



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

MARIA JULIA ORNELAS

VITIMAÇÃO E FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO NA
IDADE ADULTA: O PAPEL MODERADOR DO
SUPORTE SOCIAL.

Orientação científica: Professora Doutora Célia Ferreira

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

2016



Maria Julia Ornelas

**Vitimação e Funcionamento Psicológico na Idade
Adulta: O Papel Moderador do Suporte Social**

**Dissertação apresentada na Universidade lusófona do Porto para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Justiça Vítimas de Crime**

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

Presidente: Prof. Doutora: Carla Antunes

Vogais: Prof. Doutora: Teresa Braga (Instituição) - arguente

Orientadora: Prof. Doutora: Célia Ferreira

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

2016

Condições de reprodução da Tese/dissertação de Mestrado

DECLARAÇÃO

Não é autorizada, por um prazo de 3 anos, a reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.

À autora:

Agradecimentos

De forma singela, mas com um sentimento profundo de gratidão, a todos os que ao longo desta caminhada me ajudaram a tornar possível a conclusão desta importante etapa da minha vida:

A DEUS, que me deu saúde e força para ultrapassar todas as dificuldades;

À minha comadre Solange Cabral que me apoiem em todos os momentos, desde o 1º ao último ano do curso, o meu profundo agradecimento, por seres uma pessoa exímia e extraordinária, agradeço a Deus por me ter dado o privilégio de fazer parte da tua vida.

À Professora Doutora Célia Ferreira por me ter auxiliado nesta grande caminhada, pelos conhecimentos transmitidos e encorajamento.

À Professora Doutora Carla Antunes pelo seu apoio, disponibilidade, conhecimentos transmitidos e encorajamento.

Resumo

O presente estudo teve como principais objectivos: (1) Explorar e compreender a violência nas suas vertentes, contexto, tipo de violência e impacto na saúde; (2) o construto de bem-estar e os aspetos positivos de funcionamento do indivíduo, otimismo e satisfação com a vida; (3) explorar e promover a distinção das correntes filosóficas hedónica e eudaimónica bem como a perspetiva do bem-estar subjetivo (BES) e bem estar psicológico (BEP); (4) a importância do suporte social na saúde e nos efeitos benéficos na vida dos sujeitos. De referir que este estudo procurou testar o papel moderador do Suporte Social (SS) na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de vitimação durante o último ano. A amostra foi constituída por 381 sujeitos, de ambos os sexos, recolhida online em todo o território nacional. O protocolo de instrumentos administrados incluiu um questionário sociodemográfico, uma medida de bem-estar psicológico (*Escala de Bem-Estar Psicológico* - EBEP; Ryff, (1989), adaptada por Novo, (2003); Escala de suporte social (*Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* –(MSPSS); Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, (1988), adaptada por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira, (2011); Escala de sintomatologia psicopatológica (*Brief Symptom Inventory* – (BSI); Derogatis, (1982), adaptada por Canavarro, (2007); *Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta* – QEVIA; Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, (2009), validado por Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016). Os resultados sugerem que o suporte social familiar modera de forma marginalmente significativa a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica. Níveis elevados de suporte social familiar relacionam-se com baixos níveis de experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica. O estudo desenvolvido confirmou resultados de outros estudos. Resultados do moderador do suporte social não são estatisticamente significativos. Encontradas implicações concetuais metodológicas. Limitação sentida, pouca literatura a nível de violência no geral.

Palavra-chave: Vitimação, Funcionamento Psicológico e Suporte Social

Abstract

This study was designed primarily to: (1) explore and understand violence in its tracks, context, violence and health impact; (2) the welfare construct and the positive aspects of individual functioning, optimism and satisfaction with life; (3) to explore and promote the distinction of hedonic and eudaimónica philosophical currents as well as the perspective of subjective well-being (SWB) and psychological well-being (BEP); (4) the importance of social support in health and beneficial effects on the lives of the subjects. It should be noted that this study sought to test the moderating role of Social Support (SS) in the prediction of current psychological functioning, with the antecedent variable victimization experience during the last year. The sample consisted of 381 subjects of both sexes, collected online throughout the national territory. The administered instruments protocol included a sociodemographic questionnaire, psychological well-being measure (Scales of Psychological Well-Being - EBEP; Ryff, (1989), adapted by New (2003), Social Support Scale (Multidimensional Scale of Support social Perceived - (MSPSS); Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988), adapted by Carvalho Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira (2011), psychopathological symptoms Scale (Brief symptom Inventory - (BSI); Derogatis (1982), adapted by Canavarro (2007) victimization Experiences Questionnaire in adulthood - QEVIA; Lisbon, Barroso, Patrick & Leandro (2009), validated by Antunes Ferreira and Magalhães (2016) . the results suggest that family social support moderates marginally significantly the relationship between the experiences of victimization and psychopathological symptoms. high levels of family social support are related to low levels of victimization experiences and psychopathological symptoms. The study conducted confirmed the results of other studies. social support Moderator results are not statistically significant. Found concetuais methodological implications. felt limitation, few studies level of violence in general.

Keyword: Victimization, Psychological Functioning and Social Support

ÍNDICE

Agradecimentos.....	6
Resumo.....	7
Abstract.....	8
Índice.....	9
Estado da Arte	10
CAPÍTULO I – Vitimização / Violência na Idade Adulta.....	10
1.1 Bem Estar (BE).....	11
1.2- Perspetivas teóricas do BR: Da Hedónica para Eudaimónica.....	11
CAPITULO II – SUPORTE SOCIAL.....	14
2.1 O Suporte Social.....	14
2.1.1 O Suporte Social da Família, Amigos e outros.....	16
2.1.2 Saúde Mental / Funcionamento Psicológico.....	17
CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO	18
3.2 Método	18
3.2.1 Participantes.....	18
3.2.2 Instrumentos.....	20
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	<i>20</i>
<i>Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP).....</i>	<i>20</i>
<i>Escala Multidimensional Suporte Social Percebido(MSPSS)....</i>	<i>21</i>
<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	<i>21</i>
<i>Questionário de experiências de Vitimação na Idade Adulta</i>	<i>21</i>
3.2.3 Procedimento	22
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO/CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

Estado da Arte

Capítulo I –Violência e Vitimação na Idade Adulto

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) define violência como: “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”. São excluídos da definição a maioria dos acidentes de trânsito. Os atos violentos podem resultar em danos vários, de natureza física, psicológica, sexual, entre outros, afetando, direta e indiretamente, a vida de muitas pessoas.

Em 1966, a OMS aprovou a Resolução WHA 49.25, declarando a violência um problema de saúde pública, importante e crescente em todo mundo. Nesta Assembleia, reforçou-se a chamada de atenção para as consequências graves deste tipo de fenômenos a curto, médio e longo prazo, destacando-se ainda os seus efeitos e custos macroeconômicos, nomeadamente ao nível dos serviços de saúde.

Como se disse, a violência tende a traduzir-se em impacto negativo diversificado para as suas vítimas, tipicamente consubstanciado em sintomatologia depressiva, ansiosa e/ou traumática, assim como alterações significativas no estilo de vida.

A violência manifesta-se em vários contextos sociais, se não mesmo em todos, e a investigação tem vindo a produzir evidências empíricas sobre as características e dinâmicas específicas da sua manifestação em vários deles (e.g., contexto familiar mais amplo, contexto relacional, contexto escolar, contexto laboral).

Independentemente dos contextos de ocorrência, a literatura tem vindo a discriminar a natureza dos atos violentos em físicos, psicológicos, sexuais, discriminatórios e relacionados com a privação e abandono, entre outros. Contudo, apesar da sua tipificação singular, importa salientar a grande comorbilidade entre os mesmos. (Lourenço, 1997).

A violência física define-se como sendo o “uso de ameaça ou força física ou restrição levada a cabo no sentido de causar dor ou injúria a outrem” Sugarman & Hotaling (1989, p.4); A violência sexual é “*um comportamento cuja finalidade é compelir o companheiro a uma interação sexual contra a sua vontade; variando os atos coercivos desde a insistência ou ameaça, ao uso da força física*”, (Segundo Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman (1996, p.290); Para Straus & Sweet (1992, p. 347) descrevem a violência psicológica como “*um padrão de comunicação, quer verbal quer não-verbal, com a intenção de causar sofrimento psicológico na outra pessoa, ou que é percebido como tendo essa intenção*”.

1.1 - Bem-estar (BE)

O Bem-Estar (BE) é um tema que suscita um interesse cada vez maior na nossa sociedade. Existem várias disciplinas que abordam este tema nos seus estudos, como é o caso da psicologia positiva. Esta disciplina interliga conceitos como o BE, a felicidade e a afetividade (tanto positiva como negativa), fazendo com que estes conceitos extravasassem o campo da moralidade (Galinha, 2008; Novo, 2003).

Ainda assim, subsiste uma enorme dificuldade em definir, de forma consensual, o conceito de BE. A este nível, maior dificuldade prende-se com a extensão deste conceito que origina uma alargada variedade de perspetivas, cada uma delas sustentada pelos seus objetivos e métodos de avaliação próprios Novo, (2003).

Originalmente, este conceito emergiu associado a questões económicas e, consequentemente, com o poder económico de cada sociedade. No entanto, ao perceber-se o sentido restrito desta conceptualização, este passou também a integrar outras dimensões, nomeadamente as relações interpessoais, a saúde e a qualidade de vida (Galinha & Ribeiro, 2005), o otimismo, a satisfação com a vida e a resiliência Novo, (2003). Assim, a partir deste alargamento, o construto passou também a contemplar a compreensão e promoção de aspetos positivos do funcionamento do indivíduo e a ser parte integrante da conceptualização mais ampla de Saúde Mental. Novo, (2005).

1.2- Perspetivas teóricas em torno do BE: Da Hedónica para a Eudaimónica

Abordando de forma mais detalhada a evolução do conceito de BE, é importante destacar o período crítico ocorrido na década de 80 do século XX que origina, segundo Galinha (2008), a distinção entre duas perspetivas: a do Bem-estar Subjetivo (BES) e a do Bem-Estar Psicológico (BEP).

Estas duas perspetivas têm origem em duas correntes filosóficas distintas, a perspetiva Hedónica e a perspetiva Eudaimónica, respetivamente Duarte; (2013); (Ryan, Deci, 2001); Lent (2004).

Segundo a perspetiva hedónica (Diener, (1994); Diener, Suh, Lucas & Smith, (1999); Lent & Brown, (2006); Soares, (2014), o BES está baseado na sua vertente de prazer e de felicidade, distinguindo três dimensões: a satisfação com a vida, a presença de afetos positivos (como a alegria e o prazer) e a ausência de afetos negativos (como a ansiedade e a dor). Ligado a esta perspetiva, surge o conceito de BES como instrumento de avaliação do

impacto das políticas nas mudanças sociais Lent & Brown, (2006); Ryan & Deci, (2001), definindo felicidade como o balanço entre afetos positivos e negativos Bradburn, (1969), como citado por Soares, (2014).

Por outro lado, a perspectiva filosófica Eudaimónica está relacionada com o BEP, destacando as capacidades de cada indivíduo que conduzem ao funcionamento positivo e adaptativo. Ao mesmo tempo, relaciona os aspetos percetivo - cognitivos e afetivo - emocionais com a personalidade Duarte, (2013); Novo, (2003); Ryff, (1989a,b); (Ryff & Keyes, 1995).

Confrontando estas duas perspetivas, é possível afirmar que estas se distinguem pois têm objetivos diferentes (Ryan, Huta & Deci, 2013). Enquanto, as conceções eudaimónicas do BE se focam no conteúdo e na forma como se vive, as conceções hedónicas focam-se nos resultados, principalmente na felicidade e na satisfação com a vida. O foco da investigação em eudaimonia será, por isso, o de identificar o que conduz a viver bem e as consequências esperadas desse viver (satisfação hedónica, vitalidade, intimidade, saúde, sentido de vida,...).

O foco da investigação da perspectiva eudaimónica consiste na identificação das principais variáveis que afetam o BE e nas consequências desse estilo de vida.

Segundo Albuquerque (2004), conceitos como a importância das emoções, a felicidade e a satisfação estão relacionados com a perspectiva subjetiva do BE. Por outro lado, a perspectiva psicológica do BE está alicerçada na psicologia clínica (segundo perspetivas do desenvolvimento e da saúde mental) e tem como objetivo principal compreender quais os principais processos implícitos e inerentes ao conceito de BE.

Segundo Monteiro (2011); Ryan & Deci (2001), é possível afirmar que as duas perspetivas do BE são importantes e que se complementam, contribuindo de forma fundamental para a compreensão do conceito de BE.

O BES é um termo genérico usado para descrever o nível de BE de pessoas, experiência de acordo com as avaliações de suas vidas. É um conceito resultante da perspectiva hedónica, que tem vindo a ser investigada para procurar compreender o que origina a felicidade e quais os processos que lhe são inerentes Diener, (2009); Galinha & Ribeiro, (2005b). A satisfação com a vida e a felicidade; são conceitos que se ligam neste modelo de BES (Diener & Ryan, 2009); Fave, Bredar, Freire, Vella-Brodick, & Wissing, (2011); Tov & Diener, (2013).

Um dos grandes investigadores do BES, Diener, investiga a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas (Diener, Suh & Oishi, (1997), tendo em conta valores, necessidades e sentimentos pessoais, separados dos valores universais ou do funcionamento psicológico Novo, (2003).

Assim, o BES é constituído por duas componentes, a afetiva (afetos positivos e afetos negativos) e a cognitiva (satisfação com a vida) (Deci & Ryan, 2008; Diener, Sapyta & Suh, (1998); Galinha, (2008); Galinha & Ribeiro, (2005b). (perspectiva hedónica e eudaimónica tal como ilustra o quadro1).

Quadro 1.

Características do Bem-estar Subjetivo Psicológico (adaptado a partir de Lent, (2004.)

Tipos de Bem-estar	Perspetivas	Componentes principais	Proponentes Principais
Bem-estar Subjetivo	Hedónica	Satisfação com a vida (felicidade) Afecto Positivo Afecto Negativo (ausência)	Diener (1984)
Bem-estar Psicológico	Eudaimónica	Crescimento Pessoal Significado da vida Propósito Auto-realização	Ryff (1989)

O BEP é um conceito baseado na teoria psicológica que agrega conhecimentos de diversas áreas da psicologia: psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e saúde mental, a respeito do funcionamento psicológico positivo ou ótimo (Machado & Bandeira, 2012; Ryff, (1989a). Segundo Machado & Bandeira (2012), os pontos de convergência entre essas formulações teóricas constituem as dimensões do BEP: autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989a); Ryff & Keyes, (1995); Ryff & Singer, (2008).

Segundo Novo (2005), o BEP surge como um conceito que traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos entre as áreas pessoal, interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro. Pode, assim, inferir-se que o BEP assume um carácter amplo e representativo do funcionamento psicológico positivo ao nível privado.

O BEP é um construto multidimensional, baseado na teoria psicológica e integra conhecimentos das áreas da psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista

existencial e saúde mental, através do funcionamento psicológico positivo ou ótimo (Ryff, 1989), adoptando uma visão relacionada com a perspectiva eudaimónica surgindo com críticas nas fragilidades das teses que sustentavam o BES.

Este modelo parece mais abrangente e diversificado, tendo como foco o funcionamento psicológico positivo e o desenvolvimento de competências no indivíduo, permitindo colmatar a restrição do modelo do BES e integrar o BE noutras áreas da saúde (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010); Novo, (2003). Para se viver de forma genuína, é essencial que a vida tenha significado para o sujeito, o que vai ao encontro das teorias eudaimónicas de BE (Steger & al., (2006). Assim, os estudos têm revelado que o significado e o propósito que os sujeitos atribuem à sua vida liga-se positivamente à satisfação com a vida (Baumeister & Vohs, 2002); Cohen & Chairns, (2012); McMahan & Renken, (2011), e a indicadores de funcionamento psicológico positivo como a regulação emocional, as estratégias de coping, as cognições os objectivos pessoais, os traços de personalidade, a espiritualidade e acontecimentos de vida (indicadores de funcionamento psicológico positivo associados ao BEP (Ryff & Singer, 2008), e associa-se negativamente à depressão, ansiedade e abuso de substâncias (McMahan & Renken, 2011). Uma das mais-valias do BEP é que trás um acréscimo ao BES no sentido de autorealização sendo os seus constructos muito mais sólidos, pois têm um paralelismo na medida.

Capítulo II – Suporte Social

2.1 O Suporte Social

Existe uma grande multiplicidade de definições em torno do SS, que surgem na literatura (Bento, 2011) ; Fraga, (2012). Uma das mais conhecidas e referidas na literatura é a de Sarason, Levine & Basham (1983), que apresenta o constructo como “a existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e que gostam de nós” (p. 127). No entanto, para Ponte & Pais-Ribeiro (2008), o suporte social relaciona-se com os recursos que os sujeitos têm ao seu dispor, bem como as unidades sociais que o sujeito pode usufruir quando necessita de ajuda.

Existem vários tipos de suporte social, sendo que as suas funções mais citadas são: Suporte Emocional (ter alguém que expressa simpatia, cuidado e aceitação pelo indivíduo,

alguém que oferece conforto e segurança durante alturas de stress, levando o indivíduo a sentir-se acarinhado e desejado); Ajuda Instrumental ou Tangível (fornecimento de recurso financeiros, ajudas domésticas, transporte e assistência física); Validação (reforço das competências pessoais e autoestima); Suporte Informal (fornecimento de conselhos, informação ou guias relevantes, para solucionar problemas); Integração Social/Companheirismo (sentir-se parte integrante de um grupo que partilha os mesmo interesses e preocupações/ter alguém com quem partilhar atividades recreativas e sociais) (Cohen et al., (2000) cit. em Wong, Yoo & Stewart, (2007); uma última função do suporte social, definida por Weiss (1974), citado em Cutrona & Russel, (1990) é a Oportunidade de Prestação de Suporte. Weiss (1974), citado em Graça, (2008) defende que para o BE dos indivíduos é importante que estes se sintam úteis aos outros.

É habitual referir duas fontes de suporte social: informal e formal (Dunst e Trivet, 1990). O suporte Social informal inclui indivíduos (e.g., familiares, amigos, vizinhos, igrejas ou organizações caritativas). As fontes de suporte social formal abarcam organizações sociais, hospitais, programas de apoio estatal bem como profissionais que estão organizados para fornecerem cuidados (e.g., médicos, psicólogos enfermeiros, assistentes sociais...)

Parece existir um razoável consenso acerca da multidimensionalidade do suporte social, bem como no facto de determinados aspetos do suporte social terem impacto diferente no bem-estar, saúde e doença dos indivíduos. Tardy (1985) subdividiu o suporte social em cinco dimensões chave, 1) direção (*i.e., o suporte pode ser dado ou recebido*), 2) Disponibilidade (*i.e., avaliação vs utilização de recursos de suporte*), 3) descrição vs satisfação com o suporte, 4) conteúdo, (*i.e., qual o tipo de suporte*) e 5) rede social, (*i.e., qual dos sistemas sociais fornece o suporte*).

Dunst & Trivette (1990), como citado em Pais-Ribeiro, (1999), sugerem a existência de cinco componentes de suporte interligado; a) *componente constitucional*, (*i.e., inclui as necessidade e a relação entre estas e o suporte existente*); b) *componente relacional* (*i.e. estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais*); c) *componente funcional*, (*i.e., tipo de suporte disponível, (emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte e a quantidade de suporte)*); d) *componente estrutural* (*i.e., proximidade física, frequência de contatos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência*); e) *componente satisfação* (*i.e., utilidade e ajuda fornecida*).

A literatura tem afirmado que o suporte social tem efeitos benéficos na vida de cada um de nós. Os efeitos positivos do suporte social parecem estar diretamente relacionados com a saúde. Este exerce um efeito moderador sobre o impacto negativo, para a saúde mental, de eventos de vida adversos, e contribui positivamente para o BE geral e psicológico Fraga (2012); Graça, (2008); Lin, Dean & Ensel, (1986) citado por Hernández-Plaza & Alonso-Morillejo, (2004).

2.1.1 Fontes de suporte informal: O papel da Família, dos Amigos e de outros significativos

Para Gaertner, Fite & Colder (2010), quando existe uma percepção fraca do suporte parental, os indivíduos tendem a visualizar os amigos como uma fonte de suporte a quem podem recorrer. Deste modo, a qualidade das relações de amizade pode atenuar os problemas sentidos quando existem dificuldades nas relações pais/filhos Lansford, Criss, Pettit, Dodge & Bates, (2003).

Segundo Nelis & Rae (2009); Nunes (2013), a relação com os amigos e consequentemente as relações de amizade próxima e sentimentos de suporte podem amenizar os sentimentos de angústia e previsivelmente serem um importante fator de ajustamento na vida das pessoas. Deste modo, as amizades sentidas como fonte de suporte social estão relacionadas com níveis mais elevados de bem-estar psicossocial e níveis mais baixos de agressividade. Todavia, a percepção do suporte social dos amigos não é linear ao longo do tempo Rabaglietti & Ciairano, (2008). Segundo estes autores, o grupo de pares surge como um contexto relacional privilegiado no início da adolescência ao passo que, no final os relacionamentos românticos podem assumir uma posição de destaque.

Os indivíduos que têm a percepção que pertencem a uma rede social forte que, se necessário, podem fornecer ajuda em acontecimentos dramáticos, sentem a situação de stress de forma menos intensa. Defende também que as famílias são uma das fontes de apoio social mais próximas. A rede de amigos, de colegas de trabalho e de conhecidos, pertencem a grupos a quem se pode recorrer.

Segundo Rodrigues & Choen (1988), citado em Siqueira & Padovam (2007), dizem que existe três dimensões na constituição do social: 1) *Suporte Social*; 2) *Suporte Instrumental*; 3) *Suporte Informacional*.

Sendo que o Suporte Social, caracteriza-se pelo suporte recebido por pessoas com grandes vínculos de amizade, existindo respeito, preocupação, empatias e feed back positivo (Adam, King & King, 1986); Helgeson & Cohen, (1996); Seeman, (1988), citados em Siqueira & Padovam, (2007). O Suporte Instrumental, tem por objectivo ajudar a superar dificuldades de natureza estrutural, e o Suporte Informacional, visa a disponibilização de informação útil disponibilizadas pelas redes sociais. (Rodrigues & Cohen, 1998); Seeman, (1998), citados em Siqueira & Padovam, (2007).

O estudo da associação entre suporte familiar e saúde mental fundamenta-se na crescente importância que vários estudiosos têm dado a que as relações sociais podem ter um papel fundamental para manter ou mesmo promover a saúde mental (Ackerman, 1986); Batista, (2004), Basic Behavioral Science Task Force of National Advisory Mental Health Council, (1996); Bassuk, Mickelson, Bissel & Perloff, (2002); Campos, (2004); Féres-Carneiro, (1992); Kashami, Canfield, (1994); OMS, (2001); Ramos, (2002); Souza, (2007). Ao pensar-se numa forma de intervenção para a saúde mental, o suporte da família pode actuar como agente preventivo e protetivo face aos riscos para doenças mentais, através de programas de prevenção e tratamento, visando o restabelecimento da saúde.

2.1.2 Saúde Mental / Funcionamento Psicológico

A saúde mental é mais do que a mera ausência de sintoma/doença. Modelo clínico tradicional/patogénico conceptualiza saúde como ausência de doença, mas conceptualizações mais recentes chamam a atenção para o carácter redutor e simplista desta conceptualização porque saúde implica ausência de sintoma/doença mais BE Lamers & al., (2012).

A saúde mental para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000),” é o estado que permite ao indivíduo o aproveitamento total das suas capacidades cognitivas, afetivas e relacionais, o enfrentamento de dificuldades na vida, a contribuição para ações em sociedade e a produção no trabalho. A partir desse conceito fica explícito o carácter transdisciplinar da saúde mental, esta é influenciada por várias dimensões, incluindo a dimensão social.

A saúde mental tem subjacente o bom funcionamento psíquico interno do indivíduo, bem como a sua capacidade de estabelecer relações adequadas com pessoas, sociedade e família Ackerman, (1986); Ramos, (2002). No suporte familiar e saúde mental, as relações

estabelecidas na família parecem constituir a fonte de relações que atuam nos processos de saúde e doença.

Capítulo III – Estudo Empírico

O principal objetivo deste estudo consistiu em testar o papel moderador do Suporte Social (SS) na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de vitimação durante o último ano. Tendo em consideração este objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar e compreender a violência nas suas diferentes formas;
- b) Analisar a importância do suporte social na saúde e nos efeitos benéficos na vida dos sujeitos;
- c) Analisar o construto de bem-estar e os aspetos positivos de funcionamento do indivíduo, a e satisfação com a vida.

De acordo com a revisão da literatura efetuada foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: O Suporte Social modera a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica.

H2: O Suporte Social modera a relação entre as experiências de vitimação e o Bem estar.

Deste modo, foi necessário estabelecer os diferentes parâmetros seguidos no estudo, nomeadamente os objetivos, as variáveis pertinentes e o desenho do estudo.

3.2 Método

3.2.1 Participantes

A amostra é constituída por 381 sujeitos. (Tal como se ilustra na Tabela na sociodemográfica), a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (52.8%), com uma média de idades de 34.0 anos (DP = 10.6 anos), solteira (50.9%), com habilitações literárias ao nível do ensino secundário (39.6%) e com rendimentos categorizados como dando para viver razoavelmente (58.3%).

Uma percentagem bastante elevada era de nacionalidade portuguesa (95.7%), do distrito do Porto (33.2%), encontravam-se num relacionamento amoroso com coabitação

(56.5%) e com uma duração média do relacionamento de 4 meses. (tal como ilustra tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica (n = 381)

	n	%
Género		
Feminino	201	52.8
Masculino	180	47.2
Idade		
Idade (M; DP)	34.0	10.6
Escolaridade		
1o Ciclo EB	1	.3
2o Ciclo EB	3	.8
3o Ciclo EB	27	7.1
Secundário	151	39.6
1o Ciclo ES/Licenciatura	117	30.7
2o Ciclo ES/Mestrado	72	18.9
3o Ciclo ES/Doutoramento	4	1.0
Estado civil		
Solteiro	194	50.9
Casado	157	41.2
Divorciado	26	6.8
Viúvo	2	.5
Rendimento		
Viver confortavelmente	60	15.7
Viver razoavelmente	222	58.3
Difícil viver	88	23.1
Muito difícil viver	10	2.6
Nacionalidade		
Portuguesa	360	95.7
Brasileira	3	.8
Chinesa	1	.3
Cabo-Verdiana	3	.8
Francesa	1	.3
Holandesa	1	.3
Romena	1	.3
Distrito		
Aveiro	36	9.8
Beja	1	.3
Braga	37	10.1
Bragança	2	.5
Coimbra	11	3.0
Evora	4	1.1
Faro	2	.5
Guarda	2	.5
Leiria	7	1.9
Lisboa	82	22.3
Portalegre	1	.3
Porto	122	33.2
Santarém	29	7.9
Setúbal	9	2.4
Viana do Castelo	7	1.9
Vila Real	2	.5
Viseu	4	1.1
RA Açores	5	1.4
RA Madeira	5	1.4
Relacionamento		

Sem RI	81	21.8
Com RI, SEM coabitação	81	21.8
Com RI, COM coabitação	210	56.5
Duração da relação		
Duração (M; DP)	121.30	108.3

3.2.2 Instrumentos

O protocolo de instrumentos incluiu um questionário sociodemográfico, uma escala de BEP, uma escala de suporte social, uma medida de sintomatologia psicopatológica, um questionário para avaliação de diferentes experiências de Vitimação durante o último ano.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido especificamente por este estudo com a finalidade de recolher dados sociodemográficos e socioculturais da amostra. É constituído por um conjunto de questões sobre: idade, sexo, nacionalidade, país de origem, longevidade da estadia em Portugal, concelho de residência, número de filhos, estado civil, envolvimento relacional atual, número de pessoas que coabitam na mesma casa, grau académico, condição escolar/profissional, profissão, rendimento do agregado familiar, nível socioeconómico (NSE), origem étnica, crenças ou práticas religiosas.

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Ryff,(1989b), versão adaptada para a população portuguesa por Novo, (2003). A EBEP é um instrumento de autorrelato utilizada para avaliar as dimensões de BEP. Este instrumento de autorrelato é composto por um total de 84 itens, organizados em seis dimensões (cada uma das quais com 14 itens) associadas ao BEP. Estas dimensões são: *autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positiva com os outros, objetivos na vida e aceitação de si*. Todos os itens são avaliados numa escala de *Likert* de seis pontos variando de *discordo completamente (1)* a *concordo completamente (6)*.

Os alfas de Croanbach obtidos na amostra deste estudo apontam para bons índices de consistência interna das sub-escalas da EBEP; Autonomia .814; Domínio do meio .794; Crescimento pessoal .819; Relações positivas .868; Objetivos na vida .845; Aceitação de si .844). Todas as versões da EBEP têm demonstrado bons parâmetros psicométricos, como a escala original de Ryff, (1989); (Machado & Bandeira, 2012); Soares (2014).

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), versão adaptada para a população portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira, (2011). MSPSS faz uma avaliação subjetiva de apoio social, recolhendo informação sobre o apoio social percebido pelos sujeitos em três áreas: família, amigos e outros significativos. Este instrumento de autorrelato é composto por 12 itens que avaliam o suporte social percebido com origem na família ($n = 4$, subescala F), outros que avaliam o suporte proveniente dos amigos ($n = 4$, subescala A), e os restantes o suporte social percebido proveniente de outros significativos ($n = 4$, subescala OS). Existe ainda uma medida de suporte social total (total, T). O sujeito deve então assinalar o grau de concordância para cada uma das afirmações (caso se aplique a ele), numa escala de *Likert* com 6 posições (1- *discordo fortemente*; 2-*discordo moderadamente*; 3- *discordo levemente*; 4- *concordo levemente*; 5-*concordo moderadamente*; 6- *concordo fortemente*). A pontuação total para a escala pode variar entre 12 e 72, correspondendo a pontuações mais altas, uma percepção de maior suporte social. Os valores de consistência interna do suporte social deste estudo, situam-se todos acima de .900 excelente (Família .951; Amigos .952; Outros significativos .957; Suporte social .955).

Brief Symptom Inventory (BSI), Derogatis, (1982), versão adaptada para a população portuguesa por Canavarro, (2007). Este instrumento de autorrelato foi selecionado por fornecer uma avaliação sumária de sintomatologia psicopatológica. Para estes estudo apenas foram usados 12 itens, correspondente a sub-escala de ansiedade 6 itens e a sub-escala de depressão 6 itens. Para cada item é respondido numa escala de tipo *Likert* com 5 pontos (desde 0 *Nunca a Muiíssimas* vezes 4). Nesta amostra os valores de Alfa de Cronbach foram bons: para a (Ansiedade .877 e Depressão .877).

Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta (QEVIA); Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016), adaptado de Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, (2009). O QEVIA é um questionário de autorrelato, do tipo inventário comportamental, que permite avaliar eventuais experiências de vitimação sofridas pelo participante durante o último ano. É composto por um total de 25 itens, correspondentes a 4 tipos principais de violência: Discriminação sociocultural – 6 itens; Violência Psicológica – 9 itens, Violência Física – 5 itens; Violência Sexual – 5 itens.

Para cada item, é respondido numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, desde 0 (“Nunca”) a 4 (“*Frequentemente/Repetidamente* - + de 10 vezes”) nunca 0 pontos), a

frequentemente 4 pontos). Assim, este questionário permite, não só avaliar a experiência de vitimação durante o último ano (em termos de tipologia), mas também a sua caracterização mais aprofundada, nomeadamente ao nível do/a autor/a. Na amostra desta investigação os índices de consistência interna são bons relativamente às experiências de vitimação, Discriminação .890; Abuso psicológico .844; Abuso físico .904; Abuso sexual .894.

3.2.3 Procedimento

Todas as autorizações para utilizações dos instrumentos de recolha dos dados foram obtidas junto dos respetivos autores.

A recolha de dados foi efetuada via online através da disponibilização do protocolo de medidas numa plataforma informática específica para o efeito (GoogleForms). O link para este questionário foi divulgado através de mailing lists institucionais (formalizando o pedido de encaminhamento, por exemplo, junto de instituições de ensino superior) e através de redes sociais.

A participação neste questionário foi voluntária e absolutamente anónima e confidencial. Todos/as os/as participantes foram devidamente informados/as sobre os objetivos gerais do estudo e respetivas condições de participação.

Os questionários foram apresentados e respondidos de acordo com uma ordem fixa e previamente estabelecida: Questionário sociodemográfico, EBEP, MSPSS BSI e QEVIA.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados informatizada e, analisados quantitativamente, com recurso ao software informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

Resultado da Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão) e estatística inferencial, (tal como ilustra a tabela 2). O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach e os coeficientes de correlação momento-produto de Pearson para analisar as correlações entre variáveis de tipo quantitativo. Como a amostra tem dimensão superior a 30 aceitou-se, de acordo com o teorema do limite central, a normalidade de distribuição dos valores das variáveis. Para testar as hipóteses número 1 e número 2 usou-se o modelo de regressão linear múltipla. Para evitar efeitos de multicolinearidade as variáveis independentes foram centradas.

Tabela 2

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EBEP					
Autonomia	359	2.79	6.00	4.65	0.69
Domínio do meio	358	2.43	6.00	4.40	0.64
Crescimento pessoal	365	3.14	6.00	4.93	0.62
Relações positivas	360	2.21	6.00	4.65	0.78
Objectivos de vida	360	2.21	6.00	4.75	0.71
Aceitação de si	358	2.36	6.00	4.52	0.73
BSI					
Depressão	380	0.00	23.00	4.78	4.78
Ansiedade	373	0.00	24.00	4.99	4.60
MSPSS					
Família	375	1.00	7.00	5.42	1.30
Amigos	377	1.00	7.00	5.22	1.27
Outro significativo	379	1.00	7.00	5.56	1.32
Suporte social	370	1.00	7.00	5.41	1.13
QVIA					
Discriminação	367	.00	3.00	.21	.44
Abuso psicológico	369	.00	3.56	.24	.44
Abuso físico	375	.00	3.20	.08	.37
Abuso sexual	373	.00	4.00	.07	.33

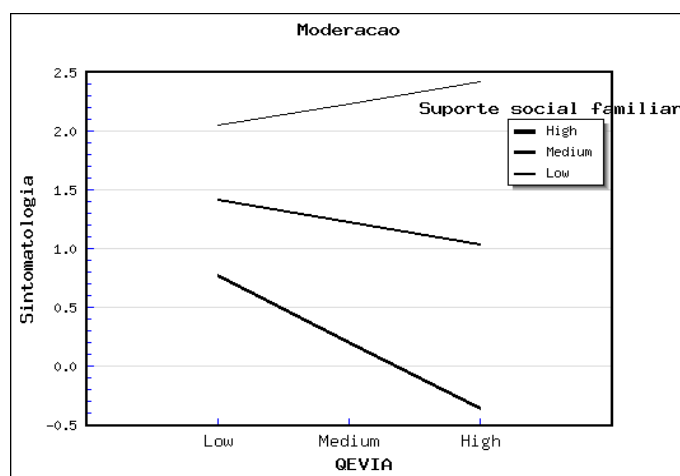
Hipótese 1 - O Suporte Social modera a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica

Suporte social familiar

O Suporte Social Familiar modera de forma marginalmente significativa a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica. Níveis elevados de suporte social familiar relacionam-se com baixos níveis de experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica enquanto nos níveis baixos de suporte social familiar estão presentes níveis elevados de experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica.

Tabela 3.

<i>Regressão linear – vd sintomatologia</i>	
	β
QEVIA c	4.767***
SSFam c	-0.632***
Efeito de interação	-0.998*
 R ² ajustado	 .416
F(3. 326)	22.963***
*** $p \leq 0,001$	



Suporte social - amigos

O Suporte Social dos amigos não modera de forma significativa a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica.

Tabela 3.1

Regressão linear – vd sintomatologia

	β
QEVIA c	5.011***
SSFam c	-.784***
Efeito de interação	-.680
R ² ajustado	.443
F(3. 330)	26.838***

*** $p \leq 0,001$

Suporte social - outros

O Suporte Social dos outros não modera de forma significativa a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica.

Tabela 3.2

Regressão linear – vd sintomatologia

	β
QEVIA c	5.512***
SSFam c	-.358*
Efeito de interação	-.170
R ² ajustado	.143
F(3. 333)	18.542***

*** $p \leq 0,001$

Hipótese 2 - O Suporte Social modera a relação entre as experiências de vitimação e o bem-estar.

Suporte social familiar

O Suporte Social Familiar não modera de forma significativa a relação entre as experiências de vitimação e o bem-estar.

Tabela 4

<i>Regressão linear – vd Bem-estar</i>	
	β
QEVIA c	-.370***
SSFam c	.206***
Efeito de interação	.040
R ² ajustado	.266
F(3. 333)	34.023***
*** $p \leq 0,001$	

Suporte social - amigos

O Suporte Social dos amigos não modera de forma significativa a relação entre as experiências de vitimação e o bem-estar.

Tabela 4.1

<i>Regressão linear – vd Bem-estar</i>	
	β
QEVIA c	-.372***
SSFam c	.228***
Efeito de interação	.047
R ² ajustado	.301
F(3. 280)	40.131***
*** $p \leq 0,00$	

Suporte social - outros

O Suporte Social dos outros não modera de forma significativa a relação entre as experiências de vitimação e o bem-estar

Tabela 4.2

Regressão linear – vd Bem-estar

	β
QEVIA c	-.446***
SSFam c	.191***
Efeito de interação	.067
R^2 ajustado	.240
F(3. 280)	29.635***
*** $p \leq 0,001$	

Discussão / Conclusão

Com este estudo pretendeu-se analisar o pontencial papel moderador do suporte social na relação entre experiencias de vitimação e funcionamento psicológico, nomeadamente, sintomatologia psicopatologica e BEP. Globalmente, verificou-se que o suporte social familiar modera de forma marginalmente significativa a relação entre a vitimação e a sintomatologia psicopatológica.

Especificamente, os resultados obtidos sugerem que sujeitos com elevados índices de vitimação e com elevados índices de suporte por parte da família apresentam menores índices de sintomatologia.

Assim, o suporte social, nomeadamente o suporte por parte da família, parece assumir um papel protetor face às experiências de violência sofridas, o que de resto vai ao encontro das evidências empíricas largamente documentadas na literatura. Globalmente, o suporte social tem vindo a ser identificado como uma condição fundamental para a qualidade de vida do indivíduo (e.g., Bloom & Spiegel, 1984; Holland & Holahan, 2003), contribuindo para a diminuição do stress, de sentimentos de insucesso e de solidão (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014). Em termos globais, as evidências de estudos prévios são relativamente consistentes relativamente à relação entre suporte social, nomeadamente familiar, e trajetórias de funcionamento positivo e/ou resilientes face a experiências de vida adversas (Rodrigues e Madeira, 2009). O suporte social pode exercer variadas funções de proteção e atenuação do potencial impacto negativo de experiências de vitimação, nomeadamente apoio instrumental e emocional, aconselhamento, feedback, oportunidades de interação positiva, confiança, orientação, socialização, sentimento de pertença, assistência material, informação, entre outros (Cohen et al., 2000 cit. em Wong, Yoo & Stewart, (2007).

O suporte social é hoje reconhecido como central em várias áreas de estudo e intervenção, nomeadamente na Psicologia Positiva, Psicologia Comunitária e Psicologia da Saúde. Segundo vários autores, o suporte social pode aliviar o stress em situações de crise, nomeadamente nas situações de vitimação, e, neste sentido, inibir o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Para além disso, pode também exercer um papel determinante para a recuperação, depois da vivência de experiências adversas como as experiências de violência e depois da pessoa começar a experienciar efeitos negativos no seu funcionamento individual.

Contudo, ao contrário do esperado, neste estudo o suporte social não modera a relação entre vitimação e BEP, muito embora estudos anteriores tenham documentado a

importância do suporte social para o Bem-Estar e funcionamento adaptativo do indivíduo (Ryff & Singer, et al., 2008); McMahan & Renken, (2011). Assim, os resultados obtidos neste estudo são, a este nível específico, inconsistentes com a literatura da especialidade e não confirmam a hipótese previamente avançada.

Várias condições podem ter contribuído para tal resultado. Desde logo, importa sublinhar que os estudos anteriores adotaram, na sua maioria, uma concepção hedónica do Bem-Estar (e.g., Qualidade de Vida, Bem-Estar Subjetivo, Satisfação com a Vida), avaliando construtos diferentes do considerado neste estudo, no qual se assumiu uma conceptualização eudaimónica (Bem-Estar Psicológico). Apesar da interligação entre as referidas abordagens e desta discrepância não se afigurar, no nosso ponto de vista, como única possível explicação para estes resultados, importa recolher mais evidências empíricas sobre a relação e o papel do suporte social no bem-estar psicológico. Para além disso, várias opções e limitações metodológicas deste trabalho podem condicionar os resultados obtidos, os quais devem ser tidos com a necessária cautela.

Importa, desde logo, referir e atender às características da amostra: trata-se de uma amostra de conveniência e recolhida on-line, algo homogénea no que concerne a algumas das variáveis sociodemográficas (e.g., habitações académicas dos participantes, nível socioeconómico). Assim, estudos futuros devem privilegiar amostras mais alargadas e, acima de tudo, mais diversificadas.

Por outro lado, importa também não ignorar o facto de as análises (com exceção do suporte social), terem sido feitas com scores totais (vitimação, sintomatologia e BEP). Tratando-se de medidas tão extensas, o score total pode estar a “ocultar” potenciais efeitos moderadores entre as sub-escalas/sub-dimensões dos construtos em análise. Embora tais análises não tivessem sido conduzidas neste trabalho (atendendo à sua natureza eminentemente exploratória), seria importante, de futuro, conduzir e testar tal hipótese.

Outra limitação prende-se com o facto de terem sido utilizadas medidas de autorrelato (o que pode patrocinar o sub-relato de algumas experiências, nomeadamente de experiências de vitimação) e também o facto de o protocolo administrado ser extenso; neste último caso, as respostas – principalmente às últimas partes, podem ter sido condicionadas pelo efeito do cansaço.

Ainda assim, e não obstante as limitações supracitadas, o trabalho realizado produz conhecimentos válidos e importantes acerca do papel do suporte social na relação entre experiências de vitimação e funcionamento psicológico, podendo constituir-se como fonte

para trabalhos futuros e para a promoção de conhecimento a este nível, fundamental para informar a prática e para a proteção face ao risco de desajustamento pós-experiências de vitimação.

Referências Bibliográficas

- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. (1996). Basic behavioral science research for mental health: Family processes and social networks. *American Psychologist*, 51, 622-630.
- Bassuk, E. L., Mickelson, K. D., Bissel, H. D. & Perloff, J. N. (2002). Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 39-49.
- Baumeister & Vols, 2002- The pursuit of meaningfulness in life. In C Synder & S.Lopez (Eds.), *Handbook of* (pp. 608-618). Oxford University Press. *Positive Psychology*
- Bento, M. (2011). *Percepção de Suporte Social e Estado Emocional em Obesos – Estudo numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Filosofia, Portugal, Consultado a 1 de Fevereiro de 2016, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8556/1/Tese%20Completa.pdf>.
- Bloom, R. & Spiegel, D. (1984). The Relationship of Two Dimensions of Social Support to the Psychological Well-being and Social Functioning of Women With Advanced Breast Cancer. *Social Science and Medicine*; 19: 831-83.
- Campos, E. P. (2004). *Suporte social e família*. In J. Mello Filho. *Doença e família*. (pp. 141- 161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D. & Mota-Pereira, J (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologia – Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 309-358.
- Cohen & Chairns (2012). Is searching for meaning in life associated with reduced subjective well-being? Confirmation and possible moderators. *Journal of Happiness Studies*, 13, 313-331.doi: 10.1007/s10902-011-9265-7.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce, (Eds.). *Social support: An interactional view* (p. 319-366). Wiley: New York.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M (2008). Hedonia, Eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41. Recuperado de https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request_article&site_id
- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. M. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9, 33-37. Recuperado de https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request_article&site_id=24&article_id=2028
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., & Ryan, C. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406.doi: 10.1177/008124630903900402
- Diener, (2013). *Defining and Measuring (or Subjective well-being)*
- Duarte, P. (2013). *Bem-estar subjetivo, locus de controlo e autoestima em adultos*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa: Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Portugal, Consultado a 22 de Fevereiro de 2016, de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5013/2013-12%20TESE%20Aluna%2021005053.pdf?sequence=1>.

- 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: Cmbridge University Press.
- Fave, Brdar, Freire Vella-Brodrick, Wissing, (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Quantitative and qualitative finding. *Social Indicators Research*, 100. 185-207. Doi: 10.1007/s11205-010-9632-5
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. M. (2010). Preliminary analysis of the psychological well-being in portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043.doi: 10.1017/S1138741600002675.
- Fraga, I. (2012). *Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos: Memórias de Práticas Educativas Parentais, (Des) Adaptação e Suporte Social*. Tese de mestrado não publicada, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Portugal, Consultado a 5 de Fevereiro de 2016, de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2278/1/14870.pdf>.
- Gaertner, A., Fite, P. & Colder, C. (2010). Parenting and Friendship Quality as Predictors of Internalizing and Externalizing Symptoms in Early Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 101-108.
- Galinha I. (2008). *Bem-Estar Subjetivo. Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais*. 1ª Edição. Lisboa: Placebo Editora.
- Galinha I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 219-227.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J.L. (2005b). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 303-214. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1060>
- Graça, C. (2008). *Sós ou amparados? A percepção de suporte social numa amostra de imigrantes em Portugal*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal, Consultado a 1 de Fevereiro de 2016, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/858/1/18841_ulsd_dep.17413_Sos_ou_Amparados.pdf.

- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(2), 260–273. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hernández-plaza, S., Pozo, C., Alonso-Morillejo, E. (2004). The role of social support in needs assessment: proposal and application of a model to assess immigrant's needs in the south of Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14 (4), 284-298.
- Holland, K. & Holahan, C. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology and Health*; 1: 15-29.
- Kashani, J. H., Canfield, L. A., Borduin, C. M., Soltys, S. M., & Reid, J. C. (1994). Perceived family and social support: Impact on children. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 819-823
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18, 144-155. doi: 10.1080/13811118.2013.826155
- Lamers (2012); Positive mental health: Measurement relevant and implications: University of Twente Netherlande
- Lansford, J. E., Criss, M. M., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (2003). Friendship quality, peer group affiliation, and peer antisocial behavior as moderators of the link between negative parenting and adolescent externalizing behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 16 -184.
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: a social-cognitive view. *Journal of Vocacional Behavior*, 69, 236 - 247.
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J. & Leandro, A. (2009). *Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Contra as Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. *Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta – QEVIA*; Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, (2009), validado por Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016).
- Lourenço, N. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

- Machado, W. & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29 (4), 587-595.
- McMahan & Renken, 2011. Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a meditational model. *Personality and Individual Differences*. 51, 589-594. Doi: 10.1016/j. paid. 2011.05.20
- Monteiro, R. (2011). *Bem-Estar no Trabalho e Percepção de Saúde: Estudo realizado com auxiliares de Geriatria no Norte de Portugal*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal, Consultado a 22 de Fevereiro de 2016, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2970/1/DM_16540.pdf.
- Nelis, S., & Rae, G. (2009). Peer attachment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 443- 447.
- Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20, 2, 183-203.
- 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 a Tecnologia.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). Conselho Executivo – 107º sessão. Recuperado em 21 mar. 2005, da Saúde Mental: www.saudemental.med.br/OMS.htm
- Organização Mundial de Saúde 1966 Resolução WHA49.25 Violência a curto e longo prazo.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Recuperado em 20 de nov. 2005, da World health organization: www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Pais- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17,547-558.
- Ponte, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS Social Support Survey. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa ISPA, 53-56.
- Rabaglietti, E., & Ciairano, S. (2008). Quality of friendship relationships and developmental tasks in adolescence. *Cognition, Brain, Behavior*, 12 (2), 183-203.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*,7 (4), 156-175.
- Ribeiro, J. L. P. (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Análise Psicológica*, 3(XVIII), 547-558.

- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 390- 399. doi: 1646- 0480. 6
- Ryan, M., Huta, V., & Deci, E. (2013). Living well: a Self-Determination Theory Perspective on Eudaimonia. In A. Delle Fave (ed). *The Exploration of Happiness: Springer Netherlands*. Business Media.
- 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., & Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being: revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., & Singer B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C. D. (1989a). 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. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological wellbeing revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Siqueira, M. & Padovam, V.A.R. (2007). Suporte social. In M. M. M. Siqueira; S. N. Jesus. & V. B. Oliveira, *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp. 151- 62). São Paulo: Universidade metodista de São Paulo.
- Soares, M. (2014). *Bem-estar Psicológico em Estudantes do Ensino Superior: Caracterização, Correlatos e Proposta de Intervenção*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal, Consultado a 22 de Fevereiro de 2016, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4546/3/DM_MariaLuciliaSoares.pdf.

- Souza, M. S. de (2007). *Suporte familiar e saúde mental: Evidência de validade baseada na relação entre variáveis*. Dissertação de mestrado, programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Steger e al., (2006) . The meaning in life questionnaire; Assessing the present of and search meaning in life. *Journal of conseling psychology*, 53, 80-93.doi:10.1037/0022-09167.53.1.80
- Straus, M. A., Hamby, s. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Straus, M. A. & Sweet, S. (1992). Verbal/symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 346-357.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13,187-202.
- Tov & Diener, (2013). Subjective well-being. In K.D. Keith (Eds.), *Encyclopedia of cross cultural psicologia* (pp. 1239-1245). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Wong, S. T, Yoo, G. J, & Stewart, A. L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity and Health*, 12 (1), 43-67.
- Zimet, G. D., Dahlem, N.W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.