

**PEDRO AIRES BARROS VICENTE**

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A RESILIÊNCIA, A  
METACOGNIÇÃO E O DESAJUSTAMENTO  
EMOCIONAL**

**Orientadora: Prof. (ª) Doutora Joana Brites Rosa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Lisboa, 2022**

**PEDRO AIRES BARROS VICENTE**

**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A RESILIÊNCIA, A  
METACOGNIÇÃO E O DESAJUSTAMENTO  
EMOCIONAL**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 10 de outubro de 2022 perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação do Júri nº 196/2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof<sup>a</sup>. Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Profa. Doutora Isabel Santos

Orientadora: Profa. Doutora Joana Rosa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Lisboa, 2022**

## **Epígrafe**

*Is it better to out-monster the monster or to be quietly devoured?*

**Friedrich Nietzsche**

### **Dedicatória**

À minha família e a todos os que me acompanharam e ajudaram neste percurso.

## **Resumo**

A teoria metacognitiva das perturbações emocionais sugere que as crenças metacognitivas podem desempenhar um papel causal no desenvolvimento e manutenção de sintomas de desajustamento. A resiliência psicológica tem sido definida como um conjunto de fatores de proteção e recursos individuais que pode influenciar a resposta contra efeitos emocionais negativos. Posto isto, a presente investigação teve como objetivos analisar diferenças entre grupos sociodemográficos, nomeadamente o género, na relação com as variáveis mencionadas. Adicionalmente, investigar a associação entre cada uma destas variáveis e, por fim, como objetivo central, analisar o efeito mediador da resiliência na relação entre as crenças metacognitivas e o desajustamento emocional. A amostra de conveniência foi constituída por um universo não clínico de 502 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos. Os dados foram recolhidos através de uma plataforma online, por meio de questionários de autorresposta. Os resultados confirmaram o papel mediador da resiliência na relação entre a metacognição e o desajustamento emocional. Verificou-se uma associação positiva e significativa entre metacognição e desajustamento emocional. Verificou-se, também, uma associação negativa e significativa entre metacognição e resiliência, e entre resiliência e desajustamento emocional. Os resultados demonstram ainda que as mulheres apresentam níveis mais elevados de resiliência do que os homens. Não foram encontradas diferenças nestes dois grupos para as restantes variáveis.

*Palavras-chave:* resiliência; metacognição; desajustamento emocional

### **Abstract**

The metacognitive theory of emotional disorders suggests that metacognitive beliefs may play a causal role in the development and maintenance of maladaptive symptoms. Psychological resilience has been defined as a set of protective factors and individual resources that can influence the response against negative emotional affect. Having said this, the present research aimed to analyze the mediating effect of resilience on the relationship between metacognitive beliefs and emotional maladjustment. It also intended to explore the association between each of these variables and to analyze differences between sociodemographic groups, namely gender, in the relationship with the variables mentioned. The convenience sample consisted of a non-clinical universe of 502 participants aged between 17 and 79 years old. Data were collected through an online platform by means of self-report questionnaires. The results confirmed the mediating role of resilience in the relationship between metacognition and emotional maladjustment. Data suggests a positive and significant association between metacognition and emotional maladjustment. A negative and significant association between metacognition and resilience, and between resilience and emotional maladjustment was also observed. Lastly, it was shown that women have higher levels of resilience than men. No differences were found between these two groups for the remaining variables.

*Keywords:* resilience; metacognition; emotional maladjustment

### **Abreviaturas, Siglas e Símbolos**

CEDIC - Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

ERA – Escala de Resiliência para Adultos

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

QMC-30 – Questionário de Metacognições

PS – Perceção do Self

PF – Planeamento do Futuro

CS – Competências Sociais

EE – Estilo Estruturado

CF – Coesão Familiar

RS – Recursos Sociais

NCP – Necessidade de Controlo do Pensamento

CPP – Crenças Positivas acerca da Preocupação

CC – Confiança Cognitiva

ACC – Auto-Conscienciosidade Cognitiva

CN – Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo

SOM – Somatização

OC – Obsessões Compulsões

SI – Sensibilidade Interpessoal

DEP – Depressão

ANS – Ansiedade

HOS – Hostilidade

FOB – Ansiedade Fóbica

PAR – Ideação Paranoide;

PSI – Psicoticismo

S-REF – Função Executiva Auto-Reguladora

CAS – Síndrome Cognitiva Atencional

DGS – Direção-Geral de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

VD – Variável dependente

VI – Variável independente

% - Percentagem

*p* – Valor de significância estatística

N – Tamanho da amostra

M – Média

DP – Desvio padrão

e.g. - por exemplo

et al. – e colaboradores

r – Coeficiente da correlação de *Pearson*

$\alpha$  – Alfa de *Cronbach*



## Índice

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução .....</b>                             | <b>11</b> |
| Desajustamento Emocional .....                      | 11        |
| Metacognição.....                                   | 12        |
| Resiliência .....                                   | 14        |
| <b>Objetivos e Hipóteses de Investigação .....</b>  | <b>16</b> |
| Modelo Conceptual do Estudo .....                   | 17        |
| <b>Método .....</b>                                 | <b>18</b> |
| Participantes .....                                 | 18        |
| Instrumentos .....                                  | 19        |
| Questionário sociodemográfico e clínico .....       | 19        |
| Escala de Resiliência para Adultos (ERA) .....      | 20        |
| Questionário de Metacognições – 30 (QMC-30) .....   | 20        |
| Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) ..... | 21        |
| Procedimento .....                                  | 22        |
| Análise Estatística .....                           | 22        |
| <b>Resultados .....</b>                             | <b>23</b> |
| Análise Descritiva.....                             | 23        |
| Diferença entre grupos.....                         | 24        |
| Análise de correlações .....                        | 26        |
| Análise de moderação e mediação.....                | 28        |
| <b>Discussão .....</b>                              | <b>29</b> |
| Análise exploratória.....                           | 29        |
| Diferenças entre géneros .....                      | 30        |
| Análise de correlações .....                        | 31        |
| Análise de mediação .....                           | 33        |
| Limitações do Estudo .....                          | 34        |
| Implicações do Estudo.....                          | 35        |
| Direções Futuras .....                              | 36        |
| <b>Referências .....</b>                            | <b>37</b> |
| <b>Anexos.....</b>                                  | <b>44</b> |
| Consentimento Informado .....                       | 44        |
| Questionário demográfico .....                      | 45        |

## **Índice de Figuras**

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Figura 1. Modelo Conceptual do Estudo ..... | 17 |
| Figura 2. Modelo de Mediação.....           | 29 |

## **Índice de tabelas**

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra .....             | 18 |
| Tabela 2. Médias e desvios-padrão das variáveis.....                     | 23 |
| Tabela 3. Comparação entre géneros.....                                  | 24 |
| Tabela 4. Tamanho do efeito .....                                        | 25 |
| Tabela 5. Correlação entre metacognição e resiliência .....              | 27 |
| Tabela 6. Correlação entre metacognição e desajustamento emocional ..... | 27 |
| Tabela 7. Correlação entre resiliência e desajustamento emocional .....  | 27 |

## **Introdução**

A presente investigação decorre no âmbito do 2º ano de Mestrado do curso de Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) com a finalidade da obtenção do grau de mestre.

Este estudo tem como tema central a investigação do papel da resiliência enquanto mediador da relação entre a metacognição e o desajustamento emocional. Pretende-se assim, colaborar para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo com novos dados e perspetivas sobre o tema.

## **Desajustamento Emocional**

O termo desajustamento é utilizado numa vasta gama de contextos, que podem ser amplamente categorizados como sociais, psicológicos e biológicos (Busse & Yim, 2012). O desajustamento origina de respostas insuficientes a exigências do ambiente decorrentes ao longo da vida e que resultam na perturbação do funcionamento, sofrimento, e/ou saúde precária (Busse & Yim, 2012). Por outras palavras, é o resultado de processos desadaptativos que podem incluir comportamentos específicos, padrões de pensamento ou emocionais que produzam consequências negativas (Busse & Yim, 2012). No domínio da psicologia, o desajustamento pode também referir-se à capacidade de regulação das suas emoções (Busse & Yim, 2012). Tipicamente as emoções servem fins adaptativos, influenciando a forma como os indivíduos interagem com o ambiente (Busse & Yim, 2012). Considera-se desajustamento emocional uma situação de perturbação ou reação comportamental mal-adaptada a um evento ou alteração stressora específica na vida de uma pessoa (Oliha & Audu, 2010). Ajustamento é, em psicologia, o processo comportamental pelo qual um sujeito desenvolve um equilíbrio entre as suas necessidades e os desafios do seu ambiente (Oliha & Audu, 2010). Caso este ajustamento não se concretiza, o resultado será o desajustamento que por sua vez origina crises graves que levam a perturbações psicológicas profundas em alguns casos (Oliha & Audu, 2010). Nestas condições, é frequente a pessoa experienciar sentimentos de depressão, stress, ansiedade ou combinação de depressão e ansiedade (Oliha & Audu, 2010).

Uma das descobertas mais difundidas no estudo das emoções é que níveis elevados de variabilidade emocional estão associados a um funcionamento psicológico desadaptativo (Kuppens, Allen & Sheeber, 2010). Os indivíduos que apresentam maior variabilidade emocional ao longo do tempo são caracterizados por níveis mais elevados de depressão, neuroticismo e baixa autoestima (Kuppens et al., 2010). Os processos de desajustamento também podem ser relativos à forma como os indivíduos respondem fisiologicamente às

exigências ambientais. Neste contexto, têm sido associados ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e à diminuição do funcionamento físico e cognitivo (Busse & Yim, 2012).

A ansiedade e as perturbações depressivas estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns; são altamente comórbidas entre si e ambas são consideradas como pertencendo à categoria mais ampla de doenças internalizantes (Kalin, 2020). As perturbações de ansiedade e depressão ocorrem durante o desenvolvimento, sendo que as perturbações de ansiedade, geralmente, começam no período entre a pré-adolescência e o início da adolescência e a depressão tende a emergir durante a adolescência e o início da idade adulta (Kalin, 2020). Em relação à evolução da sua comorbidade, estudos demonstram que os distúrbios de ansiedade geralmente precedem o início de perturbações depressivas (Kalin, 2020). Indivíduos que apresentem sintomas ou diagnósticos de depressão tendem a exibir sinais de anedonia, baixo afeto positivo, e desesperança, enquanto os indivíduos com distúrbios de ansiedade tendem a exibir sinais de tensão, apreensão, preocupação e angústia geral (Anderson & Hope, 2008). Outros autores atribuem as causas desta sintomatologia a vieses atencionais (Eysenck & Fajkowska, 2017). Neste caso, a ansiedade está associada a uma orientação futura com atenção seletiva a estímulos relacionados com ameaças (Eysenck & Fajkowska, 2017). Em contraste, a depressão está associada a uma orientação passada e viés de memória com recuperação desproporcional de informação negativa (Eysenck & Fajkowska, 2017). Ao nível dos circuitos neurais, algumas investigações indicam que existem alterações estruturais e funcionais partilhadas entre várias doenças psiquiátricas, incluindo ansiedade e depressão, em circuitos que envolvem regulação emocional, função executiva, e controlo cognitivo (Kalin, 2020).

Em Portugal, no ano de 2011, a prevalência de perturbações mentais foi considerada das maiores da Europa, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015). Dados mais recentes publicados pela Direção-Geral de Saúde (DGS) confirmam a afirmação de que Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, sobretudo perturbações de ansiedade (16.5%) e perturbações depressivas (7.9%) (DGS, 2014).

### **Metacognição**

Metacognição refere-se ao conhecimento estabilizado ou às crenças que um indivíduo tem sobre o seu próprio sistema cognitivo, e o conhecimento sobre fatores que afetam o funcionamento desse sistema; a regulação e a consciência do estado atual de cognição, e a avaliação do significado do pensamento e das memórias. (Wells, 1995, cit. Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008). Essencialmente, metacognição é "pensar sobre o pensamento", e refere-se a

qualquer conhecimento ou processo cognitivo envolvido na avaliação, monitorização ou controlo da cognição (Flavell, 1979; cit. Ryum et al., 2017). Este constructo multifacetado tem sido amplamente difundido na comunidade científica e tem sido incorporado cada vez mais na formulação de modelos psicopatológicos (Dinis & Gouveia, 2011).

Na área da psicopatologia do adulto, o estudo destes tipos de processos metacognitivos está principalmente associado à teoria da Função Executiva Autorreguladora (S-REF; Wells & Matthews, 1994, 1996). Este modelo consiste de um mecanismo de processamento autorregulador movido por crenças pessoais (Wells & Matthews, 1996). Este processamento tem a função de avaliar o significado de eventos externos, bem como sinais com origem no corpo (Wells & Matthews, 1996). Serve, ainda, a função metacognitiva de avaliação do significado pessoal dos pensamentos e orienta a cognição subsequente (Wells & Matthews, 1996). Para ser executado, este mecanismo necessita da utilização de atenção voluntária (Wells & Matthews, 1996). As operações de processamento do modelo S-REF são guiadas por dois tipos de crenças relativas ao próprio: (1) crenças declarativas (e.g. "Sou um fracasso"); (2) crenças processuais que dirigem a atividade de processamento (e.g. direção da tenção; recuperação de memórias). (Wells & Matthews, 1996).

Esta teoria oferece uma conceptualização de como múltiplos fatores metacognitivos estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção de perturbações psicológicas (Spada et al., 2008; Sun, Zhu & So, 2017). Segundo este modelo, o sofrimento psicológico persistente resulta de crenças metacognitivas que dão origem a um estilo de pensamento desadaptativo denominado Síndrome Cognitiva Atencional (CAS) (Wells, 2009; cit. Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway & Jencius, 2013). O CAS é caracterizado por processamentos de autorreferência negativos, tais como a preocupação, a ruminação, a monitorização de ameaças ou estratégias de *coping* contraproducentes (Fergus et al., 2013). O CAS interfere com a normal regulação das emoções negativas ativadas decorrentes de experiências pessoais causadoras de stress (Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A, 2020). Mais especificamente, os indivíduos têm crenças positivas (e.g., "Preocupar-me ajuda-me a organizar o meu pensamento") e negativas (e.g., "Quando começo a preocupar-me não consigo parar") sobre o pensamento que influenciam as suas análises e têm também metacognições processuais implícitas que orientam a cognição e a ação (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Uma análise à literatura demonstra a existência de relações transversais e causais entre fatores metacognitivos e perturbações psicológicas, incluindo depressão, perturbação de ansiedade generalizada, hipocondria e perturbação obsessivo-compulsiva (Spada et al., 2008).

Uma investigação sobre as crenças metacognitivas e estratégias de *coping* em vítimas de tentativa de suicídio demonstrou que estes precisavam de mais controlo sobre os seus pensamentos e tinham mais crenças negativas sobre ideias relativas à incontrolabilidade e ao perigo, e que não confiavam nos seus próprios capacidades mentais (Yazihan et al., 2019). Demonstrou-se, ainda, que existe uma relação entre crenças metacognitivas maladaptativas e estratégias de *coping* maladaptativas (Yazihan et al., 2019). Num outro estudo, ficou demonstrada uma correlação positiva e significativa entre quatro das cinco dimensões da metacognição e a presença de emoções negativas (depressão e ansiedade) (Tajrishi, Mohammadkhani & Jadidi, 2011). Num estudo longitudinal, verificou-se que níveis mais elevados de crenças metacognitivas estão associados a níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e perceção de stress (Ramos-Cejudo & Salguero, 2017). Outro estudo investigou a função executiva e destacou os papéis de funções metacognitivas como a de controlo de inibição, flexibilidade ou controlo de atenção como fatores de resiliência (Suominen, 2020). Uma investigação de 2020 (Hagen et al.), demonstrou a importância dos estilos de *coping* de uma pessoa, especialmente em termos de visão positiva do futuro, perceção do próprio e aceitação de eventos incontroláveis enquanto amortecedor para o excesso de ruminação e preocupação.

## **Resiliência**

O termo resiliência, quando usado no contexto da psicologia, serve para descrever a capacidade de recuperar de experiências emocionais negativas e a flexibilidade de adaptação às exigências resultantes de experiências stressantes (Hu, Zhang & Wang, 2015). Refere-se, portanto, à adaptação positiva, ou à capacidade de manter a saúde mental e física apesar da exposição a situações adversas (Afek et al., 2021). Existem diferentes escolas de pensamento na definição de “resiliência”, mas parece haver consentimento que esta deve ir no sentido de um enfoque positivo na competência e comportamento adaptativo, em oposição a uma abordagem negativa de ausência de psicopatologia (Shastri, 2013). Embora a resiliência seja considerada um traço em psicologia, pode apresentar grande variabilidade em termos de grau, domínios da vida, ambientes e no tempo (Afek et al., 2021). A resiliência está associada à saúde mental e é considerada essencial como componente de um ajustamento psicossocial bem-sucedido (Shastri, 2013). Estudos longitudinais revelam que, em geral, as pessoas resilientes são mais flexíveis do que as pessoas vulneráveis e lidam com as dificuldades com recurso vários mecanismos de proteção, quer estejam presentes em si mesmas ou no seu ambiente (Friborg et al., 2003).

A resiliência é construída sobre uma complexa interação entre fatores de risco e de proteção a nível individual, familiar e comunitário (Shastri, 2013). Segundo Hjmedal e colaboradores (2007) os fatores e mecanismos de proteção inerentes à resiliência podem ser divididos, de forma abrangente, nas seguintes categorias: (1) Características positivas e recursos do indivíduo; (2) um ambiente familiar estável e sustentador marcado pela coerência; e (3) redes sociais externas que apoiam e reforçam a adaptação. Outros modelos salientam a combinação de fatores fisiológicos, neuro-comportamentais e psicológicos como a causa mais significativa da função protetora da resiliência (Afek et al., 2021). Fatores psicológicos, tais como o otimismo, autoeficácia, inteligência, e o uso de estratégias de regulação emocional adaptativa, têm demonstrado contribuir positivamente para a resiliência (Afek et al., 2021). Diferenças entre género em termos de níveis de resiliência e sofrimento psicológico também foram documentadas, sendo que geralmente as mulheres são mais vulneráveis (Afek et al., 2021; Hu et al., 2015) isto pode dever-se a inúmeros fatores, tal como a heritabilidade do traço resiliência, diferenças na socialização, experiências de maior adversidade, maior tendência para a ruminação ou menor sentido de autoeficácia (Hu et al., 2015). Modelos mais atualizados dão maior relevo ao papel das funções executivas e capacidade de autorregulação como fatores de resiliência psicológica, tais com a capacidade de controlo inibitório, flexibilidade emocional e *coping* (Wu et al., 2020; Afek et al., 2021). Alguns autores sugerem que a avaliação cognitiva das emoções é aspeto importante da resposta ao stress, sendo que indivíduos mais resilientes avaliam a suas emoções como facilitadoras do próprio funcionamento (Fletcher & Sarkar, 2013). Estas variáveis relacionadas com a resiliência influenciam a forma como um indivíduo avalia os agentes stressores, as suas metacognições em resposta às emoções suscitadas, e a sua seleção subsequente de estratégias de enfrentamento (Fletcher & Sarkar, 2013).

Na análise de Hjmedal e colaboradores (2006), de forma a incluir uma perspetiva preditiva e facilitar a investigação dos processos, a resiliência pode ser definida, alternativamente, como os fatores, processos e mecanismos de proteção que contribuem para um bom resultado, apesar de experiências que possam constituir riscos significativos para o desenvolvimento da psicopatologia. Através da identificação de fatores de proteção derivados da investigação da resiliência, os autores desenvolveram, assim, a Escala de Resiliência para Adultos (Friborg, Hjmedal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003; Hjmedal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2001).

Múltiplos estudos empíricos revelam que associação entre a resiliência e vários indicadores de ajustamento. Mais ainda, que esta se associa negativamente com indicadores



negativos e positivamente com indicadores positivos (Hu et al., 2015), por outras palavras, os indivíduos com alta resiliência estão menos propensos a desenvolver sintomas emocionais negativos (Ran et al., 2020). Um estudo realizado com estudantes na China analisou a relação entre a resiliência psicológica, as características dos estudantes e os estilos de *coping* demonstrou que os sujeitos com uma pontuação mais elevada de resiliência experienciaram estilos de *coping* mais positivos (Wu et al., 2020). No estudo realizado por Hjemdal e colaboradores (2006), cujo objetivo principal foi explorar a Escala de Resiliência para Adultos (ERA) como preditor para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos quando expostos a eventos de vida stressantes, a constatação foi que, os indivíduos que obtiveram pontuações mais elevadas na escala de resiliência permaneceram, essencialmente, inalterados em relação ao nível de sintomas psiquiátricos quando expostos a eventos de vida stressantes. Por outro lado, os indivíduos que relataram níveis mais baixos de resiliência desenvolveram níveis mais elevados de sintomas psiquiátricos no seguimento quando expostos a eventos de vida adversos. Num estudo com pacientes diabéticos foram encontradas fortes associações entre o aumento da angústia psicológica relacionada com a doença em pessoas com níveis baixos e moderados de resiliência, contudo, isto não se verificou nas pessoas com alta resiliência (Yi et al., 2008). Outras investigações concluem que a resiliência está significativa e negativamente associada a depressão ansiedade e sintomas de somatização (Hu et al., 2015; Ran et al., 2020).

A resiliência não faz explicitamente parte do modelo metacognitivo S-REF, contudo, as suas dimensões representam um efeito protetor, ativando os recursos da pessoa em exposição a situações de vida exigentes (Hagen et al., 2020). Esta função pode ter um efeito importante, bloqueando os efeitos negativos das metacognições no ajustamento.

A literatura existente parece indicar que a resiliência desempenha um papel enquanto mediador em algumas variáveis psicológicas (Lara-Cabrera et al., 2021; Serrão et al., 2021; Vieira et al., 2020). No entanto, pouca investigação tem considerado a forma como a resiliência, a metacognição e o desajustamento emocional estão relacionados e interagem. O presente trabalho visa contribuir para o preenchimento deste espaço, investigando o papel mediador da resiliência na relação entre as variáveis referidas.

### **Objetivos e Hipóteses de Investigação**

O presente estudo quantitativo, realizado com população adulta portuguesa, pretende atingir os seguintes objetivos: 1) Investigar diferenças entre géneros nas variáveis resiliência, metacognição e desajustamento emocional; 2) Estudar a relação entre o desajustamento e o grau de resiliência, entre os processos metacognitivos e o desajustamento, e entre a metacognição e

a resiliência; 3) Examinar a relação de mediação da resiliência na associação entre metacognição e desajustamento emocional.

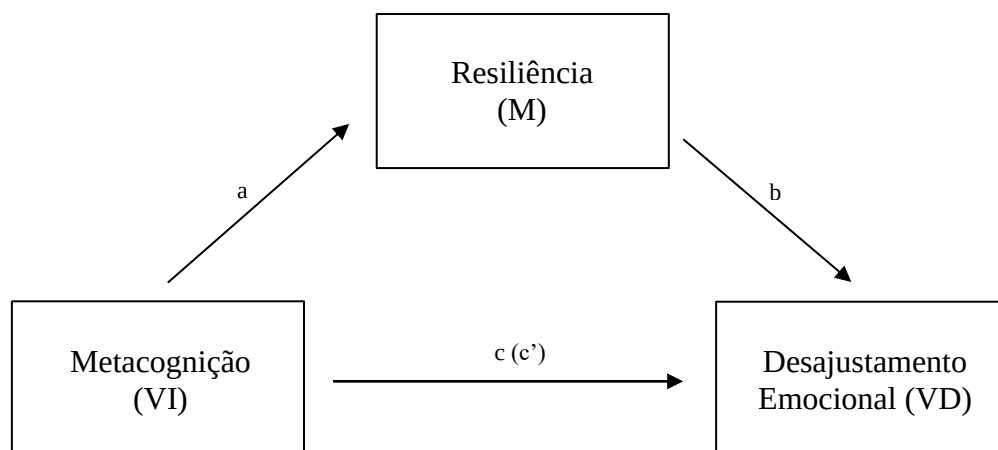
Espera-se que a resiliência medeie a relação entre metacognição e desajustamento emocional. Espera-se, também, uma relação positiva entre a metacognição e o desajustamento emocional e que nesta relação um maior grau de crenças negativas acerca da preocupação e necessidade de controlo do pensamento apresentam maior associação com a sintomatologia ansiosa e depressão. Espera-se, ainda, uma associação negativa entre o desajustamento e o grau de resiliência, e uma relação negativa entre a metacognição e a resiliência. Por último, espera-se que o género feminino apresente valores de resiliência significativamente mais elevados que o género masculino, e espera-se encontrar menores níveis de resiliência em indivíduos com doenças psiquiátricas do que em indivíduos saudáveis.

### Modelo Conceptual do Estudo

Apresenta-se, em baixo, o mapa conceptual (Figura 1) do estudo onde estão representadas as relações entre as diferentes variáveis em estudo, de acordo com o modelo selecionado.

#### Figura 1.

*Modelo conceptual proposto representativo do papel mediador da resiliência na relação entre a metacognição e o desajustamento emocional.*



*Nota.* A seta “a” representa o efeito da variável independente (VI) no mediador proposto (M); seta “b”, o efeito de M na variável dependente (VD) controlando o efeito da VI; seta “c” o efeito total da VI na VD; seta “c’” o efeito direto da VI na VD após controlar o M.

## Método

### Participantes

A amostra elegível de conveniência consiste em elementos da população geral com idade compreendida entre os 18 e 79 anos ( $n = 502$ ). 22,1% dos respondentes eram do sexo masculino ( $n = 111$ ), 76,9% do sexo feminino ( $n = 386$ ) e 1,0% eram intersexo ( $N = 5$ ), com uma média de idades de 28,90 anos ( $DP = 11,59$ ). A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa ( $n = 469$ ; 93,4%) e brasileira ( $n = 25$ ; 5%). Quanto ao estado civil, 77,7% ( $n = 390$ ) dos participantes eram solteiros, 17,3% ( $n = 87$ ) eram casados ou viviam em união de facto, 4,4% de divorciados ( $n = 22$ ) e 0,4% eram viúvos/as ( $n = 2$ ).

Relativamente às habilitações literárias, a maioria frequentou o ensino superior ( $n = 326$ ; 64,9%), seguido de ensino secundário ( $n = 160$ ; 31,9%), sendo que os restantes 3,2% ( $n = 15$ ) completaram apenas o primeiro, segundo ou terceiro ciclo. 47,0% dos inquiridos eram estudantes ( $n = 236$ ), 36,9% estavam empregados ( $n = 185$ ), 8,0% estavam desempregados ( $n = 40$ ), 5,2% eram trabalhador-estudante ( $n = 26$ ) e 1,2% estavam reformados ( $n = 6$ ). No que respeita à caracterização clínica da amostra, verificou-se que a maioria dos participantes não teve acompanhamento psicológico prévio ( $n = 234$ ; 46,6%), 34,1% tiveram no passado, mas não no momento acompanhamento psicológico ( $n = 171$ ), e 18,3% estavam a ser acompanhados psicologicamente no momento do inquérito ( $n = 92$ ). As características sociodemográficas da amostra do presente estudo são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.**

*Características sociodemográficas da amostra*

|               | N   | %    |
|---------------|-----|------|
| Género        |     |      |
| Masculino     | 111 | 22,1 |
| Feminino      | 386 | 76,9 |
| Intersexo     | 5   | 1,0  |
| Nacionalidade |     |      |
| Portuguesa    | 469 | 93,4 |
| Brasileira    | 25  | 5,0  |
| Outras        | 8   | 1,6  |
| Estado Civil  |     |      |
| Solteiro      | 390 | 77,7 |

---

|                                   |     |      |
|-----------------------------------|-----|------|
| Casado/União de facto             | 87  | 17,3 |
| Divorciado                        | 22  | 4,4  |
| Viúvo                             | 2   | 0,4  |
| <b>Habilitações Literárias</b>    |     |      |
| Ensino superior                   | 326 | 64,9 |
| Ensino secundário                 | 160 | 31,9 |
| Terceiro ciclo                    | 13  | 2,6  |
| Segundo ciclo                     | 2   | 0,4  |
| Primeiro ciclo                    | 1   | 0,2  |
| <b>Situação Profissional</b>      |     |      |
| Estudante                         | 236 | 47,0 |
| Empregado                         | 185 | 36,9 |
| Desempregado                      | 40  | 8,0  |
| Trabalhador-estudante             | 26  | 5,2  |
| Reformado                         | 6   | 1,2  |
| Outra                             | 8   | 1,6  |
| <b>Acompanhamento psicológico</b> |     |      |
| Nunca teve                        | 234 | 46,6 |
| Teve, atualmente não tem          | 171 | 34,1 |
| Tem atualmente                    | 92  | 18,3 |
| Não responde                      | 4   | 0,8  |

---

## **Instrumentos**

O protocolo de avaliação foi constituído por um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e por três instrumentos de autorresposta: Escala de Resiliência para Adultos (ERA; Pereira, Cardoso, Alves, Narciso, & Canavarro, 2013), Questionário de Metacognições – 30 (QMC-30; Dinis & Gouveia, 2011) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999).

### **Questionário Sociodemográfico e Clínico**

Incluiu perguntas referentes a características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e com quem vive) e clínicas (história de problemas psiquiátricos) (Anexo 2).

### **Escala de Resiliência para Adultos (ERA)**

A Escala de Resiliência para Adultos (ERA; *Resilience Scale for Adults*, Hjemdal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2001; Pereira, Cardoso, Alves, Narciso, & Canavarro, 2013) é um questionário de autorresposta composto por 33 itens que avalia diversas características de resiliência, contendo itens que na sua estrutura original se organizam em seis fatores: Perceção do *Self* (PS) (avalia a confiança nas próprias capacidades e julgamentos, autoeficácia e expectativas realistas; itens 1, 7i, 13, 19i, 25, 29i); Planeamento do Futuro (PF) (avalia a capacidade de planeamento antecipado, de ter uma visão otimista e de se orientar por objetivos claros e alcançáveis; itens 2, 8i, 14i, 20); Competências Sociais (CS) (avalia a flexibilidade em interações sociais, a capacidade de criar novas amizades, sentir-se à vontade em ambientes sociais e o uso positivo do humor; itens 3i, 9, 15i, 21, 26i, 30); Coesão Familiar (CF) (avalia se os valores são partilhados ou discordantes na família, se os membros da família apreciam passar tempo juntos, se têm uma visão otimista do futuro, se são leais uns com os outros e se têm um sentimento de apreciação e apoio mútuo, itens 4, 10i, 16, 22i, 27, 31i); Recursos Sociais (RS) (mede a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confidente fora do núcleo familiar (como amigos ou outros que os apreciam e encorajam) e se existem pessoas a quem recorrer fora da família caso necessitem de ajuda; itens 5, 11i, 17, 23i, 28i, 32, 33i); e Estilo Estruturado (EE) (avalia a capacidade de ter e seguir rotinas, de organização do próprio tempo, e a preferência por objetivos e planos claros antes da realização das atividades; itens 6i, 12, 18i, 24). A interpretação dos resultados da ERA é feita de forma linear a partir dos resultados obtidos nos diferentes fatores. Um resultado mais elevado corresponde a melhores níveis de resiliência. Dada a natureza multidimensional do conceito de resiliência que se encontra subjacente a este instrumento, os resultados podem ser analisados em função das pontuações obtidas nos seis fatores da ERA, mas também a partir da pontuação total da escala.

De acordo com o estudo original de Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro e Alves (2016), esta escala indica uma boa consistência interna com um valor de alfa de *Cronbach* de 0.90, um coeficiente *Split-Half* de .90. Todas as correlações entre itens são estatisticamente significativas (superiores a .60). No presente estudo, a consistência interna da escala apresentou valores excelentes ( $\alpha = .92$ ) (Gliem & Gliem, 2003).

### **Questionário de Metacognições – 30 (QMC-30)**

O Questionário de Metacognições – 30 (QMC-30; *Metacognition Questionnaire*; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Dinis & Gouveia, 2011) é um questionário de autorresposta com 30 itens que tem como objetivo avaliar as diferenças individuais relativamente às crenças

metacognitivas positivas e negativas, aos julgamentos relativos à confiança cognitiva e às tendências de monitorização e atenção seletiva aos eventos mentais. O questionário é composto por cinco fatores conceptualmente distintos que medem diferentes dimensões de metacognição: Crenças Positivas acerca da Preocupação (CPP) (mede a extensão em que a pessoa acredita que o pensamento perseverante é útil; itens – 1, 7, 10, 19, 23, 28); Crenças Negativas acerca de Incontrolabilidade e Perigo (CN) (avalia a extensão em que o indivíduo acredita que o pensamento perseverante é perigoso e incontrolável; itens – 9, 11, 21); Confiança Cognitiva (CC) (avalia a falta de confiança nas habilidades de memória e atencionais, ou seja, quanto mais elevada a pontuação neste fator mais o indivíduo acredita ser provável o fracasso cognitivo; itens 8, 14, 17, 24, 26, 29); Necessidade de Controlo do Pensamento (NCP) (avalia a extensão em que acredita que certos tipos de pensamentos necessitam de ser suprimidos; itens 2, 4, 6, 15, 20, 22, 25); Auto-conscienciosidade Cognitiva (ACC) (mede a tendência para monitorizar e focar a atenção nos próprios processos cognitivos; itens – 3, 5, 12, 16, 18, 30). Pede-se aos respondentes que assinalem o seu grau de acordo relativamente a cada uma das afirmações, utilizando uma escala *Likert* de 4 pontos (1 – “discordo” a 4 – “concordo muito”).

Em termos psicométricos, a escala apresenta elevada consistência interna para a escala total ( $\alpha = 0.91$ ) e para as cinco dimensões com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .75 e .87, de acordo com o estudo original (Dinis & Gouveia, 2011). Todos os itens da escala apresentam correlações item-total superiores a .34, o que aponta para a qualidade e adequação dos itens à medida de cada subescala (Dinis & Gouveia, 2011). Na presente investigação, os valores da alfa *Cronbach* para esta escala foram bons ( $\alpha = .89$ ) (Gliem & Gliem, 2003).

### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; *Brief Symptom Inventory*, Derogatis, 1982; Canavarro, 1999) é um questionário composto por 53 itens que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização (SOM); Obsessões-Compulsões (OC); Sensibilidade Interpessoal (SI); Depressão (DEP); Ansiedade (ANS); Hostilidade (HOS); Ansiedade Fóbica (FOB); Ideação Paranoide (PAR); Psicoticismo (PSI)) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas; Índice de Sintomas Positivos; Total de Sintomas Positivos), sendo estas últimas avaliações sumárias de perturbação emocional (neste trabalho iremos utilizar o Índice Geral de Sintomas como valor de referência sob a abreviatura “BSI Total”). Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia

que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado. É um questionário de autorresposta segundo uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 – “Nunca” – 4 “Muitíssimas vezes”) (Canavarro, 1999)

O estudo original de Canavarro (1999) mostra que a nível psicométrico, esta escala apresenta valores de alfa de *Cronbach* que variam entre .70 e .80 (tendo em conta as 9 dimensões do instrumento), à exceção dos valores observados para as escalas de Ansiedade Fóbica e de Psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores, o que indica boa consistência interna. No presente estudo, os valores para a consistência interna da medida apresentam-se excelentes ( $\alpha = .97$ ) (Gliem & Gliem, 2003).

### **Procedimento**

Este projeto foi submetido e aprovado em janeiro de 2021 pela Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (EPCV, ULHT). A recolha da amostra decorreu após a aprovação entre os meses de fevereiro a abril de 2021. Os dados foram recolhidos com recurso à plataforma *Google Forms* e o protocolo de investigação foi divulgado online nas redes sociais a partir da rede de contactos da equipa de investigação através de um método de amostragem não probabilística do tipo “bola-de-neve”. A participação neste estudo era de cariz totalmente voluntário. A todos os participantes foi disponibilizado um consentimento informado onde constava a informação acerca da natureza do estudo, os objetivos e questões de confidencialidade (Anexo 1), após o qual o participante tinha a opção de escolher, ou não, participar. Para participar no estudo era necessário falar língua portuguesa e ter idade igual ou superior a 18 anos.

### **Análise Estatística**

Os dados foram introduzidos e analisados no programa de análise quantitativa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27 (SPSS).

Em primeiro lugar, foram calculados os níveis de consistência interna das medidas utilizadas, através do valor de alfa de *Cronbach*. De seguida, calcularam-se estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) para examinar as características sociodemográficas e resultados aos questionários. Relativamente ao primeiro objetivo, foi realizado um teste *t de student* para amostras independentes para examinar diferenças de género em todas as medidas. Para o segundo objetivo foram calculadas correlações de *Pearson*, tendo sido considerados para

a classificação do tamanho de efeito os valores de Cohen (1988;  $.1 < r < .3$ : pequeno;  $.3 < r < .5$ : médio;  $r > .5$ : grande), considerando todos os valores de  $p < .05$  estatisticamente significativos. Para o terceiro objetivo, foi testado um modelo de mediação, com recurso ao Macro *PROCESS* para SPSS - modelo 4, utilizando o método de reamostragem *bootstrap* (Hayes, 2012). O efeito indireto foi considerado significativo quando o intervalo de confiança a 95% não inclui o valor zero, tal como explicaram Preacher e Hayes (2004).

## Resultados

### Análise Descritiva

Nesta pesquisa foi examinada a relação entre as variáveis metacognição, resiliência e ajustamento emocional. Esta seção resume os resultados obtidos levando em consideração as questões específicas de pesquisa que se pretende responder.

Em primeiro lugar foi realizada uma análise exploratória dos resultados obtidos em cada dimensão dos questionários administrados. Os dados descritivos das variáveis em estudo encontram-se apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.**

*Médias e Desvios-Padrão das Variáveis em Estudo*

| Variáveis                | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|--------------------------|----------|------------|------------|----------|-----------|
| Total da amostra (N=499) |          |            |            |          |           |
| ERA PS                   | 499      | 1.17       | 7.00       | 4.59     | 1.18      |
| ERA PF                   | 499      | 1.00       | 7.00       | 4.82     | 1.31      |
| ERA CS                   | 499      | 1.67       | 7.00       | 5.05     | 1.17      |
| ERA EE                   | 499      | 1.00       | 7.00       | 4.59     | 1.16      |
| ERA CF                   | 499      | 1.17       | 7.00       | 4.72     | 1.35      |
| ERA RS                   | 499      | 1.57       | 7.00       | 5.65     | 1.10      |
| ERA Total                | 499      | 1.73       | 6.82       | 4.95     | .86       |
| QMC NCP                  | 499      | 7.00       | 28.00      | 13.57    | 4.34      |
| QMC CPP                  | 499      | 6.00       | 24.00      | 13.88    | 4.49      |
| QMC CC                   | 499      | 6.00       | 24.00      | 11.55    | 4.90      |
| QMC ACC                  | 499      | 6.00       | 24.00      | 16.40    | 4.38      |
| QMC CN                   | 499      | 3.00       | 12.00      | 7.31     | 2.81      |



|           |     |       |        |       |       |
|-----------|-----|-------|--------|-------|-------|
| QMC Total | 499 | 30.00 | 111.00 | 67.24 | 14.83 |
| BSI SOM   | 499 | 0.00  | 4.00   | .80   | .75   |
| BSI OC    | 499 | 0.00  | 4.00   | 1.58  | .78   |
| BSI SI    | 499 | 0.00  | 4.00   | 1.40  | 1.00  |
| BSI DEP   | 499 | 0.00  | 4.00   | 1.41  | .92   |
| BSI ANS   | 499 | 0.00  | 3.83   | 1.32  | .84   |
| BSI HOS   | 499 | 0.00  | 4.00   | 1.19  | .79   |
| BSI FOB   | 499 | 0.00  | 4.00   | .77   | .83   |
| BSI PAR   | 499 | 0.00  | 3.80   | 1.42  | .90   |
| BSI PSI   | 499 | 0.00  | 3.80   | 1.05  | .84   |
| BSI Total | 499 | 0.00  | 3.36   | 1.22  | .70   |

Nota. N = Participantes; Min = Mínimo; Max = Máximo; M = Média; DP = Desvio Padrão.

Legenda: ERA - Escala de Resiliência de Adultos; PS - Percepção do Self; PF - Planeamento do Futuro; CS - Competências Sociais; EE - Estilo Estruturado; CF - Coesão Familiar; RS - Recursos Sociais;

QMC - Questionário de Metacognições - 30; NCP - Necessidade de Controlo do Pensamento; CP - Crenças Positivas acerca da Preocupação; CC - Confiança Cognitiva; ACC - Auto-Conscienciosidade Cognitiva; CN - Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo;

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOM - Somatização; OC - Obsessões Compulsões; SI - Sensibilidade Interpessoal; DEP - Depressão; ANS - Ansiedade; HOS - Hostilidade; FOB - Ansiedade Fóbica; PAR - Ideação Paranoide; PSI - Psicoticismo.

### Diferença entre Grupos

De seguida utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes para verificar diferenças nas médias obtidas entre o género masculino e feminino (Tabela 3) e respetivo tamanho do efeito (Tabela 4). Os resultados indicam diferenças significativas na dimensão Recursos Sociais da ERA,  $t(494) = -3.52$ ,  $p < .001$  e na escala total de resiliência,  $t(495) = -2.38$ ,  $p = .018$ , com tamanho do efeito moderado e pequeno, respetivamente (Tabela 4). A população feminina foi a que obteve a pontuação mais elevada nas dimensões referidas, o que indica maior grau de resiliência neste grupo. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na subescala Crenças Positivas acerca da Preocupação do MCQ-30,  $t(495) = 2.04$ ,  $p = .041$ , com a população masculina a obter valores mais elevados neste critério. Por fim, na dimensão Somatização da BSI,  $t(495) = -3.31$ ,  $p = .001$ , é a população feminina atinge uma pontuação mais elevada, uma diferença significativa em relação à sua contraparte masculina.

### Tabela 3.

*Comparação entre géneros masculino e feminino para as variáveis em estudo*

| Sexo      |          |
|-----------|----------|
| Masculino | Feminino |

|           | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|
| ERA PS    | 4.56     | 1.20      | 4.61     | 1.16      | -.35     | .730     |
| ERA PF    | 4.72     | 1.21      | 4.85     | 1.33      | -.94     | .347     |
| ERA CS    | 4.91     | 1.18      | 5.11     | 1.15      | -1.62    | .106     |
| ERA EE    | 4.46     | 1.20      | 4.65     | 1.14      | -1.53    | .127     |
| ERA CF    | 4.51     | 1.43      | 4.78     | 1.32      | -1.86    | .064     |
| ERA RS    | 5.34     | 1.15      | 5.75     | 1.06      | -3.52    | <.001**  |
| ERA Total | 4.79     | .95       | 5.00     | .83       | -2.38    | .018*    |
| QMC NCP   | 13.80    | 4.81      | 13.47    | 4.20      | .67      | .507     |
| QMC CPP   | 14.65    | 4.24      | 13.67    | 4.53      | 2.04     | .041*    |
| QMC CC    | 10.88    | 4.24      | 11.68    | 4.99      | -1.68    | .095     |
| QMC ACC   | 16.49    | 4.24      | 16.33    | 4.44      | .34      | .735     |
| QMC CN    | 7.06     | 2.73      | 7.35     | 2.82      | -.97     | .334     |
| QMC Total | 67.68    | 14.91     | 66.93    | 14.75     | .47      | .640     |
| BSI SOM   | .62      | .60       | .85      | .79       | -3.31    | .001*    |
| BSI OC    | 1.47     | .72       | 1.59     | .79       | -1.42    | .157     |
| BSI SI    | 1.40     | 1.06      | 1.39     | .98       | .11      | .914     |
| BSI DEP   | 1.46     | .96       | 1.39     | .91       | .78      | .437     |
| BSI ANS   | 1.25     | .78       | 1.32     | .85       | -.87     | .383     |
| BSI HOS   | 1.22     | .79       | 1.16     | .77       | .71      | .481     |
| BSI FOB   | .74      | .82       | .77      | .82       | -.34     | .732     |
| BSI PAR   | 1.55     | .90       | 1.37     | .90       | 1.82     | .069     |
| BSI PSI   | 1.08     | .83       | 1.02     | .84       | .67      | .502     |
| BSI Total | 1.20     | .68       | 1.22     | .71       | -.21     | .835     |

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$  \*\*

Legenda: ERA - Escala de Resiliência de Adultos; PS – Perceção do Self; PF – Planeamento do Futuro; CS – Competências Sociais; EE – Estilo Estruturado; CF – Coesão Familiar; RS – Recursos Sociais;

QMC – Questionário de Metacognições – 30; NCP – Necessidade de Controlo do Pensamento; CP – Crenças Positivas acerca da Preocupação; CC – Confiança Cognitiva; ACC – Auto-Conscienciosidade Cognitiva; CN – Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo;

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOM – Somatização; OC – Obsessões Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOS – Hostilidade; FOB – Ansiedade Fóbica; PAR – Ideação Paranoide; PSI – Psicoticismo.

#### Tabela 4.

*Tamanho do efeito*

| T | <i>d</i> | Intervalo de confiança 95% |          |
|---|----------|----------------------------|----------|
|   |          | inferior                   | superior |

|           |       |      |      |      |
|-----------|-------|------|------|------|
| ERA PS    | 1.17  | -.04 | -.25 | .17  |
| ERA PF    | 1.30  | -.10 | -.31 | .11  |
| ERA CS    | 1.16  | -.17 | -.39 | .04  |
| ERA EE    | 1.16  | -.17 | -.38 | .05  |
| ERA CF    | 1.35  | -.20 | -.41 | .01  |
| ERA RS    | 1.08  | -.38 | -.59 | -.17 |
| ERA Total | .86   | -.26 | -.47 | -.04 |
| QMC NCP   | 4.34  | .08  | -.13 | .29  |
| QMC CPP   | 4.47  | .22  | .01  | .43  |
| QMC CC    | 4.83  | -.17 | -.38 | .05  |
| QMC ACC   | 4.40  | .04  | -.18 | .25  |
| QMC CN    | 2.80  | -.10 | -.32 | .11  |
| QMC Total | 14.79 | .05  | -.16 | .26  |
| BSI SOM   | .75   | -.31 | -.52 | -.10 |
| BSI OC    | .78   | -.15 | -.36 | .06  |
| BSI SI    | 1.00  | .01  | -.20 | .22  |
| BSI DEP   | .92   | .08  | -.13 | .30  |
| BSI ANS   | .84   | -.09 | -.31 | .12  |
| BSI HOS   | .78   | .08  | -.14 | .29  |
| BSI FOB   | .82   | -.04 | -.25 | .17  |
| BSI PAR   | .90   | .20  | -.02 | .41  |
| BSI PSI   | .84   | .07  | -.14 | .28  |
| BSI Total | .70   | -.02 | -.23 | .19  |

Legenda: ERA - Escala de Resiliência de Adultos; PS – Percepção do Self; PF – Planeamento do Futuro; CS – Competências Sociais; EE – Estilo Estruturado; CF – Coesão Familiar; RS – Recursos Sociais;

QMC – Questionário de Metacognições – 30; NCP – Necessidade de Controlo do Pensamento; CP – Crenças Positivas acerca da Preocupação; CC – Confiança Cognitiva; ACC – Auto-Conscienciosidade Cognitiva; CN – Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo;

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOM – Somatização; OC – Obsessões Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOS – Hostilidade; FOB – Ansiedade Fóbica; PAR – Ideação Paranoide; PSI – Psicoticismo.

### Análise de Correlações

Posteriormente, realizou-se a matriz de correlações de *Pearson* de forma a verificar o padrão de associação entre as variáveis resiliência e metacognição (Tabela 5).

Verificou-se que existe uma associação significativa negativa e moderada entre a globalidade das duas variáveis ( $r = -.36$ ,  $p < .01$ ). Verificou-se, também, a existência de correlação significativa entre todas as dimensões de ambas as medidas exceto as seguintes: Crenças Positivas acerca da Preocupação e Planeamento do Futuro, Competência Social, Coesão Familiar e Resiliência Total, respetivamente; e entre Auto-conscienciosidade Cognitiva

e Planeamento do Futuro, Competência Social, Estilo Estruturado, Recursos Sociais e Resiliência Total, respetivamente.

Entre as variáveis metacognição e desajustamento emocional (Tabela 6) verificou-se uma associação significativa forte positiva entre elas ( $r = .64, p < .01$ ). Observou-se, também, uma correlação significativa entre todos os fatores destas medidas.

O mesmo procedimento foi utilizado para as variáveis resiliência e desajustamento emocional (Tabela 7), verificando-se uma associação significativa negativa e forte entre estas nos valores totais ( $r = -.63, p < .01$ ). Os resultados mostram ainda associações significativas e negativas entre todas as dimensões destas duas medidas.

**Tabela 5.**

*Correlação entre as variáveis metacognição e resiliência*

| Variáveis | QMC NCP | QMC CPP | QMC CC  | QMC ACC | QMC CN  | QMC Total |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| ERA PS    | -,459** | -,122** | -,226** | -,104*  | -,587** | -,399**   |
| ERA PF    | -,251** | ,048    | -,216** | ,034    | -,327** | -,179**   |
| ERA CS    | -,235** | -,055   | -,224** | -,064   | -,270** | -,245**   |
| ERA EE    | -,222** | ,158**  | -,239** | -,004   | -,249** | -,139**   |
| ERA CF    | -,308** | -,063   | -,108*  | -,090*  | -,305** | -,241**   |
| ERA RS    | -,326** | -,124** | -,119** | -,063   | -,301** | -,266**   |
| ERA Total | -,429** | -,060   | -,253** | -,078   | -,480** | -,355**   |

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Legenda: ERA - Escala de Resiliência de Adultos; PS – Perceção do Self; PF – Planeamento do Futuro; CS – Competências Sociais; EE – Estilo Estruturado; CF – Coesão Familiar; RS – Recursos Sociais; QMC – Questionário de Metacognições – 30; NCP – Necessidade de Controlo do Pensamento; CP – Crenças Positivas acerca da Preocupação; CC – Confiança Cognitiva; ACC – Auto-Conscienciosidade Cognitiva; CN – Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo.

**Tabela 6.**

*Correlação entre as variáveis metacognição e desajustamento emocional*

| Variáveis | QMC NCP | QMC CPP | QMC CC | QMC ACC | QMC CN | QMC Total |
|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|-----------|
| BSI SOM   | ,447**  | ,161**  | ,280** | ,235**  | ,498** | ,458**    |
| BSI OC    | ,476**  | ,176**  | ,491** | ,282**  | ,587** | ,570**    |
| BSI SI    | ,586**  | ,247**  | ,309** | ,290**  | ,631** | ,583**    |
| BSI DEP   | ,566**  | ,175**  | ,244** | ,256**  | ,643** | ,521**    |
| BSI ANS   | ,579**  | ,273**  | ,288** | ,350**  | ,695** | ,611**    |
| BSI HOS   | ,477**  | ,185**  | ,195** | ,190**  | ,532** | ,435**    |

|           |        |        |        |        |        |        |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BSI FOB   | ,491** | ,179** | ,177** | ,258** | ,499** | ,451** |
| BSI PAR   | ,553** | ,299** | ,214** | ,331** | ,556** | ,559** |
| BSI PSI   | ,605** | ,197** | ,280** | ,316** | ,643** | ,570** |
| BSI Total | ,642** | ,252** | ,335** | ,340** | ,713** | ,641** |

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$  \*\*

Legenda: QMC – Questionário de Metacognições – 30; NCP – Necessidade de Controlo do Pensamento; CP – Crenças Positivas acerca da Preocupação; CC – Confiança Cognitiva; ACC – Auto-Conscienciosidade Cognitiva; CN – Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo;

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOM – Somatização; OC – Obsessões Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOS – Hostilidade; FOB – Ansiedade Fóbica; PAR – Ideação Paranoide; PSI – Psicoticismo.

**Tabela 7.**

*Correlação entre as variáveis resiliência e desajustamento emocional*

| Variáveis | ERA PS  | ERA PF  | ERA CS  | ERA EE  | ERA CF  | ERA RS  | ERA Total |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| BSI SOM   | -,366** | -,226** | -,219** | -,127** | -,289** | -,221** | -,349**   |
| BSI OC    | -,596** | -,488** | -,380** | -,337** | -,351** | -,276** | -,559**   |
| BSI SI    | -,603** | -,402** | -,394** | -,214** | -,398** | -,459** | -,592**   |
| BSI DEP   | -,671** | -,508** | -,436** | -,303** | -,500** | -,495** | -,692**   |
| BSI ANS   | -,551** | -,334** | -,253** | -,195** | -,366** | -,312** | -,479**   |
| BSI HOS   | -,459** | -,349** | -,278** | -,230** | -,342** | -,354** | -,476**   |
| BSI FOB   | -,470** | -,314** | -,307** | -,170** | -,357** | -,393** | -,484**   |
| BSI PAR   | -,448** | -,306** | -,322** | -,130** | -,373** | -,450** | -,495**   |
| BSI PSI   | -,597** | -,385** | -,444** | -,236** | -,461** | -,481** | -,626**   |
| BSI Total | -,636** | -,438** | -,396** | -,258** | -,460** | -,453** | -,630**   |

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$  \*\*

Legenda: ERA - Escala de Resiliência de Adultos; PS – Perceção do Self; PF – Planeamento do Futuro; CS – Competências Sociais; EE – Estilo Estruturado; CF – Coesão Familiar; RS – Recursos Sociais;

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos; SOM – Somatização; OC – Obsessões Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOS – Hostilidade; FOB – Ansiedade Fóbica; PAR – Ideação Paranoide; PSI – Psicoticismo.

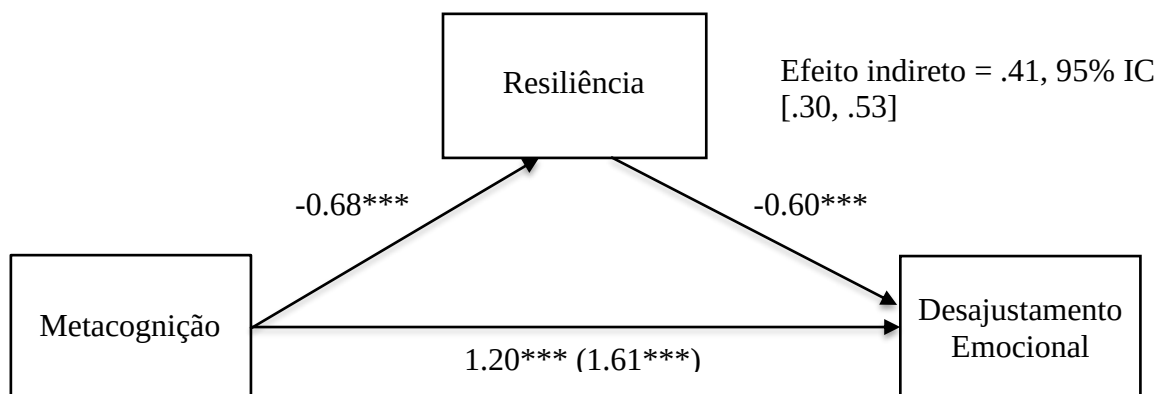
## Análise de Mediação

Por último, procurou-se testar um modelo de mediação tendo o desajustamento como variável dependente, a resiliência como mediador e a metacognição como variável independente (Figura 2). Este modelo procura testar o efeito mediador da metacognição na relação entre resiliência e desajustamento. Verificou-se que a metacognição tem um efeito total estatisticamente significativo no desajustamento emocional ( $B = 1.61$ ,  $SE = .09$ . 95% IC [1.44, 1.78],  $\beta = .64$ ,  $p = .00$ ) e que continua a ser um preditor significativo após controlar pelo mediador, apesar de forma mais reduzida ( $B = 1.20$ ,  $SE = .08$ , 95% IC [1.05, 1.35],  $\beta = .48$ ,  $p$

= .00). A resiliência tem efeito significativo no desajustamento, quando controlada pela metacognição ( $B = -.60$ ,  $SE = .04$ , 95% IC  $[-.68, -.53]$ ,  $\beta = -.46$ ,  $p = .00$ ) e o efeito indireto é também significativo ( $B = .41$ ,  $SE = .06$ , 95% IC  $[.30, .53]$ ). Os preditores são responsáveis por aproximadamente 60% da variância no desajustamento emocional ( $R^2 = .60$ ). Estes resultados sugerem uma mediação parcial, sendo que o efeito direto da metacognição no desajustamento emocional permanece significativo após controlar pelo mediador (Rucker, Preacher, Tormala & Petty, 2011).

**Figura 2.**

*Modelo de mediação da resiliência entre a metacognição e o desajustamento emocional*



Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## Discussão

A presente investigação foi desenvolvida com o objetivo de examinar o efeito mediador da resiliência na relação entre as crenças metacognitivas e o desajustamento emocional. Pretendeu-se também verificar as diferenças entre grupos para as três variáveis em estudo (resiliência, metacognição e desajustamento emocional) em função do género. Pretendeu-se, ainda, verificar a existência de uma relação significativa e de grau negativo entre a metacognição e resiliência, bem como entre a resiliência e o desajustamento emocional, e de uma relação significativa e grau positivo entre a metacognição e o desajustamento emocional.

## Análise Exploratória

Segundo Canavarro (1999), a média para o Índice Geral de Sintomas (BSI Total) numa amostra deste tipo é de  $M = .84$ ,  $DP = .48$ . No presente estudo, este valor é de  $M = 1.22$ ,  $DP =$

.70, no entanto, não ultrapassa o limiar de perturbação emocional estabelecido pela autora de  $M = 1.70$ .

No que respeita a resiliência e a metacognição, os resultados são aproximados ao espectável para esta população e de acordo com a literatura (Dinis & Gouveia, 2011; Pereira et al., 2016)

### **Diferenças entre Géneros**

Posteriormente, foi testada a diferença entre grupos em função do género para as três variáveis em estudo.

Relativamente à resiliência, foram encontradas diferenças significativas, tendo o grupo feminino reportado valores globais mais elevados de resiliência, destacando-se sobretudo no fator Recursos Sociais. Este resultado está em desacordo com a literatura que demonstra não haver diferenças significativas entre os dois grupos (Wu et al., 2020; Afek et al., 2021) ou, de acordo com outras investigações, que o género masculino tem maior probabilidade de maiores níveis de resiliência (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007). Levanta-se a hipótese de esta diferença estar relacionada com o maior nível de recursos sociais nas mulheres, na medida em que o apoio social percebido é, geralmente, associado à saúde e ao bem-estar e que pessoas com níveis mais baixos de percebidos de apoio social são menos suscetíveis de ser resilientes (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007). Além disso, Galambos e colegas (2006) afirmam que o apoio social é um preditor mais forte de sintomas depressivos nas mulheres em comparação com os homens. Os autores afirmam ainda que as reduções no apoio social estão relacionadas com o aumento dos sintomas depressivos, expressão de raiva e diminuição da autoestima, revelando, assim, o efeito protetor desta dimensão da resiliência.

No que respeita a metacognição não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos. Este resultado contradiz algumas das investigações anteriores, como a de Spada e colegas (2008) em que os homens diferiram significativamente das mulheres nos fatores Necessidade de Controlo do Pensamento e Auto-conscienciosidade Cognitiva, e outras em que o género feminino obteve valores de metacognição significativamente mais elevados do que os homens (Dinis & Pinto-Gouveia, 2011; Tajrishi, Mohammadkhani & Jadidi, 2011). No entanto, os dados recolhidos na presente investigação são apoiados, neste aspeto, por dados anteriores, nomeadamente de Wells e Cartwright-Hatton (2004) e a de Hagen e colegas (2017), na qual não foram encontradas diferenças entre os dois grupos.

Relativamente à variável desajustamento emocional, os resultados não estão em acordo com a literatura, sendo que não foram encontradas diferenças significativas entre

homens e mulheres, à exceção do fator Somatização. Nesta dimensão, os valores obtidos no grupo feminino são significativamente superiores quando comparada à sua contraparte masculina. Segundo a literatura, as mulheres são duas a três vezes mais suscetíveis a sofrer de Depressão Major (DM) do que os homens e obtêm pontuações mais elevadas em medidas de sintomas de depressão de autorrelato (Delisle, et al., 2012). Do mesmo modo, é mais provável que as mulheres sejam diagnosticadas com perturbações psicológicas que envolvam sintomas físicos, incluindo perturbações somatoformes. Além disto, as mulheres relatam com mais frequência outros sintomas físicos potencialmente relacionados com angústia emocional do que os homens (e.g., dores de cabeça) (Barsky et al., 2001; Delisle et al., 2012). Este facto pode dever-se a diferenças biológicas que influenciam a perceção, processamento e modulação de estímulos somáticos e viscerais nocivos (Barsky et al., 2001). Pode, também, estar associado a fatores de socialização que influenciam os rapazes a ser menos expressivos sobre o desconforto, e a ignorar a dor e não admitir fraqueza ou angústia. Pelo contrário, pode ser mais socialmente aceitável para as mulheres reconhecerem abertamente a angústia e a dor (Barsky et al., 2001).

### **Análise de Correlações**

Numa análise às correlações das variáveis em estudo verifica-se que a metacognição se encontra associada positiva e significativamente com o desajustamento emocional em todas as dimensões, variando o tamanho do efeito entre o médio e o grande. Estes resultados são concordantes com a investigação de Hagen e colegas (2017) que demonstra uma associação significativa e positiva entre crenças metacognitivas e sintomas de depressão, ansiedade, ideação paranoide e obsessão compulsão. Os mesmos resultados foram encontrados na investigação de Capobianco e colegas (2020) na qual os autores encontraram associação positiva e significativa entre metacognição e depressão, ansiedade e trauma físico. Verificou-se que as Crenças Negativas de Incontrolabilidade e Perigo e Necessidade de Controlo do Pensamento constituem os fatores mais fortemente associados ao desajustamento emocional. A literatura corrobora esta observação em estudos anteriores em que estes mesmos fatores indicam ser os melhores preditores de sintomas de depressão, ansiedade e stress percebido, mesmo em populações não clínicas (Spada et al., 2008; Tajirishi, 2011; Ramos-Cejudo & Salguero, 2017; Capobianco et al., 2020). Estes resultados são consistentes com o modelo S-REF (Wells & Matthews, 1996) segundo o qual o sofrimento psicológico e emocional é gerado e mantido por crenças metacognitivas negativas. Estas crenças sobre a incontrolabilidade e o perigo e uma necessidade de controlar os pensamentos são fatores desencadeantes do desenvolvimento de estratégias desadaptativas de *coping* e de regulação da atenção, mantendo o sofrimento



emocional através de pensamento perseverante monitorização de ameaças, evitação, e supressão de pensamentos (Wells & Matthews, 1996; Ramos-Cejudo & Salguero, 2017). Isto, por sua vez, reflete-se numa maior dificuldade de resolução de problemas, impedindo uma resposta eficaz devido ao défice na flexibilidade de pensamento e capacidade de discernimento (Spada et al., 2008).

Verifica-se, também, uma associação significativa e negativa entre os resultados totais de metacognição e todas as dimensões da resiliência, com variações no tamanho do efeito entre o fraco e o moderado. Este resultado corresponde ao esperado. De acordo com o modelo S-REF (Wells & Matthews, 1996) os problemas emocionais são resultantes de respostas desadaptativas a eventos adversos. Estas respostas consistem, geralmente, de pensamentos perseverantes (ruminação), maior autoconsciência, monitorização de ameaças e estratégias de *coping* ineficazes (Wells & Matthews, 1996). A resiliência é entendida como um conjunto de fatores protetores contra os efeitos negativos de experiências adversas (Hjemdal et al., 2006). A literatura confirma a associação entre ruminação, autocritica e autoestima (Hagen et al., 2020). Desta forma, levanta-se a hipótese de que os elementos metacognitivos negativos (e.g. ruminação, preocupação) estão em conflito direto com fatores protetores da resiliência no que respeita o bem-estar individual.

Uma componente particularmente disruptiva do síndrome cognitivo atencional (CAS) incluído do modelo S-REF, consiste em um processamento auto-focado na forma de preocupação ativa (Wells & Matthews, 1996). Isto torna-se problemático porque reduz a flexibilidade cognitiva, mantém a ativação de planos e crenças disfuncionais e promove um desempenho deficitário. Acrescenta-se que algumas respostas emocionais negativas, neste modelo, se devem à antecipação do incumprimento de objetivos específicos, e tal manifesta-se através de preocupação com eventuais perigos e do ensaio de estratégias de *coping* (Wells & Matthews, 1996). Nesta situação, há a possibilidade que este tipo de processamento afete a forma com os indivíduos interpretam e planeiam o seu futuro (Hagen et al., 2020). A capacidade de olhar o futuro de forma otimista e orientada para objetivos, bem como a de estruturar de forma organizada e realista as ações necessárias para os alcançar são ambas elementos associados ao conceito de resiliência (Friborg et al., 2003). Levanta-se, portanto, a hipótese de que os elementos desadaptativos da metacognição mencionados em cima poderão ser atenuados por níveis elevados de resiliência nestas dimensões.

Apesar de, no que respeita a globalidade dos resultados, as dimensões metacognição e resiliência apresentarem uma correlação significativa, uma análise mais focada às subescalas

de cada variável demonstra que existem dimensões em que tal não se verifica. Os fatores da metacognição Crenças Positivas acerca da Preocupação e Auto-conscienciosidade Cognitiva não estão significativamente associadas à resiliência. Spada e colegas (2008) demonstraram que a Auto-conscienciosidade Cognitiva, fator que predispõe um sujeito a monitorar os próprios pensamentos, é preditor inverso de depressão. Esta monitorização pode, em alguns casos, ser benéfica, tornando o indivíduo mais consciente dos seus padrões de pensamento ruminativos disfuncionais, atenuando-os como consequência (Spada et al., 2008). Relativamente às crenças positivas sobre a preocupação, a literatura sugere que a preocupação pode ajudar a evitar variações emocionais inesperadas (Hebert et al., 2014). A preocupação pode, assim, diminuir a ansiedade somática e o contraste emocional durante uma experiência negativa (Hebert et al., 2014), o que confirma a noção de que a preocupação poderá atuar como fator protetor contra emoções negativas. Isto poderá explicar a diminuição da intensidade da correlação e a sua maior tendência para o sentido positivo nestas dimensões.

Por fim, verificou-se também uma associação significativa de grau negativo entre os resultados totais de resiliência e todas as dimensões do desajustamento emocional com tamanho do efeito entre o moderado e o grande. Esta observação está em acordo com as descobertas na literatura. Uma investigação longitudinal (Hjemdal et al., 2006) determinou que indivíduos que relatam níveis mais baixos de resiliência desenvolvem níveis mais elevados de sintomas psiquiátricos após exposição a eventos de vida stressantes. Por outro lado, os sujeitos que reportam maiores níveis de resiliência não demonstram alterações ao nível de sintomas psiquiátricos quando expostos ao mesmo tipo de eventos (Hjemdal et al., 2006). Outros estudos demonstram associação negativa e significativa entre resiliência e depressão (Lukow et al., 2015), angústia psicológica (Campbell-Sills et al., 2006; Lukow et al., 2015), ansiedade e sintomatologia somática (Poole et al., 2017; Wu et al., 2020; Ran et al., 2020). Estes resultados sugerem que os fatores da resiliência constituem um fator de proteção para o indivíduo, contribuindo para um bom ajustamento apesar de exposição a eventos adversos e apoia a hipótese de que a resiliência é um bom preditor de desajustamento emocional.

### **Análise de Mediação**

Tanto quanto nos é possível saber, este é o primeiro estudo que investiga o papel da resiliência como variável mediadora entre metacognição (variável independente) e desajustamento emocional (variável dependente) numa amostra da população geral.

O modelo da Função Executiva Auto - Reguladora (S-REF, Wells & Matthews, 1996) estabelece uma conceptualização dos fatores metacognitivos enquanto componentes do

processamento de informação que contribuem para o desenvolvimento e manutenção dos distúrbios emocionais (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). As metacognições direcionam a atenção do indivíduo para a informação congruente com a perturbação, envolvendo-o em estratégias contraproducentes de pensamento e *coping* (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Vários estudos têm sido realizados que suportam a existência de uma ligação entre dimensões da metacognição e desajustamento, incluindo sofrimento emocional (Spada et al., 2008), ansiedade social (Nordahl, Anyan, Hjemdal & Wells, 2022), sintomas obsessivo-compulsivos (Hagen et al., 2017; Irak & Tosun, 2008), ideação paranoide (Hagen et al., 2017), ansiedade (Irak & Tosun, 2008; Ramos-Cejudo & Salguero, 2017), depressão (Papageorgiou & Wells, 2001; Capobianco et al., 2020), doença física (Capobianco et al., 2020) e *coping* disfuncional (Yazıhan et al., 2019).

Duas investigações realizadas com profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19 observaram que a resiliência representava um fator de proteção significativo na relação entre o stress percebido e sintomas de depressão, ansiedade e angústia psicológica (Lara-Cabrera et al., 2021), e também, entre a depressão e sintomas de *burnout* (Serrão et al., 2021), respetivamente. Outros dois estudos demonstraram que a resiliência medeia a relação entre trauma de infância e perturbação de humor, bem como sintomas de depressão (Wingo et al., 2010; Vieira et al., 2020). Estes dados levaram-nos a levantar a hipótese de que a resiliência poderia também ser um fator mediador na relação entre as crenças metacognitivas e o desajustamento emocional proporcionando um elemento de proteção contra o desenvolvimento de angústia psicológica.

Os resultados do presente estudo permitem confirmar a hipótese levantada em cima através da análise de mediação. Esta análise confirmou que a resiliência aparenta desempenhar um papel protetor nas relações diretas entre a metacognição e o desajustamento emocional. Os efeitos negativos da metacognição no desajustamento emocional podem ser amortecidos direta e indiretamente pela resiliência. No entanto o efeito mediador da resiliência é parcial, e não completo, ou seja, o processo pelo qual a VI influencia a VD não pode ser completamente explicado (Rucker et al., 2011). Este resultado obriga ao levantamento da hipótese da existência de mecanismos adicionais ou outros efeitos indiretos que não foram contemplados nesta análise e que, possivelmente, influenciarão a relação entre estas variáveis (Rucker et al., 2011).

### **Limitações do Estudo**

Existem limitações que importa esclarecer em relação ao presente estudo.

A primeira prende-se com o desenho do estudo, sendo este de metodologia transversal, limita a nossa habilidade de determinar mecanismos de causalidade na relação entre as variáveis (Setia, 2016).

Considera-se outra limitação o tipo de amostra utilizado, sendo esta de conveniência, a maioria dos respondentes são alunos do ensino superior com uma média de idades relativamente jovem. Assim a probabilidade de uma amostra saudável é maior, o que implica limitações no que respeita a generalização dos resultados a outras populações.

Uma outra limitação diz respeito ao tipo de medidas utilizadas. O protocolo era, na sua totalidade, constituído por questionários de autorresposta, algo que pode ativar vieses por desejabilidade social (Latkin, Edwards, Davey-Rothwell & Tobin, 2017). Adicionalmente, os resultados do estudo podem ter sido influenciados por fatores não mensuráveis associados às principais variáveis de interesse, como por exemplo, outras comorbilidades ou fatores da personalidade que possam influenciar os dados recolhidos.

Acrescenta-se, por fim, como limitação, o panorama pandémico no momento da recolha dos dados. Sendo esta uma situação altamente atípica e causadora de stress, vários autores observaram um aumento significativo de sintomas psiquiátricos na população geral relativamente aos níveis pré-pandémicos (Ran et al., 2020), tal poderá ter influenciado os resultados do presente estudo.

### **Implicações do Estudo**

Estudos epidemiológicos realizados em Portugal, mostram que a prevalência de perturbações psiquiátricas se situa em cerca de 22,9% da população, uma das mais elevadas da Europa. (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014). Deste valor global destaca-se a prevalência anual das perturbações da ansiedade (16,5%) e perturbações depressivas (7,9%) (DGS, 2014).

Desta forma, torna-se de extrema importância explorar diferentes fatores explicativos dos mecanismos causais e perpetuadores de perturbações psicológicas, bem como de eventuais elementos de proteção. Apesar das limitações levantadas em cima e de ter sido direcionado a populações não-clínicas, este estudo pode constituir uma mais-valia para o entendimento destes processos numa perspetiva terapêutica. Nomeadamente, através da identificação do papel que as crenças metacognitivas têm no estilo de processamento de informação e em fatores atencionais (Wells & Matthews, 1996), e na utilização de técnicas especificamente destinadas a modificar as metacognições disfuncionais pode ser eficaz contra o surgimento de emoções negativas.

Os resultados sugerem, também, que o reforço da resiliência poderá ser um objetivo terapêutico útil, dado o seu potencial protetor da saúde mental. Pesquisas anteriores demonstraram que muitas das características associadas à resiliência psicológica podem ser trabalhadas através do treino e prática (Poole et al., 2017). Terapêuticas com enfoque no desenvolvimento de competências ao nível da flexibilidade cognitiva, resolução ativa de problemas e promoção de emoções positivas, têm-se demonstrado eficazes na redução de sintomas associados ao desajustamento emocional (Poole et al., 2017).

### **Direções Futuras**

As metacognições direcionam o indivíduo a focar a atenção em informação congruente com a perturbação e a desenvolver estratégias de *coping* desajustadas como preocupação e ruminação (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Desta forma, seria de interesse que estudos futuros incluíssem medidas de *coping* variadas a par das medidas de metacognição na sua relação com o desajustamento emocional. Seria pertinente, também, incluir outras medidas de controlo que avaliem fatores de risco que possam contribuir para o desenvolvimento de emoções negativas (e.g. escolaridade; nível socioeconómico; ambiente familiar; personalidade, trauma físico; aspetos desenvolvimentais) (Mrazek, & Haggerty, 1994).

Outra linha de investigação possível, devido à natureza limitada de um estudo transversal, seria realizar uma investigação longitudinal por forma a extrair relações de causalidade entre as variáveis, incluindo amostras clínicas.

Tanto quanto nos foi possível apurar, a investigação sobre a relação entre resiliência e metacognição é relativamente reduzida. Esta relação poderá trazer no futuro novas oportunidades de investigação, podendo ser abordada nas suas várias dimensões, sendo que resiliência psicológica é um construto multifacetado que envolve e afeta múltiplos sistemas e dimensões, e pode ser investigada através de múltiplos níveis de análise (Popham et al., 2021).

## Referências

- Afek, A., Ben-Avraham, R., Davidov, A., Berezin Cohen, N., Ben Yehuda, A., Gilboa, Y., & Nahum, M. (2021). Psychological Resilience, Mental Health, and Inhibitory Control Among Youth and Young Adults Under Stress. *Frontiers In Psychiatry*, 11. doi: 10.3389/fpsyt.2020.608588;
- Anderson, E., & Hope, D. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 275-287. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.004;
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*, 16(4), 266–275. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x>;
- Baumgartner, J., Litvan, Z., Koch, M., Hinterbuchinger, B., Friedrich, F., Baumann, L., & Mossaheb, N. (2020). Metacognitive beliefs in individuals at risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis of sex differences. Metakognition in Psychose-Risiko-Individuen: systematischer Review und Metaanalyse über geschlechtsbezogene Unterschiede. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 34(3), 108–115. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00348-8>;
- Bonanno, G., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75(5), 671-682. doi: 10.1037/0022-006x.75.5.671;
- Busse, D., & Yim, I. (2012). Maladaptive/Maladjustment. In *Encyclopedia of behavioral medicine*. essay, Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9\_32;
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research And Therapy*, 44(4), 585-599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001;
- Chamorro-Premuzic, T. (2016). *Personality and Individual Differences* (3rd ed., pp. 48-62). Blackwell Publishing Ltd.;
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT;

- Delisle, V. C., Beck, A. T., Dobson, K. S., Dozois, D. J., & Thombs, B. D. (2012). Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: much ado about nothing? *PloS one*, 7(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032490>;
- Dinis, A., & Gouveia, J. P. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Metacognições – versão reduzida e do Questionário de Meta-preocupação. *Psychologica*, 54, 281–307. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_11](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_11);
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014* (pp. 24-25). Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Eysenck, M., & Fajkowska, M. (2017). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition And Emotion*, 32(7), 1391-1400. doi: 10.1080/02699931.2017.1330255;
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S., & Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 210(1), 215–219. doi:10.1016/j.psychres.2013.04.02;
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. doi:10.1027/1016-9040/a000124;
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76. doi:10.1002/mpr.143;
- Galambos, N., Barker, E., & Krahn, H. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42(2), 350-365. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.350;
- Gliem, J., & Gliem, R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. In *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. Columbus, OH: The Ohio State University;
- Hagen, R., Havnen, A., Hjemdal, O., Kennair, L., Ryum, T., & Solem, S. (2020). Protective and Vulnerability Factors in Self-Esteem: The Role of Metacognitions, Brooding, and Resilience. *Frontiers in psychology*, 11, 1447. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01447>;

- Hagen, K., Solem, S., Opstad, H., Hansen, B., & Hagen, R. (2017). The role of metacognition and obsessive-compulsive symptoms in psychosis: an analogue study. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi: 10.1186/s12888-017-1392-1;
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>;
- Hebert, E. A., Dugas, M. J., Tulloch, T. G., & Holowka, D. W. (2014). *Positive beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II. Personality and Individual Differences*, 56, 3–8. doi:10.1016/j.paid.2013.08.009;
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T., Rosenvinge, J., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194–201. <https://doi.org/10.1002/cpp.488>;
- Hjemdal, O. (2007). Measuring Protective Factors: The Development of Two Resilience Scales in Norway. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 303–321. doi:10.1016/j.chc.2006.12.003;
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a Predictor of Depressive Symptoms: A Correlational Study with Young Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91–104. doi:10.1177/1359104507071062;
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality And Individual Differences*, 76, 18–27. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.039;
- Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22(8), 1316–1325. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.012;
- Kalin, N. H., (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367;
- Kuppens, P., Allen, N., & Sheeber, L. (2010). Emotional Inertia and Psychological Maladjustment. *Psychological Science*, 21, 984–991. doi: 10.1177/0956797610372634;
- Lara-Cabrera, M., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C., Rodríguez Novo, N., & De las Cuevas, C. (2021). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Perceived



- Stress and Mental Health. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(18), 9762. doi: 10.3390/ijerph18189762;
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive behaviors*, 73, 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>;
- Lukow, H., Godwin, E., Marwitz, J., Mills, A., Hsu, N., & Kreutzer, J. (2015). Relationship Between Resilience, Adjustment, and Psychological Functioning After Traumatic Brain Injury. *Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 30(4), 241-248. doi: 10.1097/htr.0000000000000137;
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). Risk and Protective Factors for the Onset of Mental Disorders. In *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington (DC): National Academies Press (US);
- Nordahl, H., Anyan, F., Hjemdal, O., & Wells, A. (2022). Metacognition, cognition and social anxiety: A test of temporal and reciprocal relationships. *Journal Of Anxiety Disorders*, 86, 102516. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102516;
- Oliha, J., & Audu, V. (2010). Effects of counselling techniques in rehabilitating emotional maladjustment problem among adolescents. *Edo Journal Of Counselling*, 3(1). doi: 10.4314/ejc.v3i1.52688;
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). *Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160–164. doi:10.1016/s1077-7229(01)80021-3;
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação vol. II* (pp. 37–62). Imprensa da Universidade de Coimbra. [https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3\\_2](https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_2);
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 93-103). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia;

- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2). doi: 10.15309/15psd160202;
- Poole, J. C., Dobson, K. S., and Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse Negl.*, 64, 89–100. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.012;
- Popham, C., McEwen, F., & Pluess, M. (2021). Psychological Resilience in Response to Adverse Experiences. In M. Ungar, *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (1st ed., pp. 396-416). Oxford Scholarship Online.  
<https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780190095888.001.0001/oso-9780190095888>;
- Preacher, K., & Hayes, A. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. doi: 10.3758/bf03206553;
- Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research*, 250, 25-29. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.056;
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social science & medicine* (1982), 262, 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>;
- Rucker, D., Preacher, K., Tormala, Z., & Petty, R. (2011). Mediation Analysis in Social Psychology: Current Practices and New Recommendations. *Social And Personality Psychology Compass*, 5(6), 359-371. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x;
- Ryum, T., Kennair, L., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., & Solem, S. (2017). Worry and Metacognitions as Predictors of Anxiety Symptoms: A Prospective Study. *Frontiers in psychology*, 8, 924. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00924>;
- Shastri P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian journal of psychiatry*, 55(3), 224–234. doi: 10.4103/0019-5545.117134;
- Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of

- Psychological Resilience. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 636. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020636>;
- Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>;
- Spada, M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 238–242. doi:10.1016/j.paid.2008.04.005;
- Spada, M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172–1181. doi:10.1016/j.paid.2007.11.010;
- Sun X, Zhu C., Ho-wai So, S. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*;
- Suominen, P. (2020). *An Integrative Conceptualization of Metacognitive Constructs: Implications Toward Stress and Resilience*. <https://ssrn.com/abstract=3721233>;
- Tajrishi, K., Mohammadkhani, S., & Jadidi, F. (2011). Metacognitive Beliefs And Negative Emotions. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 30, 530-533. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.103;
- Vieira, I., Pedrotti Moreira, F., Mondin, T., Cardoso, T., Branco, J., & Kapczinski, F. et al. (2020). Resilience as a mediator factor in the relationship between childhood trauma and mood disorder: A community sample of young adults. *Journal Of Affective Disorders*, 274, 48-53. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.011;
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford;
- Wells, A. (2010). Metacognitive Theory and Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder: Review and Status. *Journal Of Experimental Psychopathology*, 1(1), jep.007910. doi: 10.5127/jep.007910;
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396. doi:10.1016/s0005-7967(03)00147-5;
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881–888. doi:10.1016/s0005-7967(96)00050-2;

- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, 126(3), 411–414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>;
- Wu, Y., Sang, Z., Zhang, X., & Margraf, J. (2020). The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Frontiers In Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00108;
- Wu, Y., Yu, W., Wu, X., Wan, H., Wang, Y., & Lu, G. (2020). Psychological resilience and positive coping styles among Chinese undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 8(1). doi: 10.1186/s40359-020-00444-y;
- Yazıhan, N., Çınar, O., Canbaz, H., & Ak, M. (2019). Metacognitive Beliefs and Coping Strategies of Suicide Attempters. *Psychiatry And Behavioral Sciences*, 9(1), 1. doi: 10.5455/pbs.20181027113257;
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British journal of health psychology*, 13 (Pt 2), 311–325.

## **Anexos**

### **1. Consentimento Informado**

O presente estudo faz parte de um projeto da responsabilidade da Prof.<sup>(a)</sup> Doutora Joana Brites Rosa, da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias (ULHT, EPCV), sendo os dados recolhidos pelos alunos Inês Lopes e Pedro Vicente, do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Para participar no estudo é necessário:

1) falar a língua portuguesa como língua nativa 2) ser maior de idade

Objetivos do estudo

Este projeto tem como objetivo investigar a associação entre um conjunto de fatores que incluem os níveis de resiliência, psicopatologia, metacognição, vulnerabilidade ao stresse e ideação suicida, consoante os dados sociodemográficos dos participantes.

O que me será pedido?

Se concordar em participar neste estudo, ser-lhe-á pedido que responda a um conjunto de questionários online. De modo a garantir a maior privacidade possível, responda num espaço em que não seja possível qualquer observação das suas respostas.

Quanto tempo durará?

O preenchimento do questionário não demora mais de 20 minutos, estimativa esta que pode variar consoante o participante. É importante referir que não existem questões certas ou erradas e que o importante é responder de forma mais sincera possível. Recomendamos que preencha o questionário num computador e não num telemóvel.

As minhas respostas serão confidenciais?

Não haverá nenhum dado pessoal recolhido e as suas respostas serão confidenciais. A identificação digital do acesso online (IP) será apagada da base de dados. Apenas os investigadores e seus assistentes terão acesso aos dados que serão protegidos por palavra-passe e tratados em conjunto com as medidas e respostas de outros participantes.

Receberei alguma recompensa?

Não, mas estará a contribuir para o aumento do conhecimento na área da psicologia.

E se eu começar, mas não acabar?

Caso aceite participar e posteriormente decida não acabar, pode fazê-lo a qualquer momento e não terá qualquer prejuízo, pois a sua participação é voluntária.

Quem posso contactar caso tenha mais questões que queira colocar?

Pedimos-lhe que leia este formulário e caso tenha dúvidas, faça todas as questões que considere necessárias antes de participar no estudo. As questões devem ser dirigidas aos investigadores responsáveis através do e-mail p408@ulusofona.pt, isofiasl1@gmail.com, pedroabvicente@gmail.com.

Como posso conhecer os resultados do estudo?

Os resultados do estudo serão disponibilizados através de publicações académicas especializadas. Porém, caso deseje ter acesso a esse material, poderá contactar a equipa de investigação através do email p408@ulusofona.pt, isofiasl1@gmail.com, pedroabvicente@gmail.com.

## **2. Questionário demográfico**

1) Sexo:

Masculino\_\_\_ Feminino\_\_\_ Indiferenciado\_\_\_

2) Qual a sua nacionalidade: \_\_\_

3) Idade: \_\_\_

4) Estado civil:

Solteiro \_\_\_; Casado(a)/União de facto \_\_\_; Divorciado(a)/Separado(a)\_\_\_; Viúvo(a)\_\_\_

5) Com quem vive atualmente:

Cônjuge\_\_\_; Companheiro(a)\_\_\_; Pais\_\_\_; Filho(s)\_\_\_; Irmão/Irmã\_\_\_; Sozinho(a)\_\_\_;  
Outras Pessoas\_\_\_

6) Quais as suas habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever\_\_\_; Primeiro ciclo\_\_\_; Segundo ciclo\_\_\_; Terceiro ciclo\_\_\_;  
Ensino secundário\_\_\_; Ensino superior\_\_\_ NR\_\_\_

7) Qual é a sua situação atual?

Estudante\_\_\_; Reformado\_\_\_; Empregado\_\_\_; Desempregado\_\_\_; Prefiro não responder\_\_\_; Outra opção\_\_\_

8) Acompanhamento psicológico:

Nunca teve\_\_\_; Teve, atualmente não tem\_\_\_; Tem atualmente\_\_\_; Prefiro não responder\_\_\_; Outra opção\_\_\_