



Ana Lages Silva

**Bem-estar Social na idade adulta: adaptação e  
validação da *Social Well-being Scales* no contexto  
português**

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Carla Antunes e sob Co-orientação da Professora Doutora Eunice Magalhães

Outubro 2016





Ana Lages Silva

**Bem-estar Social na idade adulta: adaptação e  
validação da *Social Well-being Scales* no contexto  
português**

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia  
19/12/2016, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof<sup>ª</sup> Doutora Rita Conde (Prof<sup>ª</sup> Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Prof<sup>ª</sup> Doutora Teresa Braga (Prof<sup>ª</sup> Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Doutora Carla Antunes (Prof<sup>ª</sup> Auxiliar da Universidade Lusófona do  
Porto)

Outubro 2016

## **Bem-estar Social na idade adulta: adaptação e validação da *Social Well-being Scales* no contexto português**

### **Resumo**

A saúde mental envolve não apenas a ausência de problemas mas também o funcionamento ótimo do indivíduo, aqui conceptualizado enquanto bem-estar. Em Portugal, estudos anteriores centraram-se na validação de instrumentos de avaliação do bem-estar psicológico e subjetivo. Tendo em conta a lacuna existente na avaliação do bem-estar social, este estudo teve como objetivo adaptar e validar a *Social Well-being Scales* (Keyes, 1998) no contexto português. Esta escala mostra-se mais adequada para avaliar detalhadamente as diferentes componentes do bem-estar social, pois permite aferir o bem-estar dos indivíduos inseridos em sociedade, atendendo à avaliação dos próprios.

O processo de adaptação e validação envolveu diferentes tipos de validade e a análise de consistência interna. Recorreu-se à escala de satisfação com a vida e a duas dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos (e.g., ansiedade e depressão) para avaliar a validade convergente e discriminante, respetivamente. A amostra foi constituída por 322 adultos, entre 18 e 58 anos, maioritariamente do sexo feminino (65.8%). Os dados foram submetidos a uma análise fatorial confirmatória (i.e., validade de constructo), a uma análise de validade com base na relação com outras variáveis (i.e., validade convergente e discriminante) e análise de consistência interna. Ao nível da validade de constructo, os dados revelaram um modelo de cinco fatores (consistentes com o modelo original) com bons índices de ajustamento e valores adequados de consistência interna. A escala correlacionou-se convergentemente com a dimensão de satisfação com a vida e discriminantemente com as escalas de depressão e ansiedade.

Esta escala poderá assumir-se como um recurso fundamental na avaliação do bem-estar, permitindo uma abordagem mais compreensiva da saúde mental dos indivíduos. Nesta sequência, poderá, para além de promover o bem-estar social, facilitar uma intervenção mais eficaz e mais direcionada às necessidades específicas dos indivíduos.

**Palavras-Chave:** Bem-estar Social; Escala de Bem-estar Social; Sintomatologia Psicopatológica; Saúde Mental; Psicometria.

### **Abstract**

Mental health involves not only the absence of problems but also the optimal functioning of the individual, here conceived as well-being. In Portugal, previous studies have focused on the validation of instruments that evaluate psychological and subjective well-being. Bearing in mind the existing gap in social well-being assessment, this study aimed to adapt and validate the Social Well-being Scales (Keyes, 1998) in the Portuguese context. This scale shows to be more appropriate to evaluate in detail the different components of social well-being, as it allows assessing the well-being of individuals integrated in society, taking into account the evaluation of the own.

The adaptation and validation process has involved different types of validity and internal consistency analysis. Thus, we use the satisfaction with life scale and the two dimensions of the brief symptom inventory (e.g., anxiety and depression) to evaluate the convergent and discriminant validity, respectively. The sample consisted of 322 adults aged between 18 and 58 years old, mostly females (65.8%). The data were submitted to a confirmatory factor analysis (i.e., construct validity), an analysis of validity based on relationship with other variables (i.e., convergent and discriminant validity) and analysis of internal consistency. At the level of construct validity, the data revealed a five-factor model (consistent with the original model) with good rates of adjustment and proper values of internal consistency. The scale was correlated convergently with the satisfaction with life dimension and discriminantly with the scales of depression and anxiety.

This scale can be assumed as a key resource in assessing the well-being, enabling a more comprehensive approach to the mental health of individuals. As a result, it can, in addition to promote social well-being, facilitate a more effective intervention and more targeted to the specific needs of individuals.

**Keywords:** Social Well-being; Social Well-being Scales; Psychopathological Symptoms; Mental Health; Psychometry.

**Índice**

Enquadramento conceptual.....	9
Introdução.....	9
Uma leitura da psicologia positiva sobre a saúde mental.....	10
Uma abordagem hedónica do bem-estar.....	11
Uma abordagem eudaimónica do bem-estar.....	12
Bem-estar Social: da conceptualização à medida do constructo.....	13
Bem-estar e outras medidas do funcionamento psicológico.....	15
Problemas na literatura e objetivos.....	16
Parte Empírica.....	17
Método.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	18
Procedimentos.....	20
Resultados.....	21
Estatística descritiva.....	21
Validade baseada na estrutura interna.....	22
Validade baseada na relação com outras variáveis.....	26
Consistência Interna.....	27
Discussão.....	28
Conclusão.....	31
Referências.....	32
Anexos.....	36

**Índice de tabelas**

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos participantes.....	18
Tabela 2 – Estatística descritiva: Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose.....	21
Tabela 3 – Índices de ajustamento da Análise Fatorial Confirmatória.....	22
Tabela 4 – Pesos Fatoriais dos itens por dimensão... ..	23
Tabela 5 – Fiabilidade individual dos itens.....	24
Tabela 6 – Pesos Fatoriais dos itens por dimensão- Modelo 3.....	26
Tabela 7 – Correlação entre as dimensões de bem-estar social, satisfação com a vida e psicopatologia.....	27
Tabela 8 – Valores de Alpha de Cronbach obtidos neste estudo para a Estrutura Original proposta por Keyes (1998) (Modelo 1) e Estrutura Final (Modelo 3) .....	27

**Índice de Figuras**

Figura 1 – Modelo Final da Análise Fatorial Confirmatória (19 itens) .....	25
--	----

## Enquadramento Concetual

### Introdução

A psicologia positiva enfatiza a promoção de qualidades positivas que contribuem para o bem-estar, previnem perturbações emocionais e melhoram a saúde mental do indivíduo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Keyes (2005, 2007) definiu o bem-estar positivo com a junção de duas filosofias, a hedonia (bem-estar subjetivo) e a eudaimonia (bem-estar psicológico e bem-estar social), sendo que a Organização Mundial de Saúde (2005, citado em Lamers, Westerhof, Kovács & Bohlmeijer, 2012) considerou que o indivíduo é mentalmente saudável quando experiencia sentimentos de bem-estar (bem-estar subjetivo), quando funciona de forma efetiva a nível pessoal (bem-estar psicológico) e social (bem-estar social).

À luz desta perspetiva, no sentido de avaliar o funcionamento ótimo do indivíduo, os investigadores concentraram os seus esforços em desenvolver medidas que operacionalizassem estes constructos. No contexto português, os estudos centrados na avaliação do bem-estar têm-se focado essencialmente em instrumentos de bem-estar psicológico (Escala de Bem-Estar Psicológico, Novo, 2003) e de bem-estar subjetivo (Escala de Satisfação com a Vida) (Simões, 1992), negligenciando o bem-estar social. No entanto, a dimensão social do bem-estar é de elevada importância, uma vez que, os indivíduos estão diariamente envolvidos em contextos sociais (Keyes, 1998) e que este envolvimento tem impacto no seu funcionamento positivo (Keyes, 2002). Com efeito, alguns autores sugerem que uma reduzida rede social, um número diminuto de relacionamentos interpessoais significativos e a perceção de reduzido suporte social têm um impacto negativo no funcionamento dos indivíduos e relacionam-se com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Kawachi & Berkman, 2001). Por outro lado, acrescentam a importância da integração social na produção de estados psicológicos positivos.

Com base nestes argumentos, na presente dissertação pretende-se dar resposta à escassez de investimento no desenvolvimento ou adaptação de medidas de bem-estar social. Assim, a Escala de Bem-Estar Social (Keyes, 1998) será alvo de um processo de adaptação e validação no contexto português, na medida em que esta permite avaliar de forma eficaz o bem-estar dos indivíduos inseridos em sociedade, contemplando a avaliação que o próprio faz do seu contexto social, dos outros e da sociedade.

### **Uma leitura da psicologia positiva sobre a saúde mental**

Desde a 2ª guerra mundial que a psicologia se tem centrado fundamentalmente na reparação do dano, partindo de uma abordagem marcada por um modelo tradicional de saúde mental, focado essencialmente na psicopatologia dos sujeitos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta ênfase na psicopatologia tende a descurar a realização pessoal e o desenvolvimento da comunidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A psicologia positiva aparece, assim, como uma alternativa a esta abordagem concetual tradicional, refletida na importância dada não só à reparação do dano, como essencialmente à promoção de qualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) que possam contribuir para o bem-estar do indivíduo. Os indivíduos passam a ser vistos como capazes de tomar decisões, com liberdade de escolha e podendo ser bem-sucedidos em circunstâncias difíceis (Seligman, 1992 como citado em Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Tal poderá, assim, prevenir perturbações emocionais e melhorar a sua saúde mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De forma resumida, para Gable e Haidt (2005), a psicologia positiva centra-se no estudo das condições e processos que contribuem para o crescimento e funcionamento ótimo do indivíduo.

Historicamente, muitos foram os debates sobre o que define um funcionamento ótimo e o que constitui a qualidade de vida (Ryan & Deci, 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997, citado em Dodge, Daly, Huyton & Sanders, 2012) a qualidade de vida remete para a perceção do indivíduo sobre a sua posição de vida, no contexto da cultura e dos valores relacionados com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo que é afetado pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais e relações sociais na interação com as características do ambiente em que o indivíduo se insere.

Esta definição revelou-se fundamental, na medida em que, influenciava os discursos sociais, pois todos os esforços se centravam nas possibilidades de mudança com o objetivo de obter melhores condições de vida (Ryan & Deci, 2001). A existência de um maior interesse científico no bem-estar coincidiu com o facto de se verificar que a segurança material e as condições económicas não garantiam a felicidade dos indivíduos (Ryan & Deci, 2001). Neste sentido, Shah e Marks (2004, citado em Dodge et al., 2012), definiram genericamente o bem-estar como algo mais do que apenas felicidade. Não basta o indivíduo sentir-se satisfeito e feliz, o bem-estar significa um desenvolvimento pessoal, sentir-se completo e contribuir para a comunidade.

Assim, desenvolveram-se duas perspectivas (fundamentadas em duas filosofias designadas por “hedonia” e “eudaimonia”) que se baseiam em pontos de vista distintos sobre a natureza humana, propondo diferentes abordagens conceituais sobre o bem-estar (Ryan & Deci, 2001). No entanto, Keyes (2005, 2007) considera que, mais do que perspectivas independentes e que não se podem conciliar, é a junção da visão hedónica (bem-estar subjetivo) com a visão eudaimónica (bem-estar psicológico e social) que melhor define o bem-estar dos indivíduos. Em suma, estas perspectivas quando conciliadas traduzem “um estado no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, consegue lidar com o *stress* da vida, trabalha produtivamente e frutuosa e está capaz de contribuir para a sua comunidade”, tal como a Organização Mundial de Saúde propõe (Westerhof & Keyes, 2010, p.111).

**Uma abordagem hedónica do bem-estar.** A abordagem hedónica refere-se à visão de que o bem-estar tem por base o prazer e a felicidade (Kahneman et al., 1999, citado em Ryan & Deci, 2001). Aristippus, um filósofo grego, salientou que o objetivo da vida é atingir o máximo de prazer e que a felicidade é a totalidade dos momentos hedónicos (Ryan & Deci, 2001). O hedonismo é expresso de várias formas, enfatizando, a um nível restrito, o prazer corporal e, a um nível mais amplo, os interesses próprios (Ryan & Deci, 2001). Os investigadores que adotam uma visão hedónica, perspetivam o bem-estar como decorrente de experiências de prazer, sendo a felicidade interpretada com base nos julgamentos sobre os elementos positivos e negativos da vida (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar é subjetivo pois este está assente na experiência do indivíduo, influenciado não só pela ausência de fatores negativos mas também pela presença de fatores positivos (Pavot & Diener, 2010, citado em Carvalho & Dias, 2012). Assim, de acordo com esta abordagem, o bem-estar envolve felicidade, presença de prazer e ausência de dor, refletindo-se no bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Diener et al., 1985).

Neste sentido, Diener e Lucas (1999, citado em Ryan & Deci, 2001) avaliam o bem-estar subjetivo com base em três componentes: a satisfação com a vida, a presença de afeto positivo e a ausência de afeto negativo. Em suma, este tipo de bem-estar é definido pela avaliação que o indivíduo faz sobre a sua vida que inclui as reações emocionais a eventos, e as avaliações cognitivas relativas à satisfação e realização pessoal (Diener, Lucas & Oishi, 2002), sendo que, os indivíduos reagem de forma diferente à mesma circunstância, e as avaliações são feitas com base nas suas expectativas, valores e experiências prévias (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

**Uma abordagem eudaimónica do bem-estar.** De acordo com a perspetiva eudaimónica, nem todos os desejos ou resultados que a pessoa valoriza, quando atingidos, podem potenciar níveis ótimos de funcionamento ou de bem-estar (Ryan & Deci, 2001). Assim, Waterman (1993), refere que o bem-estar ocorre quando as atividades de uma pessoa são congruentes com os seus valores, levando a que esta se sinta genuína. Concomitantemente, Aristóteles (Russel, 2007, citado em Lambert, Passmore & Holder, 2015) referiu-se à eudaimonia como uma forma de viver digna de ser vivida através da realização do seu potencial. Ryff e Singer (1998) reforçam este pressuposto, sugerindo que a realização do verdadeiro potencial do indivíduo é a base para a investigação do bem-estar psicológico (Ryff, 1989) e do bem-estar social (Keyes, 1998).

Assim, Ryff (1989) apresenta uma abordagem multidimensional para a avaliação do bem-estar psicológico através de seis dimensões: aceitação de si (atitude positiva em relação a si mesmo, no passado e no presente), relações positivas com outros (capacidade para demonstrar empatia e afeto, mantendo relacionamentos interpessoais satisfatórios), autonomia (independência e autodeterminação), domínio do meio (sentido de domínio, competência e controlo do ambiente), objetivos na vida (crença de que se deve dar sentido à vida definindo objetivos) e crescimento pessoal (sentimento de desenvolvimento pessoal contínuo). Embora este modelo contribua de forma significativa para a compreensão do bem-estar individual a partir de uma perspetiva eudaimonica, sabemos também que os indivíduos estão integrados num contexto social, enfrentando diariamente tarefas e desafios sociais, e por esse motivo, o bem-estar social deve também ser considerado concetual e empiricamente (Keyes, 1998). Keyes (1998) propôs uma definição de bem-estar orientada para o domínio público e social, referindo que, o bem-estar social envolve a avaliação que o indivíduo faz sobre as suas circunstâncias sociais e o seu funcionamento em contexto social.

De facto, a literatura tem vindo a reforçar o papel importante da dimensão social do bem-estar no funcionamento dos indivíduos. Kawachi e Berkman (2001) referem que uma reduzida rede social, um número diminuto de relacionamentos interpessoais significativos e a perceção de reduzido suporte social estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Com efeito, estes resultados podem ser compreendidos pelo facto de a perceção de um suporte social eficaz atenuar as consequências negativas das experiências de *stress*, munindo o indivíduo de competências de *coping*. Concomitantemente, certos aspetos dos relacionamentos sociais, como o sentimento de integração social tem um efeito positivo direto no bem-estar. O sentimento de integração na

rede social produz estados psicológicos positivos, como por exemplo, o sentimento de pertença, segurança, reconhecimento e auto-estima (Kawachi & Berkman, 2001). Com efeito, é reconhecida a influência que os relacionamentos interpessoais têm na saúde física e mental dos indivíduos. Alguns estudos referem que manter vários papéis sociais promove a autoestima e a adaptação a eventos stressantes, prevenindo o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000). Neste sentido, o isolamento social é perspetivado enquanto fator de risco para problemas de saúde mental (Berkman et al., 2000).

Como já referido, a Organização Mundial de Saúde (2005, citado em Lamers et al., 2012) considera que um indivíduo é mentalmente saudável quando experiencia sentimentos de bem-estar (bem-estar subjetivo), quando funciona de forma efetiva a nível pessoal (bem-estar psicológico) e social (bem-estar social), sendo que neste sentido, estes três constructos definem a saúde mental positiva. Assim, torna-se relevante avaliar esta dimensão do bem-estar devido à sua importância para o funcionamento dos indivíduos e para a sua qualidade de vida (Negovan, 2010).

### **Bem-estar Social: da conceptualização à medida do constructo**

O bem-estar social foi definido e operacionalizado por Keyes (1998) através de um modelo multidimensional composto por cinco dimensões: Integração social, Aceitação social, Contribuição social, Atualização social e Coerência social. A Integração social inclui a avaliação da qualidade da relação com a sociedade e comunidade. O indivíduo sente-se integrado quando tem algo em comum com outros membros que constituem a sua realidade social (Keyes, 1998). A Aceitação social envolve a construção de significado por parte do indivíduo acerca da sociedade, sendo esta realizada a partir das características e qualidades das outras pessoas (Keyes, 1998). Indivíduos que demonstram níveis mais elevados de aceitação social confiam nos outros, consideram que os outros são capazes de ser amáveis, e acreditam que as pessoas podem ser ativas/diligentes (Keyes, 1998). A Contribuição social envolve a avaliação do indivíduo acerca do seu valor social, incluindo a crença de que é um membro importante da sociedade, tendo algo de valor a contribuir (Keyes, 1998). Esta dimensão está relacionada com a auto-eficácia e responsabilidade percebidas pelos indivíduos (Keyes, 1998). A Atualização social remete para a avaliação do potencial e da trajetória da sociedade (Keyes, 1998). Trata-se da crença na evolução da sociedade, no sentido em que esta tem potencial e que este está a ser concretizado pelas instituições e pelos

cidadãos (Keyes, 1998). Indivíduos socialmente saudáveis acreditam sair beneficiados pelo crescimento social. Por último, a Coerência social envolve a percepção do indivíduo acerca da qualidade, organização e funcionamento do mundo social, incluindo uma preocupação em saber como o mundo funciona (Keyes, 1998). Indivíduos saudáveis, não só se preocupam com o tipo de mundo em que vivem, como também sentem que compreendem o que os rodeia. Estes indivíduos mantêm uma visão realista acerca do mundo e o desejo de se dar sentido às experiências de vida (Keyes, 1998).

Consistente com o modelo teórico proposto, o autor desenvolveu a Escala de Bem-Estar Social (Keyes, 1998) dando resposta à necessidade de instrumentos de medida guiados por modelos teóricos. Com efeito, várias perspectivas se têm centrado em dimensões sociais de bem-estar e qualidade de vida, como por exemplo, a “*Flourishing scale*” (Diener et al, 2010) que mede a prosperidade social e psicológica ou a “*WHO quality of life scale*” (Group, 1998) que mede a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida. No entanto, tanto quanto é do nosso conhecimento, a Escala de Bem-estar Social de Keyes (1998) é aquela que se revela mais adequada para avaliar especificamente diferentes componentes do bem-estar social, teoricamente desenvolvidas. Com efeito, esta proposta de medida é aquela que parece captar eficazmente o bem-estar dos indivíduos inseridos em estruturas sociais, pois as suas cinco dimensões abrangem a avaliação que o próprio faz do seu contexto social, das outras pessoas e da sociedade (Cicognani et al., 2008). Em suma, e tanto quanto é do nosso conhecimento, a escala desenvolvida por Keyes (1998) é a única com o propósito de avaliar as circunstâncias sociais e o funcionamento em contexto social, não tendo sido, assim, encontradas escalas alternativas com este objetivo.

Para a construção da escala, Keyes (1998) propôs as cinco dimensões como indicadores de bem-estar social. Para tal, operacionalizou estas dimensões em itens, através de dois estudos: um primeiro estudo com 373 adultos de uma cidade local (Dane County, Wisconsin) e um segundo estudo com 3032 adultos de 48 Estados Norte Americanos. Para providenciar evidências de validade desta escala, o autor realizou uma análise fatorial confirmatória, em ambos os estudos, corroborando o modelo teórico e confirmando a utilidade das 5 dimensões propostas para avaliar o bem-estar social. A seguinte consistência interna foi apresentada no estudo 1: Integração Social ( $\alpha = .81$ ), Aceitação Social ( $\alpha = .77$ ), Contribuição Social ( $\alpha = .75$ ), Atualização Social ( $\alpha = .69$ ) e Coerência Social ( $\alpha = .57$ ), e no estudo 2: Integração Social ( $\alpha = .73$ ), Aceitação Social ( $\alpha = .41$ ), Contribuição Social ( $\alpha = .66$ ), Atualização Social ( $\alpha = .64$ ) e Coerência Social ( $\alpha = .64$ ) (Keyes, 1998).

Concomitantemente, o autor providenciou evidências de validade convergente e discriminante, na medida em que as componentes da escala se correlacionaram com medidas de anomia, generatividade, constrangimentos sociais percebidos, envolvimento comunitário e qualidade da vizinhança, assim como, com medidas de disforia, bem-estar geral, saúde física e otimismo. A análise multivariada dos dois estudos substanciaram a hipótese de que o bem-estar social é facilitado pela idade e pelos ganhos educacionais (Keyes, 1998).

Um estudo de validação desta mesma escala, na população chinesa e com 630 adultos apresentou um modelo final das cinco dimensões com 15 itens (Li, Yang, Ding & Kong, 2015). A seguinte consistência interna foi apresentada: Integração Social ( $\alpha = .75$ ), Aceitação Social ( $\alpha = .55$ ), Atualização Social ( $\alpha = .79$ ), Coerência Social ( $\alpha = .67$ ) e Contribuição Social ( $\alpha = .79$ ). Todos os coeficientes de consistência interna, à exceção da Aceitação social, foram aceitáveis. Para testar a validade convergente, foi realizada uma correlação de *Pearson* com a escala de satisfação com a vida, sendo que, foi encontrada uma correlação positiva entre as diferentes dimensões (Li et al., 2015).

### **Bem-estar e outras medidas do funcionamento psicológico**

Atendendo à concetualização da saúde mental que temos vindo a apresentar, como envolvendo dimensões positivas e negativas do funcionamento psicológico, importa apresentar evidências de literatura acerca da relação entre estas dimensões. Neste sentido, estudos desenvolvidos, quer com adolescentes quer com adultos, têm sugerido um padrão similar na relação entre estes dois aspetos do funcionamento psicológico. Efetivamente, no que diz respeito ao bem-estar subjetivo, há estudos que reportam uma relação significativa e negativa entre esta dimensão de bem-estar e a psicopatologia, nomeadamente, comportamento ansioso e depressivo (Bartels, Cacioppo, Van Beijsterveldt & Boomsma, 2013). Do mesmo modo, adultos que demonstram menor sintomatologia tendem a reportar a sua felicidade como satisfatória (93%), o mesmo parece não acontecer com aqueles que revelam sintomatologia severa, pois apenas 30% destes indivíduos reportavam a sua felicidade como satisfatória (Bos, Snippe, Jonge & Jeronimus, 2016). Suldo, Gelley, Roth e Bateman (2015) verificaram também a relação negativa significativa entre a satisfação com a vida e a sintomatologia internalizadora, numa amostra de adolescentes. Quando analisamos os estudos relativamente ao bem-estar psicológico verificamos que adultos que apresentam sintomatologia depressiva tendem a revelar um bem-estar psicológico deficitário (Keyes & Ryff, 2003). Do mesmo modo, ao nível do bem-estar social, a literatura sugere uma relação

negativa significativa entre as cinco dimensões do bem-estar social e o afeto negativo, e uma relação positiva das mesmas com a satisfação com a vida (Gallagher, Lopez & Preacher, 2009). Finalmente, considerando as diferentes componentes do bem-estar, Keyes (2005), com uma amostra de 3032 adultos, revelou a existência de uma relação negativa entre os três tipos de bem-estar (i.e., emocional, psicológico e social) e sintomatologia depressiva e ansiosa.

Para além desta evidência, os estudos têm também apresentado dados sobre a relação entre o bem-estar e outras medidas de funcionamento social, académico e profissional. Por exemplo, um estudo com adolescentes, que pretendia analisar diferentes relações entre psicopatologia e funcionamento escolar concluiu que a psicopatologia está associada a fraca performance académica, reduzido bem-estar social e preferência social. Problemas afetivos estavam também relacionados com um bem-estar social deficitário (Sijtsema, Verboom, Penninx, Verhulst & Ormel, 2014).

Em suma, a evidência sugere, assim, que níveis mais elevados de bem-estar estão associados a níveis mais reduzidos de problemas psicológicos (Bartels et al., 2013; Keyes & Ryff, 2003; Sijtsema et al., 2014).

### **Problemas na literatura e objetivos**

A compreensão adequada da saúde mental dos indivíduos deriva da existência de instrumentos de medida válidos, fiáveis, teoricamente orientados e adaptados aos contextos de aplicação. Considerando a avaliação do bem-estar em adultos no contexto português, tanto quanto é do nosso conhecimento, os estudos de validação têm sido desenvolvidos especificamente ao nível do bem-estar psicológico (e.g., Escalas de bem-estar psicológico de Ryff & Essex, 1992, traduzida e adaptada por Novo, 2003), e do bem-estar subjetivo (e.g., Escala de satisfação com a vida de Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985, traduzida e adaptada por Simões, 2002), havendo uma lacuna ao nível da avaliação do bem-estar social.

Assim, e devido à relevância, já abordada, dos desafios e tarefas sociais no funcionamento positivo (Keyes, 2002), o objetivo do presente trabalho passa por adaptar e providenciar evidências de validade e fidelidade da Escala de Bem-Estar Social no contexto português. Especificamente, pretende-se explorar a) evidências de validade baseadas na estrutura interna (i.e., validade de construto), b) evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis (i.e., convergente e discriminante com recurso a uma medida de bem-

estar subjetivo e uma de psicopatologia), e c) evidências de fidelidade (i.e., consistência interna).

## **Parte Empírica**

### **Método**

#### **Participantes**

A amostra é constituída por 322 adultos, maioritariamente do sexo feminino (65.8%) e com uma média de idades de 30.45 ( $DP = 8.52$ ). Uma larga maioria é de nacionalidade portuguesa (99.7%), com escolaridade ao nível do ensino superior (licenciatura: 37.1% e mestrado: 29.6%), encontrando-se atualmente no ativo enquanto trabalhador (66%). A residência da maioria dos participantes concentra-se no distrito do Porto (32.3%), seguindo-se Lisboa (18.2%) e Braga (16.3%) (Tabela 1).

No que concerne ao estado civil dos participantes, 69.8% são solteiros, 25.2% são casados, 4.4% estão divorciados e 0.6% são viúvos. O agregado familiar é maioritariamente composto por duas pessoas ( $M = 2.91$ ;  $DP = 1.18$ ), sendo que a média do número de filhos é de 1.53 ( $DP = .69$ ) (Tabela 1).

Tabela 1.

*Características Sociodemográficas dos participantes*

	<i>M (DP; Min., Max.) / % (N<sup>a</sup>)</i>
Sexo	
Feminino	65.8 (212)
Masculino	34.2 (110)
Idade	30.45 (8.52; 18, 58)
Escolaridade	
2ºCiclo EB	0.6 (2)
3ºCiclo EB	5.0 (16)
Secundário	23.7 (76)
Licenciatura	37.1 (119)
Mestrado	29.6 (95)
Doutoramento	2.5 (8)
Outro	1.6 (5)
Nacionalidade	
Portuguesa	99.7 (320)
Brasileira	0.3 (1)
Condição escolar/profissional	
Estudante	12.4 (40)
Trabalhador	65.5 (211)
Trabalhador/estudante	9.9 (32)
Desempregado	10.9 (35)
Reformado	1.2 (4)
Distrito	
Aveiro	4.8 (15)
Braga	16.3 (51)
Castelo Branco	1.6 (5)
Coimbra	2.9 (9)
Évora	0.3 (1)
Faro	2.2 (7)
Guarda	5.4 (17)
Leiria	1.9 (6)
Lisboa	18.2 (57)
Porto	32.3 (101)
Santarém	2.6 (8)
Setúbal	5.1 (16)
Viana do Castelo	1.0 (3)
Vila Real	1.3 (4)
Viseu	3.2 (10)
RA Açores	0.6 (2)
RA Madeira	0.3 (1)
Estado Civil	
Solteiro	224 (69.8)
Casado	81 (25.2)
Divorciado	14 (4.4)
Viúvo	2 (.6)
Agregado Familiar	2.92 (1.18; 1, 7)
Número de Filhos	1.53 (.69; 1, 4)

**Instrumentos**

**Questionário Sociodemográfico.** Com o objetivo de caracterizar os participantes do presente estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico centrado num conjunto

de variáveis descritivas, nomeadamente, ao nível demográfico (e.g., sexo, idade, nacionalidade, número de filhos, estado civil), relacional (e.g., envolvimento relacional atual), formação académica e experiência profissional (e.g., último grau académico concluído, condição escolar/profissional atual).

**Escala de Bem-estar Social (Keyes, 1998).** A presente escala (*Social-Well-being Scales*), originalmente desenvolvida por Keyes (1998), é composta por 33 itens pertencentes a cinco dimensões: Integração social ( $\alpha = .81$  para estudo 1;  $\alpha = .73$  para estudo 2), Aceitação social ( $\alpha = .77$ ;  $\alpha = .41$ ), Contribuição social ( $\alpha = .75$ ;  $\alpha = .66$ ), Atualização social ( $\alpha = .69$ ;  $\alpha = .64$ ) e Coerência social ( $\alpha = .57$ ;  $\alpha = .64$ ) (Keyes, 1998). As respostas são fornecidas através de uma escala tipo *Likert* de 1 a 7 (desde discordo fortemente até concordo fortemente, respetivamente).

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007).** O presente inventário (*Brief Symptom Inventory – BSI*; Derogatis, 1982; traduzido e adaptado por Canavarro, 2007) avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. As dimensões são: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. No entanto, no presente estudo foram apenas administradas a escala de Ansiedade (6 itens;  $\alpha = .77$ ) e a escala de Depressão (6 itens;  $\alpha = .73$ ). Os itens são avaliados através de uma escala tipo *Likert* de 0 a 4 (desde nunca até muitíssimas vezes, respetivamente).

**Escala de satisfação com a vida (Simões, 1992).** A presente escala (*Satisfaction with Life Scale - SWLS*) foi desenvolvida por Diener et al. (1985) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Simões (1992), avaliando a satisfação dos indivíduos com a sua vida, de acordo com os seus próprios critérios e não por padrões estabelecidos por outros. A escala é composta por cinco itens, positivamente formulados e avaliados em escala tipo *Likert* de 5 pontos (de discordo muito (1) a concordo muito (5), sendo que a pontuação do indivíduo poderá variar entre um mínimo de 5 (baixa satisfação com a vida) e um máximo de 25 pontos (alta satisfação com a vida). A consistência interna da escala é boa com um *Alpha de Cronbach* de 0.87.

## Procedimentos

**Tradução e adaptação da escala de bem-estar social.** Inicialmente, efetuou-se um pedido de autorização ao autor da escala, para a posterior adaptação e validação da mesma no contexto português. De seguida, procedeu-se à tradução e adaptação sociocultural da respetiva escala que seguiu as recomendações da literatura neste domínio (Behling & Kenneth, 2000). Assim, foi realizada uma primeira tradução dos itens por uma investigadora, tendo esta sido revista por outros dois investigadores independentes. As sugestões de melhoria foram integradas, e a versão final traduzida foi retro-traduzida por um investigador bilingue, com formação e conhecimentos teóricos em psicologia. Para garantir a equivalência concetual dos itens foi realizada uma análise e discussão da retro-tradução.

**Recolha e análise de dados.** Os dados foram recolhidos através de uma plataforma *online*, na qual, para além da escala de bem-estar social, foram utilizadas medidas adicionais de funcionamento psicológico para posterior análise de validade. Para este propósito, o questionário esteve disponível numa plataforma (*google forms*), sendo o *link* divulgado através de contactos institucionais (e.g., *mailing list* de instituições de ensino superior) e de redes sociais (e.g., *Facebook*). As condições de participação foram clarificadas, sendo que todas as participações foram voluntárias, anónimas e de carácter confidencial.

No que diz respeito à análise de dados, inicialmente, foram explorados os dados, identificados e removidos 39 *outliers*, tendo sido considerados 283 participantes para a realização das análises seguintes de validade e fidelidade. Antes de procedermos às análises, foram invertidos os itens necessários em cada dimensão, tendo sido realizada uma análise descritiva para avaliar a normalidade da distribuição (Assimetria e Curtose). Foram ainda analisados os *missing values* em cada item, tendo sido considerado que a imputação de *missings* não seria problemática atendendo ao reduzido número de *missings* identificados (Tabela 2). As evidências de validade baseadas na estrutura interna (i.e., *constructo*) foram testadas com recurso a modelos de Análise fatorial confirmatória, e considerados adequados os índices de ajustamento de acordo com os seguintes critérios:  $\chi^2/df < 3$ , o GFI > ou igual a .90, o CFI > ou igual a .95, o PGFI > ou igual a .60, o RMSEA < .08, SRMR < .10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010; Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Muller, 2003).

A evidência de validade baseada na relação com outras variáveis (i.e., validade convergente e discriminante) foi testada através do coeficiente de correlação de *Pearson*, e

a análise de consistência interna (fidelidade) foi realizada com base no *Alpha de Cronbach* para cada dimensão da escala. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *IBM SPSS Statistics for Windows* (IBM Corp. Released, 2010) e *AMOS 20* (Arbuckle, 2011).

## Resultados

### Estatística descritiva

A análise dos valores de Assimetria (*sk*) e Curtose (*ku*) de todos os itens revelou que todos parecem cumprir o pressuposto da normalidade ( $sk < 3$ ;  $ku < 8$ ) (Kline, 2005) (Tabela 2).

Tabela 2.

*Estatística descritiva: Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose*

Itens	Número de Missings Values	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
1	1	1	7	5.27	1.73	-0.67	0.15	-0.67	0.29
2	0	1	7	4.39	1.64	-0.06	0.15	-1.03	0.29
3	0	1	7	4.77	1.32	-0.66	0.15	0.43	0.29
4	0	1	7	4.38	1.74	-0.04	0.15	-1.08	0.29
5	1	1	7	5.26	1.53	-0.63	0.15	-0.43	0.29
6	4	1	7	4.44	1.24	-0.40	0.15	0.19	0.29
7	1	1	7	4.23	1.30	-0.44	0.15	-0.01	0.29
8	2	2	7	5.19	1.08	-0.41	0.15	0.13	0.29
9	1	1	7	4.10	1.61	0.05	0.15	-0.65	0.29
10	0	2	7	5.86	1.33	-1.04	0.15	0.11	0.29
11	0	1	7	4.39	1.28	-0.40	0.15	-0.04	0.29
12	0	1	7	3.39	1.21	0.34	0.15	-0.09	0.29
13	0	1	7	4.76	1.56	-0.30	0.15	-0.73	0.29
14	1	1	7	4.14	1.62	-0.12	0.15	-0.78	0.29
15	2	1	7	4.85	1.55	-0.25	0.15	-0.73	0.29
16	1	1	7	4.77	1.28	-0.54	0.15	0.44	0.29
17	0	1	7	4.37	1.62	0.01	0.15	-1.08	0.29
18	3	1	7	4.85	1.55	-0.22	0.15	-0.90	0.29
19	1	1	7	4.20	1.52	-0.27	0.15	-0.55	0.29
20	1	1	7	5.22	1.46	-0.59	0.15	-0.22	0.29

Tabela 2.

*Estatística descritiva: Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose (continuação)*

Itens	Número de Missings Values	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
21	1	1	7	4.09	1.39	-0.35	0.15	-0.16	0.29
22	1	1	7	3.74	1.56	0.11	0.15	-0.85	0.29
23	0	1	7	4.94	1.38	-0.93	0.15	1.00	0.29
24	0	1	7	4.16	1.37	-0.48	0.15	-0.09	0.29
25	2	2	7	5.56	1.04	-0.59	0.15	0.08	0.29
26	2	1	7	4.95	1.48	-0.45	0.15	-0.43	0.29
27	0	1	7	3.49	1.51	0.43	0.15	-0.56	0.29
28	2	2	7	5.62	1.36	-0.77	0.15	-0.32	0.29
29	1	1	7	4.98	1.66	-0.52	0.15	-0.62	0.29
30	3	1	7	4.03	1.50	0.00	0.15	-0.61	0.29
31	2	1	7	4.67	1.27	-0.78	0.15	0.77	0.29
32	0	1	7	3.97	1.46	-0.40	0.15	-0.56	0.29
33	0	1	7	3.34	1.42	-0.08	0.15	-0.62	0.29

### Validade baseada na estrutura interna

A Análise Fatorial Confirmatória foi realizada inicialmente atendendo ao modelo teórico e de medida original (Modelo 1), composto por 33 itens pertencentes às 5 dimensões teóricas. No entanto, este primeiro Modelo revelou indicadores de ajustamento sofrível atendendo aos critérios previamente definidos (Tabela 3).

Tabela 3.

*Índices de ajustamento da Análise Fatorial Confirmatória*

	$\chi^2$ (df)	$\chi^2$ /df	GFI	CFI	RMSEA [90% CI]	SRMR	PGFI
Modelo 1	1511.051 (485)	3.12***	.69	.72	.087[.082;.092]	.097	.60
Modelo 2	933.145 (265)	3.52***	.75	.78	.095[.088;.101]	.097	.62
Modelo 3	309.090 (142)	2.18***	.90	.92	.065[.055;.074]	.052	.67

Nota. \*\*\*p<.001

Face aos resultados obtidos, e no sentido de compreender de que forma poderia ser melhorado o ajustamento do modelo, procedemos a uma análise dos pesos fatoriais e fiabilidade individual dos itens. Verificamos que oito dos itens apresentaram pesos fatoriais <0.5 (Tabela 4) e valores de  $R^2$  inferiores a 0.25 (Tabela 5), tendo sido removidos da análise tal como sugerido na literatura (Maroco, 2010).

Tabela 4.

*Pesos Fatoriais dos itens por dimensão*

<b>Item</b>		<b>Dimensão</b>	<b>Peso Fatorial</b>
<b>1</b>	<---	<b>Integração Social</b>	<b>.48</b>
6	<---	Integração Social	.59
11	<---	Integração Social	.64
16	<---	Integração Social	.69
21	<---	Integração Social	.69
26	<---	Integração Social	.60
31	<---	Integração Social	.64
2	<---	Aceitação Social	.80
7	<---	Aceitação Social	.56
12	<---	Aceitação Social	.34
17	<---	Aceitação Social	.89
22	<---	Aceitação Social	.68
27	<---	Aceitação Social	.73
32	<---	Aceitação Social	.53
3	<---	Contribuição Social	.39
<b>8</b>	<---	<b>Contribuição Social</b>	<b>.43</b>
13	<---	Contribuição Social	.52
18	<---	Contribuição Social	.58
<b>23</b>	<---	<b>Contribuição Social</b>	<b>.49</b>
28	<---	Contribuição Social	.75
4	<---	Atualização Social	.72
9	<---	Atualização Social	.69
14	<---	Atualização Social	.53
19	<---	Atualização Social	.68
24	<---	Atualização Social	.60
29	<---	Atualização Social	.61
33	<---	Atualização Social	.63
5	<---	Coerência Social	.63
<b>10</b>	<---	<b>Coerência Social</b>	<b>.39</b>
15	<---	Coerência Social	.73
20	<---	Coerência Social	.58
<b>25</b>	<---	<b>Coerência Social</b>	<b>.27</b>
<b>30</b>	<---	<b>Coerência Social</b>	<b>.20</b>

Tabela 5.

*Fiabilidade individual dos itens*

<b>Item</b>	<b>Fiabilidade</b>
<b>30</b>	<b>.04</b>
<b>25</b>	<b>.07</b>
20	.33
15	.53
<b>10</b>	<b>.15</b>
5	.39
33	.40
29	.37
24	.35
19	.46
14	.28
9	.48
4	.52
28	.56
<b>23</b>	<b>.24</b>
18	.33
13	.27
<b>8</b>	<b>.18</b>
<b>3</b>	<b>.15</b>
32	.28
27	.53
22	.46
17	.80
<b>12</b>	<b>.12</b>
7	.31
2	.64
31	.41
26	.35
21	.48
16	.48
11	.41
6	.34
<b>1</b>	<b>.23</b>

O modelo continuava a apresentar índices de ajustamento sofrível (Modelo 2, Tabela 3) e, por isso, procedemos a uma análise dos índices de modificação. Com base nesta análise foram eliminados cinco itens (7, 19, 21, 32, 33), que apresentavam índices de modificação elevados face a itens ou dimensões representativas de um fator/constructo teórico diferente (Maroco, 2010). Deste modo, estes itens pareciam saturar em mais do que um fator, não contribuindo para uma definição clara das dimensões de bem-estar. Depois de retirados estes itens, verificamos que o item 24 apresentava agora um peso fatorial <0.5 (Maroco, 2010), tendo sido, por isso, retirado do modelo de acordo com os critérios anteriormente adotados. Finalmente, o novo modelo (Modelo 3, Tabela 3) apresentou índices

de qualidade de ajustamento que se revelaram adequados à estrutura modificada. Este novo modelo inclui as 5 dimensões teóricas e ficou reduzido a 19 itens (Figura 1, Tabela 6).

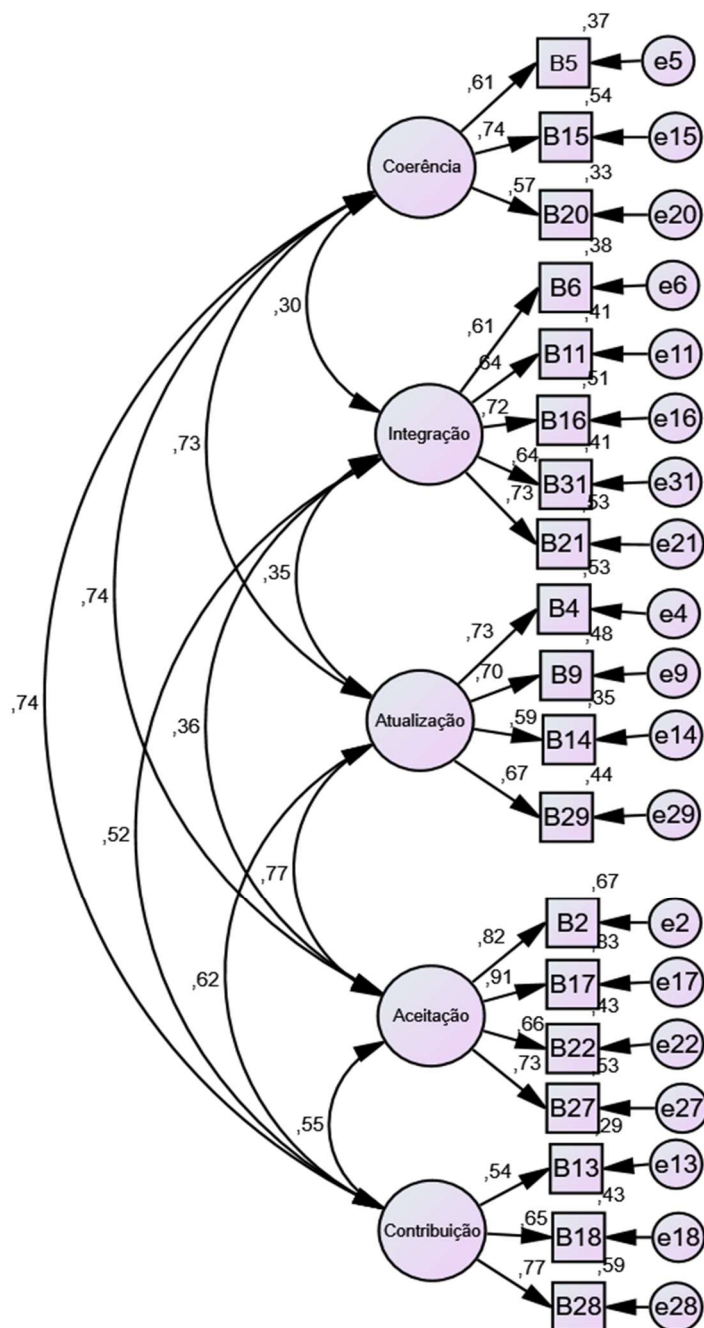


Figura 1. Modelo Final da Análise Fatorial Confirmatória (19 itens)

Tabela 6.

*Pesos Fatoriais dos itens por dimensão- Modelo 3*

<b>Item</b>		<b>Dimensão</b>	<b>Peso Fatorial</b>
6. Sinto que sou uma parte importante da minha comunidade.	<---	Integração Social	.61
11. Se eu tivesse algo a dizer, considero que as pessoas da minha comunidade me ouviriam.	<---	Integração Social	.64
16. Sinto-me próximo de outras pessoas na minha comunidade.	<---	Integração Social	.72
31. Considero que as outras pessoas na sociedade me valorizam como pessoa.	<---	Integração Social	.64
2. Penso que as outras pessoas não são fiáveis.	<---	Aceitação Social	.82
17. Sinto que as pessoas não são de confiança.	<---	Aceitação Social	.91
22. Penso que as pessoas vivem apenas para si próprias.	<---	Aceitação Social	.66
27. Considero que, nos dias de hoje, as pessoas são cada vez mais desonestas.	<---	Aceitação Social	.73
13. As minhas atividades diárias não são uma mais-valia para a minha comunidade.	<---	Contribuição Social	.54
18. Não tenho o tempo ou a energia para dar algo à minha comunidade.	<---	Contribuição Social	.65
28. Sinto que não tenho nada de importante a contribuir para a sociedade.	<---	Contribuição Social	.77
4. Considero que a sociedade parou de progredir.	<---	Atualização Social	.73
9. Para pessoas como eu, a sociedade não tem melhorado.	<---	Atualização Social	.70
14. Penso que as entidades sociais (e.g., legais e governamentais) não melhoram a minha vida.	<---	Atualização Social	.59
29. Para mim não existe verdadeiro progresso social.	<---	Atualização Social	.67
5. O mundo é demasiado complexo para mim.	<---	Coerência Social	.61
15. Eu não consigo dar sentido ao que acontece no mundo.	<---	Coerência Social	.74
20. A maioria das culturas é tão estranha que não as consigo perceber.	<---	Coerência Social	.57
21. Vejo a minha comunidade como uma fonte de suporte.	<---	Integração Social	.73

### **Validade baseada na relação com outras variáveis**

A validade convergente e discriminante foi avaliada correlacionando as dimensões de bem-estar social com a dimensão de satisfação com a vida (Simões, 1992) e com duas dimensões de psicopatologia (i.e., ansiedade e depressão) (Canavarro, 2007). Os resultados revelaram uma correlação positiva entre as dimensões de bem-estar social e a dimensão de satisfação com a vida (validade convergente) e uma correlação negativa com as escalas de depressão e ansiedade (validade discriminante). Assim, é possível concluir que, em adultos,

níveis mais elevados de bem-estar social estão associados a maior satisfação com a vida e menor a sintomatologia ansiosa e depressiva (Tabela 7).

Tabela 7.

*Correlação entre as dimensões de bem-estar social, satisfação com a vida e psicopatologia*

	2	3	4	5	6	7	Ansiedade
1.Aceitação Social	.667***	.299***	.428***	.578***	.358***	-.445***	-.364***
2.Atualização Social	1	.259***	.439***	.531***	.366***	-.413***	-.358***
3.Integração Social		1	.386***	.213***	.368***	-.327***	-.233***
4.Contribuição Social			1	.495***	.235***	-.441***	-.342***
5.Coerência Social				1	.260***	-.416***	-.394***
6.Satisfação com a vida					1	-.546***	-.391***
7.Depressão						1	.813***

Nota. \*\*\*p<.001

### Consistência Interna

A análise dos valores de *Alpha de Cronbach* revelou que estes são mais adequados na maior parte das dimensões obtidas no modelo final (Estrutura da AFC- final; Modelo 3), comparativamente com as dimensões constituídas pelos itens da estrutura original (Modelo 1), à exceção da dimensão de Atualização social. Todas as dimensões revelaram valores adequados de consistência interna (Tabela 8).

Tabela 8.

*Valores de Alpha de Cronbach obtidos neste estudo para a Estrutura Original proposta por Keyes (1998) (Modelo 1) e Estrutura Final (Modelo 3)*

Dimensões	<i>Alpha de Cronbach</i> (Estrutura original – Modelo 1)	<i>Alpha de Cronbach</i> (Estrutura da AFC- Final)
Aceitação Social	.84	.86
Atualização Social	.83	.76
Integração Social	.80	.80
Contribuição Social	.69	.70
Coerência Social	.61	.67

## Discussão

O bem-estar social é definido como a avaliação do indivíduo sobre as suas circunstâncias sociais e o seu funcionamento em contexto social (Keyes, 1998). De facto, são vários os estudos que reforçam a importância da dimensão social do bem-estar no funcionamento dos indivíduos. Kawachi e Berkman (2001) referem que uma reduzida rede social, um número diminuto de relacionamentos interpessoais significativos e a perceção de reduzido suporte social estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Concomitantemente, certos aspetos dos relacionamentos sociais, como o sentimento de integração social tem um efeito positivo direto no bem-estar. O sentimento de integração na rede social produz estados psicológicos positivos, como por exemplo, o sentimento de pertença, segurança, reconhecimento e auto-estima (Kawachi & Berkman, 2001). Com efeito, é reconhecida a influência que os relacionamentos interpessoais têm na saúde física e mental dos indivíduos. Alguns estudos referem que desempenhar vários papéis sociais promove a autoestima e a adaptação a eventos stressantes, prevenindo o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Berkman et al., 2000).

Não obstante a relevância do bem-estar social para o funcionamento dos indivíduos, amplamente reportada na literatura, verificamos que no contexto português este tem sido um constructo relativamente negligenciado no que concerne à sua avaliação. Com efeito, a escassez de estudos centrados no bem-estar social é significativa, estando marcada (tanto quanto é do nosso conhecimento) pela inexistência de escalas que avaliem este constructo na nossa população. Como já foi referido, em Portugal estão apenas validadas as Escalas de Bem-estar Psicológico (Ryff & Essex, 1992, traduzida e adaptada por Novo, 2003), e a Escala de satisfação com a vida de Diener et al. (1985, traduzida e adaptada por Simões, 2002), sendo que o presente trabalho vem preencher a lacuna existente acerca da avaliação do bem-estar social.

Neste sentido, o objetivo deste estudo passou por traduzir, adaptar e providenciar evidências de validade e fidelidade no contexto português de uma escala de bem-estar social em adultos (Escala de Bem-estar Social, Keyes, 1998). Tanto quanto é do nosso conhecimento, esta escala é a única com o propósito de avaliar as circunstâncias sociais e o funcionamento em contexto social, não tendo sido encontradas, internacionalmente, escalas alternativas com este propósito. A adaptação desta escala permite assim avaliar o bem-estar social enquanto reflexo da capacidade de adaptação e integração do adulto em estruturas

sociais, traduzido ainda na avaliação que o próprio faz do seu contexto social, das outras pessoas e da sociedade (Cicognani et al., 2008).

No presente trabalho foram testados diferentes tipos de validade da escala assim como a sua fidelidade. A validade baseada na estrutura interna foi avaliada através de uma análise fatorial confirmatória, cujos resultados permitiram concluir que a estrutura original (Modelo 1) se revelou pouco adequada, refletindo índices de ajustamento sofríveis para que pudesse ser considerado um modelo adequado. Face a estes resultados, e de acordo com a sugestão de alguns autores (Maroco, 2010), foi testado um segundo modelo com base na análise dos pesos fatoriais e fiabilidade individual dos itens, que ainda assim, revelou índices de ajustamento frágeis. Desta forma, procedemos a uma análise dos índices de modificação, a partir dos quais foram eliminados do modelo aqueles itens considerados problemáticos. O resultado deste processo de análise fatorial traduziu-se no modelo final constituído por 19 itens, com pesos fatoriais acima de .50. Este revelou índices de ajustamento que se revelaram adequados à estrutura modificada, de acordo com os critérios anteriormente definidos. Verificou-se que o  $\chi^2/df$  foi menor que 3, o GFI foi igual a .90, o PGFI maior que .60, o RMSEA menor que .08 e o SRMR menor que .10 (Hair et al., 2010; Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel et al., 2003). O valor de CFI, apesar de não ter revelado um resultado igual ou superior a .95 (Schermelleh-Engel et al., 2003), este pode ser considerado aceitável uma vez que é um valor acima de .90, e próximo de .95 (Bentler, 1990). Neste sentido, os resultados revelam que o modelo final de 19 itens se ajustou adequadamente no contexto do presente estudo.

No que se refere aos resultados obtidos ao nível da validade baseada na relação com outras variáveis, e especificamente, ao nível da validade convergente, verificámos que todas as dimensões da escala de bem-estar social se correlacionaram positivamente com a escala de satisfação com a vida, consistentemente com evidência anteriormente reportada (Li et al., 2015). Da mesma forma, no que se refere à validade discriminante, tendo em conta as duas dimensões de psicopatologia (i.e., ansiedade e depressão), obtivemos correlações significativas e negativas entre todas as dimensões de bem-estar social e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Assim, os resultados evidenciaram indicadores robustos de validade convergente e discriminante, indo de encontro ao que a literatura sugere a propósito da relação negativa entre os três tipos de bem-estar (i.e., emocional, psicológico e social) e a sintomatologia depressiva e ansiosa (Keyes, 2005), assim como sobre o papel dos aspetos

sociais do bem-estar no desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Berkman et al., 2000).

Relativamente à fidelidade, todas as dimensões da escala apresentaram valores de *Alpha de Cronbach* superiores a .70, à exceção da dimensão Coerência Social ( $\alpha = .67$ ) com um valor aproximado. No entanto, analisando os dados obtidos pelo autor da versão original, o resultado aqui reportado é mais elevado, atendendo a que para a dimensão original de Coerência Social foi obtido um *Alpha de Cronbach* de .57 e .64, nos dois estudos desenvolvidos pelo autor (Keyes, 1998). Comparando com a escala original de Keyes (1998), houve ainda melhorias nos valores de consistência interna notórias em outras dimensões como a Aceitação Social e a Atualização Social. Além disso, podemos concluir que, apesar da necessidade de diminuir o número de itens por dimensão no modelo final, obtido no presente trabalho, tal parece não ter comprometido a consistência interna das dimensões. Pelo contrário, verificámos que genericamente os valores de *Alpha de Cronbach* aumentaram na versão final, com exceção da dimensão de Atualização Social. No entanto, o valor obtido nesta dimensão é ainda assim adequado (.76) e superior ao obtido por Keyes (1998) - .69 e .64. Em suma, os valores obtidos no presente estudo podem ser considerados adequados em todas as dimensões, sendo na generalidade melhores ou similares aos obtidos em estudos anteriores (Keyes, 1998; Li et al., 2015).

De uma forma geral, os resultados sugerem evidências de validade e fidelidade da Escala de Bem-Estar Social para avaliar este constructo no contexto português, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de investigação futura ao nível desta dimensão positiva da saúde mental. No entanto, importa clarificar algumas limitações no presente estudo. Por um lado, os procedimentos de amostragem de não aleatorização devem ser referidos, uma vez que a amostra aqui descrita foi obtida por critérios de conveniência. Por outro lado, os participantes deste estudo são adultos entre os 18 e os 58 anos, sendo necessário desenvolver mais esforços para avaliar a adequação da escala noutras fases do desenvolvimento (e.g., adolescentes ou idosos). Do mesmo modo, o facto de a recolha de dados ter sido realizada *online* impossibilitou a possibilidade de esclarecimento de dúvidas aos participantes, o que poderá influenciar a margem de erro de respostas.

Apesar das limitações aqui identificadas, consideramos que os resultados aqui apresentados contribuem de forma significativa para o desenvolvimento da investigação nesta área, envolvendo um conjunto de implicações importantes para a investigação e prática neste contexto.

## Conclusão

Em conclusão, neste estudo foram desenvolvidos esforços de adaptação e validação da Escala de Bem-estar Social no contexto português, tendo esta revelado índices de qualidade de ajustamento e valores de consistência interna adequados para as cinco dimensões. Trata-se de um importante passo para futuros estudos sobre o bem-estar social na população portuguesa, sendo que, esta escala veio colmatar a necessidade de medidas neste domínio, fundamental para compreender de forma adequada a saúde mental dos indivíduos portugueses. Na medida em que reproduz as dimensões teóricas originais, a utilização desta escala em contexto português permitirá a realização de investigações teoricamente orientadas e com possibilidade de comparação de estudos em diferentes países.

A adaptação desta escala permitirá, assim, avaliar o bem-estar social enquanto reflexo da capacidade de adaptação e integração social dos adultos portugueses, traduzido ainda na avaliação que estes fazem do seu contexto social, das outras pessoas e da sociedade (Cicognani et al., 2008). Especificamente, esta escala poderá fornecer uma abordagem mais compreensiva da saúde mental dos indivíduos e, nesta sequência facilitar uma intervenção mais eficaz. Com efeito, havendo novas possibilidades de avaliação do bem-estar em contexto português, emergem assim implicações importantes para uma intervenção mais eficaz ao nível da saúde mental, nomeadamente, pela promoção do bem-estar social e não apenas a mera diminuição de sintomatologia. Deste modo, será importante desenvolver esforços que permitam a diminuição do isolamento social e a promoção da integração social, pois esta produz estados psicológicos positivos como o sentimento de pertença, segurança reconhecimento e autoestima (Kawachi & Berkman, 2001).

Refletindo sobre o trabalho realizado no âmbito desta dissertação, considera-se que o desenvolvimento de investigação futura, neste domínio, deve focar-se na compreensão dos fatores que contribuem positivamente para o bem-estar social dos indivíduos, prevenindo problemas de saúde mental e a otimização do funcionamento dos indivíduos e da sua qualidade de vida.

## Referências

- Arbuckle, J. (2011). *Amos 20 User's Guide*. Amos Development Corporation.
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., Van Beijsterveldt, T. C., & Boomsma, D. I. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. *Behavior Genetics*, *43*(3), 177-190.
- Behling, O., & Kenneth, S. L. (2000). *Translating Questionnaires and Other Research Instruments: Problems and Solutions*. Sager University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences. series numbers 07-131. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238e246.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new Millennium. *Social Science & Medicine*, *51*(6), 843-857.
- Bos, E. H., Snippe, E., de Jonge, P., & Jeronimus, B. F. (2016). Preserving subjective wellbeing in the face of psychopathology: buffering effects of personal strengths and resources. *PLOS ONE*, *11*(3). Doi: 10.1371/journal.pone.0150867.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Vol.III* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, M. P. M., & Dias, M. L. B. (2012). Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1), 135-143.
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well-being: a study on american, italian and iranian university students. *Social Indicator Research*, *89*(1), 97-112.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Diener, Ed., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302.

- Diener, Ed., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. *Handbook of Positive Psychology*. 63-73.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*. 97(2). 143-156.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*. 2(3). 222-235.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of General Psychology*. 9(2). 103-110.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of personality*, 77(4), 1025-1050. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 46(12). 1569-1585.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6(1), 1-55.
- IBM Corp. Released (2010). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 78(3). 458-467.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 61(2). 121-140.
- Keyes, C. L. M (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social research*. 43. 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health?investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(3). 539-548.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 62(2). 95-108.

- Keyes, C. L., & Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: a comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1833-1845.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equations modeling* (2nd ed.). London: Guilford.
- Lambert, L., Passmore, H. A., & Holder, M. D. (2015). Foundational frameworks of positive psychology: Mapping well-being orientations. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(3), 311-321.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the big five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 517-524.
- Li, M., Yang, D., Ding, C., & Kong, F. (2015). Validation of the social well-being scale in a Chinese sample and invariance across gender. *Social Indicators Research*, 121(2), 607-618.
- Maroco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Técnicos, Software & Aplicações*. Pêro pinheiro:ReportNumber.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: validation of students' psychosocial well-being inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 85-104.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything. or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The countours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Muller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

- Sijtsema, J. J., Verboom, C. E., Penninx, B. W. J. H., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2014). Psychopathology and academic performance, social well-being, and social preference at school: the trails study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(3), 273-284.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVI, 3, 503-515.
- Suldo, S. M., Gelley, C. D., Roth, R. A., Bateman, L. P. (2015). Influence of peer social experiences on positive and negative indicators of mental health among high school students. *Psychology in the Schools*, 52(5), 431-446. Doi: 10.1002/pits.21834.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.

## **Anexos**

**Escala de Bem-Estar Social** (traduzida e adaptada de Keyes, 1998)**Integração Social**

1. Sinto que sou uma parte importante da minha comunidade (+).
2. Se eu tivesse algo a dizer, considero que as pessoas da minha comunidade me ouviriam (+).
3. Sinto-me próximo de outras pessoas na minha comunidade (+).
4. Vejo a minha comunidade como uma fonte de suporte (+).
5. Considero que as outras pessoas na sociedade me valorizam como pessoa (+).

**Aceitação Social**

6. Penso que as outras pessoas não são fiáveis (-).
7. Sinto que as pessoas não são de confiança (-).
8. Penso que as pessoas vivem apenas para si próprias (-).
9. Considero que, nos dias de hoje, as pessoas são cada vez mais desonestas (-).

**Contribuição Social**

10. As minhas atividades diárias não são uma mais-valia para a minha comunidade (+).
11. Não tenho o tempo ou a energia para dar algo à minha comunidade (-).
12. Sinto que não tenho nada de importante a contribuir para a sociedade (-).

**Atualização Social**

13. Considero que a sociedade parou de progredir (-).
14. Para pessoas como eu, a sociedade não tem melhorado (-).
15. Penso que as entidades sociais (e.g., legais e governamentais) não melhoram a minha vida (-).
16. Para mim não existe verdadeiro progresso social (-).

**Coerência Social**

17. O mundo é demasiado complexo para mim (-).
18. Eu não consigo dar sentido ao que acontece no mundo (-).
19. A maioria das culturas é tão estranha que não as consigo perceber (-).