação, mostra cargas factoriais elevadas de cada item num componente, tal como o que foi descrito na versão original, e com valores de discriminação geralmente elevados, com os valores de discriminação mais baixos na casa dos 20 pontos mas, normalmente, acima dos 40 pontos.

O quadro 2 mostra a consistência interna, segundo o Alpha de Cronbach, de cada dimensão para o presente estudo: entre parêntesis mostra-se, em primeiro lugar a consistência interna do nosso estudo anterior e depois o da versão original.

## Quadro 2

*Consistência interna da Escala de Suporte Social do MOS (entre parêntesis mostram-se os resultados do estudo de Ponte e Pais-Ribeiro, 2008, e da versão original)*

	Consistência interna
Tangível	0,91 (0,89, 0,92)
Afectivo	0,90 (0,77, 0,91)
EmoInformSup	0,93 (0,91, 0,96)
IntSocPo	0,78 (0,72, 0,94)
SupSocialTT	0,91 (0,91, 0,97)

**Tangível -suporte social tangível; Afectivo -suporte social afectivo; EmoInformSup -suporte social emocional e informacional; IntSocPos -interacção social positiva; SupSocialTT - suporte social total**

Os resultados são consistentes com o nosso estudo anterior e mais próximos dos valores do estudo original do MOS. De qualquer modo os valores da consistência interna continuam muito elevados a sugerir alguma redundância dos itens.

As correlações corrigidas para sobreposição, de cada item com a dimensão a que pertence, são elevadas, tal como a carga factorial nos componentes já sugeria, com valores entre 0,73 e 0,86 para a dimensão “suporte tangível” (0,72-0,87 na versão original dos EUA), 0,67 a 0,81 para o “suporte

emocional/informacional” (0,82-0,90 na original), 0,72 a 0,83 para o “suporte afectivo” (0,80 a 0,86 na original), 0,44 a 0,67 para a “Interacção social positiva” (0,87-0,88 na original).

A análise da correlação entre itens de cada dimensão mostra para o “suporte tangível” valores entre  $r= 0,65$  e  $r= 0,84$ ; para o “suporte emocional/informacional” valores entre  $r= 0,47$  e  $r= 0,82$ ; para o “suporte afectivo” valores entre  $r= 0,74$  e  $r= 0,80$ ; para a “Interacção social positiva” valores entre  $r= 0,34$  e  $r= 0,63$ . Epstein (1983) defendia que para que os itens de uma escala não sejam redundantes devem exibir correlações inter itens entre 0,20 e 0,30 e que se este valor for superior então há redundância. Afirma que, “an ideal item in a test that measures a broad trait is one that has a relatively high correlation with the sum of all items in the test (minus itself) and a relatively low average correlation with the other items”, (p. 366). Ora, o que se verifica aqui é que os valores de correlação entre itens são elevados e próximos dos valores da correlação item dimensão a que pertence (corrigida para sobreposição). Tal resultado aponta para a existência de redundância entre itens como sugere Epstein.

As correlações das dimensões entre si e com a escala total são apresentadas no quadro 3

Quadro 3

*correlações de Pearson entre pontuações das dimensões e da escala total (entre parêntesis os valores de correlação entre dimensões na versão original)*

	IntSocPo	Tangível	Afectivo	EmoInform Sup	SupSocialTT
IntSocPo	0,15 (*) (0,70)				
Tangível					
Afectivo	0,30 (**) (0,80)	0,37 (**) (0,70)			
EmoInformSup	0,30 (**) (0,82)	0,41 (**) (0,69)	0,60 (**) (0,76)		
SupSocialTT	0,56 (**)	0,69 (**)	0,80 (**)	0,81 (**)	

\* Correlação significativa ao nível 0.05 (bi-caudal);\*\* Correlação significativa ao nível 0.01 (bi-caudal).

**IntSocPo-interacção social positiva; Tangível -suporte social tangível; Afectivo -suporte social afectivo; EmoInformSup -suporte social emocional e informacional; SupSocialTT - suporte social total**

As correlações entre dimensões são muito mais baixas do que na versão original, o que salienta uma maior independência das dimensões no nosso estudo. As dimensões que explicam melhor o resultado total são o “suporte social afectivo” e o “suporte social emocional e informacional”, cada uma com um pouco mais de dois terços da variância da escala total explicada.

As médias dos valores de cada dimensão da escala e da escala total, são os apresentados no quadro 4

## Quadro 4

*Estatística descritiva para as dimensões de suporte social*

	Presente estudo M (DP)	Estudo de Ponte e Pais Ribeiro (2008) M (DP)	Estudo de Sherbourne e Stewart, (1991) M (DP)
IntSocPo	56,41 (20,95)	64,00 (16,92)	69,80 (26,00)
Tangível	80,85 (26,30)	66,90 (25,71)	69,80 (28,50)
Afectivo	72,81 (27,08)	76,41 (18,76)	73,70 (28,30)
EmoInformSup	64,03 (24,61)	65,91 (21,19)	69,60 (25,50)
SupSocialTT	68,53 (17,99)	68,26 (15,36)	70,10 (24,20)
N	225	100	2987

**IntSocPo-interacção social positiva; Tangível -suporte social tangível; Afectivo -suporte social afectivo; EmoInformSup -suporte social emocional e informacional; SupSocialTT - suporte social total**

O procedimento One-Sample T Test para identificar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos nossos dois estudos mostram que há diferenças para: a interacção social positiva ( $t(224)=5,42, p<0,0001$ ); o suporte social tangível ( $t(224)=7,95, p<0,0001$ ); o suporte social afectivo ( $t(224)=1,91, p<0,05$ ). Não há diferenças estatisticamente significativas entre o nosso primeiro estudo e o actual para o suporte social emocional e informacional e para o suporte social total. Os resultados mostram variações entre o nosso estudo anterior, em que a média de idades era  $M=36,53$ , e o actual. Provavelmente, as diferenças podem ser explicadas pela idade, dado as diferenças mais significativas estarem associadas ao suporte tangível e à interacção social positiva, a primeira estando normalmente mais disponível para a população mais idosa e a segunda estar provavelmente mais reduzida na população com mais idade. O desvio padrão de cada dimensão e da escala total é menor nos dois estudos realizados por nós do que na versão original.

Inspeccionámos a correlação entre variáveis demográficas e as dimensões da escala em estudo (quadro 5)

## Quadro 5

*correlação entre a pontuação das dimensões e pontuação total da escala de social suporte do MOS e as variáveis demográficas.*

	IntSocPo	Tangível	Afectivo	EmoInform Sup	SupSocialTT
idade	-0,14(*)	0,35(**)	ns	ns	ns
anos de escolaridade	ns	ns	ns	ns	ns
número de pessoas íntimas	ns	ns	0,22(**)	ns	0,14(*)
Número de amigos	ns	ns	0,14 (*)	ns	ns

**\*-correlação significativa ao nível  $p<0,05$  (bi-caudal); \*\*-correlação significativa ao nível  $p<0,01$  (bi-caudal); ns-correlação não significativa**



**IntSocPo-interacção social positiva; Tangível -suporte social tangível; Afetivo -suporte social afectivo; EmoInformSup -suporte social emocional e informacional; SupSocialTT - suporte social total**

A correlação da idade com a “interacção social positiva” é estatisticamente significativa e negativa, significando que diminui com o aumento da idade, enquanto com o “suporte social tangível” acontece o inverso. Estes resultados estão de acordo com o que seria de esperar nas condições actuais de uma população de idosos.

Reproduzimos o procedimento da versão original inspeccionando a correlação entre o número de amigos e as dimensões de SS assim como a correlação ponto biserial entre estado civil (casado/solteiro) e as mesmas dimensões. A correlação ponto biserial ( $r_{pb}$ ) ocorre entre uma variável naturalmente dicotomizada e outra variável intervalar ou equivalente, e o seu resultado é idêntico à correlação  $r$  de Pearson. Encontrámos valores estatisticamente significativos mas moderados para correlação entre número de amigos e a dimensão “suporte social afectivo”, assim como com a escala total, no sentido que também Sherbourne (1992) propunha embora, no nosso estudo isso ocorra somente para estas duas dimensões do SS. O “suporte social afectivo” exhibe uma correlação baixa com o estado civil dicotomizado (solteiro/casado): esta correlação é mais baixa do que no estudo original.

## DISCUSSÃO

O funcionamento social expressa saúde mental e física. O SS é um factor susceptível de contribuir para o funcionamento social. A escala aqui apresentada foi desenvolvida para avaliar as diversas funções de suporte do funcionamento social.

A Escala de Suporte Social do MOS exhibe uma estrutura muito semelhante à da versão original, e propriedades métricas de magnitude elevada. Os valores da consistência interna, porque muito elevados, sugerem a possível existência de redundância entre os itens, o que significa que poderia reduzir-se o seu número. De facto, a consistência interna baseia-se na correlação entre os itens de uma dimensão. Portanto, quando duas variáveis exibem valores de correlação elevados podemos estar na presença de colinearidade. Esta assume que valores de variância partilhada acima de 0,30, ou seja correlações à volta de 0,55, como exprimindo forte dependência dessas variáveis entre si. Daí o alerta e recomendação de Epstein (1983), para procurar valores de correlação entre variáveis a incluir numa dimensão entre 0,20 e 0,30, para não existir redundância. Os valores de correlação entre itens em cada dimensão da presente escala são geralmente muito elevados, se tomarmos em consideração a recomendação anterior. No entanto ela, de origem, mostra ainda valores mais elevados. Este é, no entanto, um problema geral da avaliação em psicologia que precisava de

ser melhor discutido, valorizando mais os aspectos teóricos que se pretende medir, e não confiar tanto nos valores produzidos pelos programas de estatística.

Os resultados encontrados nas validações para Português europeu apontam no sentido de que a presente escala, mede os mesmos construtos, do mesmo modo, que a versão original e que pode ser útil para utilizar nos estudos com a população Portuguesa mais idosa, tal como com a população mais jovem.

## REFERÊNCIAS

Badoux, A., (2000). Social support in healthy and psychologically distressed French populations. *Psychology, Health & Medicine*, 5 (2), 143-154.

Baigi, A., Hildingh, C., Virdhall, H., & Fridlund, B. (2008). Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 22, 646–652

Berkman, L. F., & 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 (3), 458–475.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26 (7), 709-723.

Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.

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

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.

Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.) (1985). *Social Support and Health*. Orlando: Academic.

Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13 (2), 99-125.

Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychology*, 26 (4), 410-417.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 253- -268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

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.

Cumming, T., Cadilhac, D., Rubin, G., Crafti, N., & Pearce, D. (2008) Psychological Distress and Social Support in Informal Caregivers of Stroke Survivors, *Brain Impairment*, 9 (2), 152–160

Diong, S. M., Bishop, G. D., Enkelmann, H. C., Tong, E. M. W., Why, Y. P., Ang, J. C. H., & Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20 (4), 467-495.

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.

Epstein, S. (1983). Aggregation and beyond: some basic issues on the prediction of behaviour. *Journal of Personality*, 51(3), 360-392

Fachado, A.A., Martinez, A.M., Villalva, C.M., & Pereira, M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS). *Acta Medica Portuguesa*, 20, 525-533

Gaede, B.M., Majeke, S.J., Modeste, R.R., Naidoo, J.R., Titus, M.J., & Uys, L.R. (2006). Social support and health behaviour in women living with HIV in KwaZulu-Natal. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 3 (1), 363-368

Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2 (3), 351-375.

Griep, R., 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (3), 703-714.

House J. S. & Kahn R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press.

Kaplan, R., Patterson, T., Kerner, D., Grant, I., and the HIV Neurobehavioral Research Center (1997). Social support: cause or consequence of poor health outcomes in men with HIV infection? In: Gregory R. Pierce, Brian Lakey, Irwin G. Sarason, and Barbara R. Sanson (eds.) *Sourcebook of Social Support and Personality* (pp.279-301), edited by Plenum Press, New York,.

Kettmann, J.D., & Altmaier, E.M. (2008). Social Support and Depression among Bone Marrow Transplant Patients. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 39-46.

Mahmud, W., Awang, A., Mohamed, M. (2004). Psychometric evaluation of the medical outcome study (MOS) Social Support Survey among Malay postpartum women in kedah, north west of peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 11 (2), 26-33.

Martin, K.R., & Levy, B.R. (2006). Opposing Trends of Religious Attendance and Religiosity in Predicting Elders' Functional Recovery after an Acute Myocardial Infarction. *Journal of Religion and Health*, 45(3), 440-451

Orth-Gomer, K. & Uden, A. (1987). The measurement of social support in population surveys. *Social Science and Medicine*, 24, 83-94.

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558.

Ponte, A.C., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS social support survey. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 53-56 ).Lisboa: ISPA

Requena, G.C., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients. *Medicina clínica (Barc)*, 128(18), 687-691

Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.

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.

Sherbourne, C. (1992). Social functioning: social activity limitations measure. In: A. Stewart, e J.Ware (Edts). *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach* (pp173-181). Durham: Duke University Press

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32 (6), 705-714.

Shyu, Y., Tang, W., Liang, J., & Weng, L. (2006). Psychometric testing of the social support survey on a Taiwanese sample. *Nursing Research*, 55 (6), 411-417.

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.

Surkan, P.J., Peterson, K.E., Hughes, M.H., & Gottlieb, B.R. (2006). The Role of Social Networks and Support in Postpartum Women's Depression: A Multiethnic Urban Sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4)375-383

Westaway, M.S., Seager, J.R., Rheeder, P. & Van 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

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