



Sara Oliveira Silva

**Vitimação e funcionamento psicológico na idade adulta:
O papel moderador do Estatuto Social Subjetivo**

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Carla Margarida Vieira Antunes

Dezembro 2017



Sara Oliveira Silva

**Vitimação e funcionamento psicológico na idade adulta:
O papel moderador do Estatuto Social Subjetivo**

Dissertação de Mestrado
Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 14 de Dezembro de 2017, perante o seguinte júri:
Presidente: Professora Doutora Inês Martins Jongenelen
Arguente: Professora Doutora Joana Maria Barreto Ramos de Almeida Cabral
Orientador: Professora Doutora Carla Margarida Vieira Antunes

Dezembro 2017

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Em primeiro lugar devo agradecer os meus pais, pela motivação e todo o apoio. Pela esperança que sempre depositaram em mim, me fez sem dúvida, uma pessoa melhor. O mesmo reconhecimento da minha irmã.

Agradeço de forma incondicional, ao Ricardo por todos aqueles olhares, que em silêncio, diziam muito. Obrigada pela compreensão e ajuda nesta fase final.

Não poderia deixar de agradecer à Professora Doutora Carla Antunes por me ter auxiliado nesta enorme batalha. Pela atenção prestada e paciência comigo. Um muito obrigada por tudo.

Vitimação e funcionamento psicológico na idade adulta:

Resumo

A investigação no âmbito do impacto psicológico associado às experiências de vitimação tem-se centrado fundamentalmente nas consequências negativas e menos nas dimensões de funcionamento psicológico adaptativo. Por outro lado, vários estudos têm verificado uma relação significativa entre o Estatuto Social Subjetivo e indicadores de saúde física ou mental, no entanto, são inexistentes estudos que consideraram o ESS na compreensão do impacto decorrente das experiências de vitimação. Neste sentido, o presente estudo propôs-se a testar o papel moderador do Estatuto Social Subjetivo (ESS) na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de vitimação durante o último ano. A amostra foi constituída por 381 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos de idade ($M = 34$; $DP = 10,63$), sendo que a maioria era do sexo feminino (52.8%). Em termos de instrumentos recorreu-se a um questionário sociodemográfico para recolher informação sociodemográfica e a avaliação individual do Estatuto Social Subjetivo, a um questionário de autorrelato para avaliar experiências de vitimação na idade adulta (QUEVIA), a uma escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) para avaliar indicadores de bem estar, e a um inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) para avaliar sintomatologia de depressão e ansiedade. Os resultados confirmaram o papel moderador do ESS, demonstrando que em condições de elevado ESS, resultam níveis inferiores de sintomatologia depressiva e níveis superiores de Bem Estar Psicológico, particularmente no que respeita à dimensão de autonomia.

Palavras- Chave: Bem Estar Psicológico, Vitimação na idade adulta, Funcionamento Psicológico e Estatuto Social Subjetivo

Abstract

The investigation on the psychological impact associated with victimization experiences has mainly focused on the negative consequences and less on the dimensions of adaptive psychological functioning. On the other hand, several studies had verified a significant relationship between the Subjective Social Status and indicators of physical or mental health, however, there are no studies that consider the ESS the reason of the impact of victimization experiences. In this sense, the present study proposes to test the moderating role of the Subjective Social Statute (ESS) in the prediction of current psychological functioning, having as antecedent variable the experience of victimization during the last year. The sample consisted of 381 participants, aged between 18 and 67 years ($M = 34$; $SD = 10.63$), the majority of whom were female (52.8%). In terms of instruments, we used the development of a sociodemographic questionnaire to collect sociodemographic information and the individual evaluation of the Subjective Social Statute, to self-report questionnaires to evaluate experiences of victimization in adulthood (QUEVIA), to a scale of Welfare Psychological (EBEP) to evaluate indicators of well-being and an inventory of psychopathological symptoms (BSI) to evaluate symptoms of depression and anxiety. The results confirm the moderating role of ESS, demonstrating that under high ESS conditions, lower levels of depressive symptomatology and higher levels of psychological wellbeing are revealed concerning to the dimension of autonomy.

Key words: Psychological well-being, Victimization in adulthood, Psychological functioning and Subjective Social Status

Índice Geral

Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract	VI
1. Funcionamento psicológica na idade adulta: da psicopatologia ao bem estar	9
2. Experiências de vitimação: caracterização e impacto	11
3. Desigualdade, Estatuto Social Subjetivo (ESS) e funcionamento psicológico	13
Método	20
Participantes	20
Procedimentos	21
Instrumentos	22
RESULTADOS	23
1 - Medidas descritivas das variáveis em estudo	23
2 - Vitimação e sintomatologia psicopatológica – Teste da Hipótese 1	24
3 - Vitimação, ESS e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 2	24
4 - Vitimação e Bem-Estar Psicológico – Teste da Hipótese 3	27
5 - Vitimação, ESS e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 4	27
Discussão	31
Referências	33

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra/Participantes.....	16
Tabela 2 - Medidas descritivas das variáveis em estudo: QEVIA, ESS, BSI EBEP.....	19
Tabela 3 - Vitimação e Sintomatologia Psicopatológica: Análises de Correlação.....	20
Tabela 4 – Vitimação, ESS e Sintomatologia Psicopatológica: Testes de Moderação.....	21
Tabela 5 - Vitimação e Sintomatologia Psicopatológica: Análises de Correlação.....	23
Tabela 6 – Vitimação, ESS e Bem Estar Psicológico: Testes de Moderação.....	24

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Efeito Moderador do ESS – Violência Física e Depressão.....	22
Gráfico 2 – Efeito Moderador do ESS – Violência Sexual Depressão.....	22
Gráfico 3 – Efeito Moderador do ESS – Violência Psicológica Autonomia.....	26
Gráfico 4 – Efeito Moderador do ESS – Violência Sexual Autonomia.....	26

1. Funcionamento Psicológico na idade adulta: da psicopatologia ao bem estar

Mediante uma análise da literatura no domínio do funcionamento psicológico na idade adulta, podemos observar duas grandes abordagens de investigação. Mais especificamente, uma abordagem de investigação centrada na psicopatologia e nas variáveis de risco subjacentes e, uma abordagem mais centrada no bem estar dos indivíduos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ainda que se denote um foco científico maior no estudo do impacto negativo, nas últimas décadas, tem sido advogada a necessidade de se conceptualizar a saúde mental como um constructo multidimensional que mais que a ausência de psicopatologia, é uma condição de bem estar no nível físico, psicológico e social (WHO; 2002). Nesta sequência, a avaliação do funcionamento psicológico deve assumir uma dimensão mais holística, considerando estas duas dimensões de funcionamento (e.g., Keyes, 2005).

Este interesse pelo estudo do bem estar (BE) surge no âmbito da Psicologia Positiva, cujo foco é a otimização do funcionamento humano, destacando as forças pessoais em detrimento das fraquezas e da reparação do dano (Nunes, 2008). No âmbito do estudo do BE, é possível identificar duas abordagens de investigação: hedonismo e eudaimonismo (e.g., Ryan & Deci, 2001). A abordagem hedónica vai de encontro com o bem-estar Subjetivo (BES) e recorre à subjetividade e avaliações que o indivíduo faz das suas experiências, envolvendo duas dimensões centrais (Ryan & Deci, 2001). Mais especificamente, a procura de satisfação pessoal, de natureza cognitiva, que se traduz pela análise da experiência do indivíduo recorrendo ao passado, ao presente e às perspetivas de futuro e resulta do diferencial entre os ganhos e as expectativas a atingir (Silva, Matos, & Diniz, 2010). Por outro lado, a dominância de emoções positivas face às emoções negativas, tratando-se de uma dimensão emocional que medeia o equilíbrio entre emoções positivas/negativas, esperando-se a supremacia de emoções positivas. Esta última dimensão, consagra, ainda, dimensões de auto-estima, auto-aceitação, auto-imagem e auto-respeito (Silva, Matos, & Diniz, 2010).

A abordagem Eudaimónica postula que o bem estar (BE) não deve ser enquadrado em avaliações subjetivas de prazeres momentâneos, mas deve priorizar a avaliação de virtudes pessoais de realização e das suas potencialidades (e.g., raciocínio, bom senso) (e.g., Ryff 1989). Concomitantemente, esta última abordagem está subjacente à conceptualização do bem estar psicológico (BEP), que perceciona o BE como resultado da realização do

verdadeiro *self* no sentido da autorrealização e desenvolvimento pessoal (e.g., Waterman, Schwartz, & Conti, 2008). Este conceito (BEP), foi desenvolvido por Ryff (1989), com o objetivo de superar as debilidades do bem estar subjetivo (BES), promovendo uma compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao bem-estar, a partir da operacionalização das dimensões básicas do funcionamento psicológico positivo. O construto teórico do BEP (Ryff, 1989), comparativamente ao BES apresenta maior solidez teórica assim como potencialidades, no estudo do bem estar. Ryff (1989) procurou identificar as capacidades do ser humano para ultrapassar as adversidades ao longo da vida assim como a adaptação às mesmas, e consagra as suas formulações psicológicas com base no desenvolvimento humano. A autora desenvolveu um modelo de bem estar psicológico, apoiando-se em três princípios: I - compreender atributos mais comuns e relevantes aos modelos teóricos da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento; II - abranger dimensões caracterizantes das diferenças inter-individuais face aos valores, crenças e ideais a que se aplicam; III - e relacionar o bem estar não só ao nível da saúde mental como da saúde em geral (Cabral, 2010; Remédios, 2010; Silva, 2010). Assim, a partir de diferentes modelos teóricos, operacionalizou seis dimensões do funcionamento psicológico ótimo: 1) Autonomia (e.g., auto-determinação, independência, auto-controlo); 2) Relações Positivas com os outros (e.g., sentimentos de afeição, identificação com os outros e estabelecimento de relações de proximidade desde intimidade e confiança); 3) Domínio do Meio (e.g., sentido de controlo e competência sobre a própria vida); 4) Crescimento Pessoal (e.g., desenvolvimento, crescimento e expansão pessoal, abertura experiências e a um desenvolvimento contínuo); 5) Objetivos na Vida (e.g., intencionalidade e sentido de orientação enfatizando um propósito e significado para a vida); 6) Aceitação de Si (e.g., atitude positiva para consigo própria, aceitando aspetos positivos/negativos), (e.g., Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).

O BES e BEP consistem em formulações distintas em termos de bem estar. O BES reconhece como a pessoa está satisfeita nas diferentes áreas da sua vida. Já o BEP salienta não só, o quão satisfeita a pessoa se sente, como, quais os recursos psicológicos que esta possui e como faz uso desses para ultrapassar desafios quotidianos. Tanto o bem estar hedónico como o eudaimónico são constructos que dependem de fatores independentes do indivíduo. Há processos internos, (e.g., valores e crenças, aspetos psicológicos e estratégias de *coping*) que se assumem como responsáveis pelas avaliações e perceções subjetivas do indivíduo. Por outro lado, existem fatores externos, (e.g., situações de vida, condições sociodemográficas) que podem predizer o estado de felicidade (Diener, Sandvik & Pavot,

1991). As duas perspectivas (hedónica e eudaimónica), ainda que distintas, devem ser consideradas complementares no estudo do bem estar, permitindo uma abordagem mais compreensiva deste domínio do funcionamento dos indivíduos (Huta, 2015).

2. Funcionamento psicológico na idade adulta: o papel das experiências de vitimação

As experiências de violência têm sido alvo de um aumento de atenção por parte da investigação científica (Caridade & Machado, 2014). As experiências de vitimação resultam das mais variadas formas de violência contra a pessoa e constitui um problema de saúde pública (e.g., Dahlberg & Krug, 2002; Moreno & Watts, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) - *“A violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar, ou tem alta probabilidade de resultar, em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou de privação”*. O conceito de violência envolve em si mesmo um conjunto de regras e normas sociais, sendo, por isso, um fenómeno influenciado pela cultura e pela sociedade em que ocorre (Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009). A violência pode ocorrer em diferentes contextos (e.g., familiar, comunitário), podendo manifestar-se através de atos isolados ou continuados no tempo (Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009; WHO, 2002). Concomitantemente, pode apresentar-se em diferentes tipos, designadamente: a) violência sexual (e.g., ato/tentativa de contato sexual, sem o consentimento da vítima por uso da força física, ameaça ou uso de álcool ou drogas); b) violência física (e.g., conduta física por meio da força com intencionalidade de magoar; e c) violência psicológica (e.g., provocar com intencionalidade angústia, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de atividades, de forma verbal ou não verbal) (WHO, 2016).

A investigação neste domínio tem apontado o sexo feminino, o nível socioeconómico baixo, a pertença a uma minoria étnica, a baixa escolaridade como fatores que aumentam a probabilidade para a ocorrência de violência ao longo da vida (Olsvik, 2010). De igual modo, estudos realizados junto de vítimas com experiências de violência, demonstraram que as mesmas tendem a relatar várias experiências de vitimação ao longo das suas vidas, sendo raro relatarem apenas um tipo de violência (Matos, Conde & Peixoto, 2013; Scott-Storey, 2011).

A experiência de vitimação envolve mais do que o ato, envolve a perceção da vítima e o seu impacto, o espaço e o tempo onde acontece, assim como a relação com o autor.

Trata-se de uma experiência de vida que deixa sequelas não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais (e.g., Amar & Alexi, 2005). A investigação realizada neste domínio tem vindo a sugerir, de forma consistente, a associação entre as experiências de vitimação e várias dificuldades de ajustamento das vítimas (Boudreaux, Kilpatrick, Resnick, Best, & Saunders, 1998; Hanson & Self-Brown, 2010). Mais especificamente são referenciados distúrbios cognitivos e de memória (e.g., confusão mental, imagens intrusivas, memórias recorrentes do trauma, dificuldades de concentração, crenças incapacitantes sobre si e os outros) que comprometem a tomada de decisão; sintomas depressivos (e.g., vergonha, isolamento, culpabilização, baixa auto estima); distúrbios de ansiedade (e.g., hipervigilância, medo, percepção de ausência de controlo, fobias, ataques de pânico). Ao nível físico, salientam-se os problemas de sexualidade, uso/consumo de substâncias (álcool e drogas) e alterações do padrão do sono e apetite (Matos, 2013; Magalhães & Ribeiro, 2007; Matos, Conde & Peixoto, 2013).

Segundo os autores Bard & Sangrey (1986, citado em Frieze, Hymer & Greenberg, 1987), o impacto da vitimação pode envolver três fases: 1) o imediato da experiência de vitimação em que a vítima vive momentos de desorientação emocional, de negação, descrença e de depressão; 2) a recorrência de mudanças emocionais de medo, raiva, tristeza e auto culpabilização; e 3) a reorganização da vítima recorrendo a mecanismos de defesa. Não obstante o potencial impacto negativo mencionado, importa salientar que este resultado não é linear, pois depende do curso do desenvolvimento da vítima, (e.g., características de personalidade, uso de estratégias de *coping*, apoio social e afectivo (Lazarus & Folkman, 1984; DuMont, Widom & Csaja, 2007). Por outro lado, a presença de fatores de proteção/resiliência eficazes (e.g., recursos emocionais, cognitivos e familiares) são extremamente importantes na reorganização da vítima, conferindo-lhe, de novo, estabilidade emocional (e.g., Magalhães & Ribeiro, 2007; DuMont, Widom & Csaja, 2007). Vários estudos (e.g., Buchanan, & Fitzgerald, 2008; Kuroki, 2013; Theran, Sullivan, Bogat, & Stewart, 2006) revelaram que o impacto da violência (e.g., física, psicológica, sexual) afeta o funcionamento da vítima ao nível psicológico (e.g., sintomas depressivos, *flashbacks* do acontecimento) e ao nível físico (e.g., distúrbios alimentares e de sono, dores de cabeça, dores durante as relações sexuais e ausência de prazer) (Matos, 2006).

Simultaneamente, mais recentemente, têm vindo a ser realizados alguns estudos que procuram explorar a relação entre as experiências de vitimação e o bem estar, particularmente no que se refere ao bem estar subjetivo. De um modo geral, a investigação evidencia o impacto negativo da violência (e.g., física, psicológica, sexual) no bem estar,

afetando o funcionamento da vítima ao nível do bem estar subjetivo e psicológico (Buchanan, & Fitzgerald, 2008; Kuroki, 2013; Theran, Sullivan, Bogat, & Stewart, 2006). A Vitimação tem uma relação significativa quando é associada ao bem estar, podendo as consequências do impacto negativo, ocorrer no imediato ou a longo prazo (Nur, 2012). Um estudo desenvolvido na Jordânia com vítimas de violência concluiu que o bem estar psicológico tem uma correlação significativa negativa com todas as formas de violência (Hamdan-Mansour, Arabiat, Sato, Obaid & Imoto, 2011).

3. Funcionamento Psicológico na idade adulta: o papel do Estatuto Social Subjetivo (ESS)

A desigualdade tem-se assumido como um problema social estrutural nos últimos anos, refletindo uma sociedade díspar, caracterizada por baixos salários, desemprego, falta de oportunidades, precipitando nos indivíduos maiores níveis de stress e desconfiança (Coelho, 2014). As desigualdades sociais, são por natureza multidimensionais, não estando restritas a apenas a um setor da sociedade (e.g., educação, saúde, economia, comunidade) nem a um único recurso (e.g., riqueza, cultura, título), e nem a uma única variável dos sujeitos (e.g., rendimento, escolaridade, idade, género, região). No seu conjunto, estes fatores têm um carácter sistémico e relacional no que se refere às causas e aos seus efeitos (Carmo, Cachado & Ferreira, 2015).

As desigualdades sociais, segundo Wilkinson (2006) acarretam vários problemas para a saúde humana. De acordo com o autor, a autopercepção que os indivíduos têm do seu lugar na hierarquia social pode, em sociedades desiguais, ser responsável pelas altas taxas de homicídios, mortalidade e de uma menor esperança de vida. O impacto das restrições de recursos (pessoais ou entidades) sobre o bem-estar psicológico das vítimas de relacionamentos íntimos, afetam o bem estar psicológico (Beeble & Sullivan, 2010). Concomitantemente, uma das maiores impossibilidades ao crescimento económico é o desemprego na medida em que dificulta o acesso dos indivíduos aos recursos, nomeadamente ao nível da saúde e educação (Coelho, 2014). E, neste âmbito, Portugal continua a ser um dos países com maior desigualdade na União Europeia (Rodrigues, Figueiras e Junqueira 2012). A sociedade portuguesa ainda se caracteriza por um enorme défice de escolarização e pelo baixo nível salarial de parte substancial da população empregada (principalmente a que detém menores níveis de escolarização e de qualificação). Segundo o relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

(OPSS, 2016), Portugal tem “barreiras” no acesso aos cuidados de saúde, sendo que os fatores socioeconómicos têm, igualmente, um grande peso na acessibilidade a consultas de saúde mental. Neste relatório, o OPSS referiu que as necessidades de saúde eram satisfeitas no sector privado, superando este problema apenas quem tem rendimentos mais elevados. Foi, ainda, concluído pelo observatório que a desigualdade em matéria de saúde dos portugueses agravou-se nos últimos anos e que as pessoas com mais qualificações recorriam a médicos de especialidade, ao contrário de populações mais fragilizadas do ponto de vista socioeconómico.

Nesta sequência, importa abordar alguns pressupostos teóricos que tem explorado a relação entre a desigualdade percebida e o estatuto social subjetivo (ESS). O ESS representa a forma como as pessoas se classificam em relação à comunidade onde estão inseridas (Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000) e é considerada uma dimensão da classe social e de estatuto socioeconómico (e.g., Singh-Manoux, Marmot, & Adler, 2005). De acordo com os autores, está positivamente correlacionada com a auto estima considerando-a uma entidade psicológica diferenciada e relacionada com auto avaliações resultantes da avaliação global dos sujeitos sobre as suas qualidades e possui uma forte relação com a saúde mental (e.g., Cundiff, Smith, Uchino, & Berg, 2011; Franzini & Fernandez-Esquer, 2006; Goodman et al., 2001; Singh-Manoux, Adler, & Marmot, 2003; Singh-Manoux et al., 2005).

A investigação tem vindo a estudar o papel das disparidades económicas no funcionamento psicológico através de medidas objetivas (e.g., rendimento, educação). A distribuição do rendimento é, na verdade, um elemento decisivo na definição das condições de vida das populações, nomeadamente dos grupos que ocupam a base da distribuição. As desigualdades de recursos económicos estão, neste sentido, associadas a desigualdades de condições de vida e de oportunidades (Rodrigues, Figueiras e Junqueira, 2012). Alguns estudos revelam, ainda, que as famílias em desvantagem socioeconómica, são menos propensas a relatarem sentimentos como o otimismo, a felicidade e a satisfação com a vida (e.g., Ash and Huebner, 2001; Finkelstein, Kubzansky, Capitman, & Goodman 2007; Khullar, Oreskovic, Perrin, & Goodman, 2011).

Damsgren & Whitehead (2007) avançam com três hipóteses explicativas desta relação entre desigualdade e saúde: a) as teorias microestruturais, que sugerem que pessoas com baixo estatuto social, tem menos controlo sobre as suas vidas não podendo investir em certos recursos essenciais à existência (e.g., habitação, educação, saúde e alimentação); b) as teorias mesocroestruturais, que revelam que o estatuto social do individuo depende do

contexto em que este se insere (e.g., fatores do meio mais pobres e com maior taxas de criminalidade), e do nível socioeconômico, o que condicionam os objetivos de vida, a sua concretização, colmatando as expectativas de vida e o sentido de orientação, originando sentimentos de ansiedade e depressão; e as c) teorias macroestruturais, que se referem às ideologias políticas e culturais que influenciam as pessoas nas suas decisões. Desta forma, a impotência em poder tomar decisões e em obter/recorrer a bens e serviços provocam a auto percepção de um baixo estatuto social.

Outros autores (Adler & Epel, 2000; Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000) salientam que a saúde dos grupos minoritários é geralmente mais frágil, de maior *stress* social e de menor controlo pessoal. Os sujeitos pertencentes a minorias étnicas têm mais fontes de *stress* devido à vivência de discriminação e conflito racial, pela percepção de baixo Estatuto Social Subjetivo (ESS) e pelas maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Gaspar & Matos, 2007). A população que experiencia taxas de maior *stress* é mais suscetível de apresentarem doenças cardiovasculares infecciosas e dificuldades na gravidez (Cox & Gonder-Frederick 1992, Beardsley & Goldstein 1993).

A literatura é algo controversa relativamente ao conceito de ESS. Se por um lado, se considera a importância de indicadores objetivos de mensuração do ESS como a educação, o salário, a função laboral (MacArthur, 2007), por outro, entende-se como associado à desigualdade percebida no acesso à rede de recursos da comunidade (Machado, 2005). No entanto, ainda que se denote uma associação entre dificuldades socioeconómicas, esta relação não é linear, sendo que as diferenças individuais devem ser consideradas. Neste sentido, alguns estudiosos argumentam o ESS não deve ser limitado à educação e rendimento mas sim às oportunidades de vida passadas e futuras, à família, raça/etnia e à percepção do indivíduo do seu Estatuto Social (Singh-Manoux, Adler & Marmot, 2003). Estes autores defendem que o estatuto social subjetivo pode constituir uma via para explicar porque nem todas as pessoas com situações igualmente desfavorecidas desenvolvem problemas de saúde e bem estar (Singh-Manoux, Adler & Marmot, 2003). Mesmo incluindo os indicadores objetivos (escolaridade ou outros marcadores de acesso a recursos materiais), o *ranking* da hierarquia social preconiza exclusivamente uma série de marcadores clínicos (e.g., Ghaed & Gallo, 2007; Wright & Steptoe, 2005); de resultados de saúde (e.g., Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000; Goodman et al., 2001; Singh-Manoux, Adler, & Marmot, 2005); bem como, uma auto avaliação de saúde mental e física (e.g., Wolff, Acevedo-Garcia, Subramanian, Weber, & Kawachi, 2010). Ainda que os indicadores objetivos (e.g., bens materiais) se constituam um elemento a considerar na avaliação da

(des)igualdade, Wilkinson (1999) argumenta a importância das percepções subjetivas dos indivíduos. Um número ainda muito reduzido de estudos consideraram o papel da experiência subjetiva. Gallo, Bogart, Vranceanu, Matthews (2005) identificaram variáveis psicológicas subjetivas e individuais (e.g., sofrimento emocional, maior exposição a acontecimentos de vida stressantes, e baixo nível de recursos psicossociais), que merecem uma representação significativa por serem associadas a indicadores de desajustamento psicológico, como a depressão (e.g., Hammen, 2005; Kendler, KarKowsky, & Prescott, 1999; Kessler, 1997), a ideação / comportamentos suicidas (e.g., Cooper, Appleby, & Amos, 2002) e o consumo de álcool e / ou substâncias (e.g., Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Outros estudos, (e.g., Adler, Singh-Manoux, Schwartz, Stewart, Matthews & Marmot, 2008; Cundiff, Smith, Uchino & Berg, 2011), identificaram uma associação significativa entre o ESS e a saúde, referindo que o ESS é um fator preditivo da saúde mental. Um baixo ESS está associado à baixa auto percepção de saúde que origina riscos de mortalidade, depressão, risco cardiovascular, diabetes e doenças respiratórias (Adler & MacArthur, 2007).

O ESS baixo prevê uma ampla gama de resultados de saúde correspondentemente maus, que apesar de ser medido por indicadores objetivos (educação, renda, rendimento) está associado a um nível relativamente alto de doenças cardíacas, diabetes, certos tipos de cancro e mortalidade precoce, (Adler & Matthews, 1994; Adler & Snibbe, 2003). Um estudo de (Adler & Nancy, 2000), comparou as associações do ESS em medidas subjetivas e objetivas. Este determinou que as medidas subjetivas estão fortemente correlacionadas com o bom funcionamento psicológico e o bem estar (e.g., auto percepção de saúde, frequência cardíaca, latência de sono, distribuição de gordura corporal e níveis de cortisol). Ou seja, o *stress*, o pessimismo e o baixo auto controlo estão ligados a maus resultados de bem estar e a um baixo ESS. Por outro lado, níveis altos de ESS fortalecem aspetos psicológicos, o que predispõe as pessoas a melhores trajetórias de vida, de saúde e em menor significância, de funcionamento fisiológico (Adler & Nancy, 2000). As conclusões deste estudo evidenciam que há razões para acreditar que o ESS implica resultados físicos e mentais. De igual modo, sentimentos de segurança e esperança, derivados de percepções de um ESS alto, funcionam como um “amortecedor” psicológico do *stress* (Scheier & Carver, 1985), e dos desafios de saúde (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1993). Estes autores concluíram, ainda, que as pessoas otimistas lidam de forma diferente com as experiências de *stress*, porque apresentam menos negativismo e têm comportamentos mais adequados para a saúde.

Ao mesmo tempo, é possível constatar diferenças individuais que, em circunstâncias adversas, demonstram resultados diferentes na saúde. O cumprimento das principais necessidades psicológicas é uma chave para o “Florescimento humano” (Deci & Ryan, 2011), que não cumprindo essas necessidades psicológicas básicas compromete o bem estar físico e mental (e.g., Adler & Matthews, 1994; Adler & Snibbe, 2003). A título de exemplo, um estudo realizado em Espanha, conduzido por Macias Salceda Bover & Gastaldo, (2013) com 371 mulheres Latino-Americanas, procurou apurar a associação entre o nível socioeconómico e o ESS, assim como, avaliar diferenças de saúde percebida, segundo o nível socioeconómico e o ESS. Os resultados revelaram uma relação de predição entre o nível socioeconómico e o ESS, tal não se verificou ao nível da escolaridade ou do tipo de emprego. Quanto à saúde percebida da amostra, os dados obtidos revelaram que quanto mais baixa era a noção subjetiva de saúde, o ESS também era baixo. Outras pesquisas sugerem que níveis baixos de ESS podem aumentar a exposição a ambientes familiares, caracterizados por conflito parental, negligência e falta de nutrição (e.g., Matthews, Raikhonem, Gallo & Kuller, 2008). Tais ambientes podem impedir o desenvolvimento de estratégias adaptativas sociais e emocionais necessárias para um funcionamento psicológico e social eficaz (e.g., Matthews, Raikhonem, Gallo & Kuller, 2008).

Muito embora se verifique, ainda, escassez neste domínio da investigação, os estudos realizados sugerem que níveis elevados de recursos e de ESS podem atenuar as consequências de situações negativas e/ou geradoras de *stress* como a Vitimação (Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998).

4. Problemas na literatura e objetivos do estudo

No panorama científico temos assistido a um interesse crescente pelo impacto das experiências de violência no funcionamento psicológico das suas vítimas. No entanto, o foco do investimento científico tem sido direcionado para o impacto negativo destas experiências, sendo muito reduzido o número de estudos que se propõem a avaliar outras dimensões de funcionamento óptimo. O estudo do bem estar constitui-se como uma dimensão relevante do ponto de vista da investigação neste domínio por várias razões: a) o BE é um fator natural de motivação, ou seja, as pessoas tendem a agir de forma a melhorarem o seu bem estar, esforçando-se para atingir a felicidade e o sucesso, b) o BE estar melhora a saúde física e a longevidade através da conexão social, pois esta diminui o risco de mortalidade, mesmo

após um longo período de tempo de inatividade física, c) o BE é um bom recurso económico, d) O BE promove relacionamentos positivos, e e) o BE pode ser promovido através de estratégias simples e pouco dispendiosas (Howell, Coffey, Fosco, Kracke, Nelson, Rothman, & Grych, 2016). Assim este estudo assume uma dimensão multidimensional da saúde mental, contemplando a avaliação de sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e de bem-estar psicológico (Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si), contribuindo para uma compreensão mais holística do impacto.

De igual modo, a investigação realizada tem vindo a verificar uma relação significativa entre o Estatuto Social Subjetivo e indicadores de saúde física ou mental (e.g., Adler, 1994 & Matthews, 2010). Mais especificamente, quanto mais elevada for a percepção de Estatuto Social Subjetivo, melhores são os indicadores de saúde mental e bem estar. Alguns estudos longitudinais, identificaram que as pessoas que apresentavam níveis de bem estar elevados e pensamentos positivos, tinham mais sucesso em várias condições das suas vidas (e.g., casamento, amizades e trabalho), exibiam rendimentos mais altos, tinham hábitos de exercício físico e eram menos propensas a abusos de substâncias (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005).

No seu conjunto, os dados produzidos sugerem que níveis elevados de ESS podem “amortecer” o impacto de experiências negativas e/ou adversas Vitimação (Segertrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998). No contexto da vitimação, são praticamente inexistentes estudos que considerem a variável do ESS na compreensão/explicação do impacto. Assim e, atendendo a que a desigualdade se assume como uma dimensão cada vez mais estrutural na nossa organização social, o presente estudo pretende testar o papel moderador do Estatuto Social Subjetivo (ESS) na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de vitimação durante o último ano. Tendo em conta os argumentos teóricos supramencionados, apresentamos de seguida os esquemas dos modelos de moderação para a associação das variáveis em estudo que pretendemos analisar.

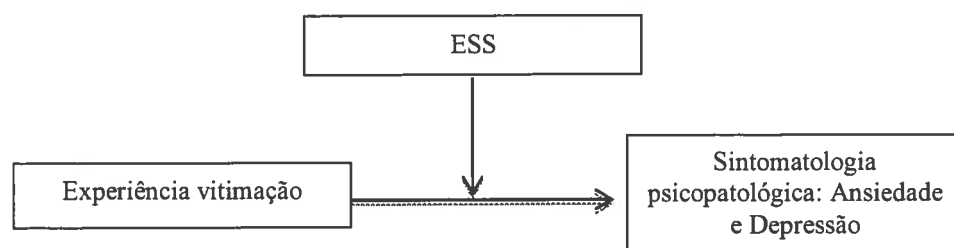


Figura 1: Diagrama conceitual do modelo de moderação para a predição da sintomatologia psicopatológica

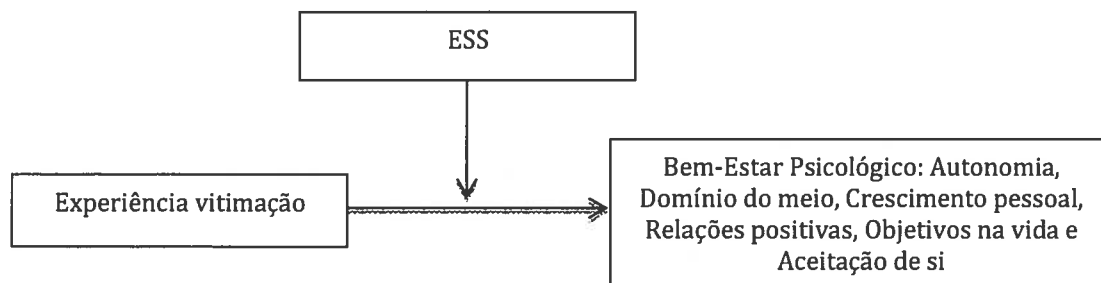


Figura 2: Diagrama conceitual do modelo de moderação para a predição do bem-estar psicológico

Nesta sequência, estabelecemos as seguintes hipóteses de estudo:

H1: A experiência de vitimação está positivamente correlacionada com a sintomatologia ansiosa e com a sintomatologia depressiva.

H2: O ESS modera a relação entre a experiência de vitimação e a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão), esperando-se que o efeito da experiência de vitimação em cada um destes tipos de sintomatologia seja menor em condições de elevado ESS.

H3: A experiência de vitimação está negativamente correlacionada com cada uma das sub-dimensões do bem-estar psicológico: Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de si.

H4: O ESS modera a relação entre a experiência de vitimação e cada uma das supramencionadas sub-dimensões de bem-estar psicológico, esperando-se que o efeito da experiência de vitimação no bem-estar psicológico seja menor em condições de elevado ESS.

Método

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 381 participantes, 52.8% são do sexo feminino e 47.2% são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos de idade ($M=34.06$; $DP= 10.63$), estando sumariados os dados sociodemográficos na tabela 1. A amostra é, maioritariamente, de nacionalidade portuguesa (94%) e residente no distrito do Porto (33.2%) e em Lisboa (22.3%). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro/a e têm uma condição escolar/profissional ativa. Em termos de habilitações, dos 381 participantes, 39.9% completou o secundário, 31% obteve uma licenciatura e 19% concluiu um mestrado.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra

	M (DP; Min., Max.) / % (N)
Sexo	
Feminino	52.8 (201)
Masculino	47.2 (180)
Idade	34.06 (10.63; 18, 67)
Nacionalidade	
Portuguesa	94.2 (359)
Outra	5.8 (22)
Distrito	
Aveiro	9.8 (36)
Beja	.3 (1)
Braga	10.1 (37)
Bragança	.5 (2)
Coimbra	3 (11)
Évora	1.1 (4)
Faro	.5 (2)
Guarda	.5 (2)
Leiria	1.9 (7)
Lisboa	22.3 (82)
Portalegre	.3 (1)
Porto	33.2 (122)
Santarém	7.9 (29)
Setúbal	2.4 (9)
Viana do Castelo	1.9 (7)

Vila Real	.5 (2)
Viseu	1.1 (4)
R.A. Açores	1.4 (5)
R.A. Madeira	1.4 (5)
Estado Civil	
Solteiro/a	51.2 (194)
Casado/a	41.4 (157)
Divorciado/a	6.9 (26)
Viúvo/a	.5 (2)
Envolvimento relacional/amoroso actual	
Sem Relação de Intimidade	22 (81)
Com Relação de Intimidade, Sem coabitação	21.4 (79)
Com Relação de Intimidade, Com coabitação	56.6 (209)
NSE	
Baixo	8.4 (32)
Médio-Baixo	38.9 (148)
Médio	45.5 (173)
Médio-Alto	6.6 (25)
Alto	.5 (2)
Escolaridade	
1º Ciclo EB	.3 (1)
2º Ciclo EB	.8 (3)
3º Ciclo EB	7.1 (27)
Secundário	39.9 (151)
1º Ciclo ES/Licenciatura	31 (117)
2º Ciclo ES/Mestrado	19 (72)
3º Ciclo ES/Doutoramento	1.1 (4)
Outro	.8 (3)
Condição Escolar/Profissional actual	
Estudante	13.9 (53)
Trabalhador	60 (228)
Trabalhador-Estudante	18.4 (70)
Desempregado	6.8 (26)
Reformado	.8 (3)

Os N's totais variam ligeiramente devido aos *Missing Values* e, por isso, são reportadas as percentagens válidas.

Procedimentos

Os dados do presente estudo foram recolhidos através de uma plataforma online. Para este propósito, o questionário foi disponibilizado numa plataforma (*google forms*), tendo o link sido divulgado através de contactos institucionais (e.g., *mailing list* de instituições de ensino superior) e de redes sociais (e.g., *Facebook*).

Os participantes foram devidamente informados dos objetivos. Foi transmitida a informação necessária para garantir o consentimento devidamente informado dos

participantes, assim como os propósitos de confidencialidade. Foi divulgada uma mensagem onde eram explícitos os objetivos do estudo, do carácter voluntário da participação, da garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, sendo recolhido o devido consentimento informado. A aplicação *online* do questionário esteve disponível durante dois meses (Julho e Agosto de 2016) e, depois de encerrado, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados.

A análise estatística dos dados foi realizada através do *programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 23)*. A fim de apurar se havia uma relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicológica, recorreu-se a uma análise de correlação. Conferida uma correlação estatisticamente significativa, procedeu-se a duas análises de regressão linear múltipla, para verificar-se se o ESS estabelecia um efeito de moderação na relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia psicopatológica. Posto isto, procedeu-se a outra análise de correlação entre as diferentes experiências de vitimação e as seis dimensões do bem estar psicológico. Por fim, efetuou-se um conjunto de análises de regressão linear múltipla (seis), a fim de analisar o potencial efeito moderador do ESS, na relação entre vitimação e o bem estar psicológico.

Instrumentos

No âmbito do presente estudo, recorreu-se a um protocolo constituído pelas seguintes medidas:

- **Questionário Sociodemográfico:** Este questionário foi desenvolvido para o presente estudo e visou recolher dados para caracterização dos participantes, nomeadamente relativos às variáveis idade, sexo, nacionalidade, localização geográfica, escolaridade, rendimento económico. Incluiu, ainda, um item que pretendia avaliar o ESS, solicitando ao participante que se situasse numa escala (com 10 opções de resposta) representativa da sua situação de Estatuto Social Subjetivo.

- **Questionário do Inquérito Nacional “Violência e Género” (Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009, adaptado por Antunes, Ferreira & Magalhães, 2016).** Este questionário de autorrelato, do tipo inventário comportamental permite avaliar eventuais experiências de vitimação sofridas pelo participante durante o último ano. É composto por um total de 25 itens, correspondentes a 4 principais tipos de violência: Discriminação sociocultural (6 itens), Violência Psicológica (9 itens), Violência Física (5 itens), Violência

Sexual (5 itens). Para cada item, é solicitado aos participantes que indiquem se, durante o último ano, alguma vez sofreram o comportamento explicitado, através de uma escala dicotômica do tipo Sim/Não. Para todos os itens em que o participante responda afirmativamente, é-lhe solicitada informação adicional com vista à caracterização daquele ato, nomeadamente: frequência, sexo do/a autor/a, relação com autor/a à data da ocorrência. Assim, este questionário permite, não só avaliar a experiência de vitimação durante o último ano (em termos de tipologia), mas também a sua caracterização mais aprofundada.

EBEP: Escala de Bem-Estar Psicológico (Escala de Bem Estar Psicológico, Ryff, 1989; adaptado por Novo, 2003). Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por seis subescalas: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio, objetivos de vida e crescimento social. A versão utilizada é constituída por 84 itens e as respostas são fornecidas através de uma escala tipo *likert*, que varia entre “Discordo totalmente” (1) a “Concordo completamente” (6).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* – BSI; Derogatis, 1982; traduzido e adaptado por Canavarro, 2007). O presente inventário avalia em termos de 9 dimensões da sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo), composto por 53 itens com escala de resposta tipo *Likert* de 0 a 4 (desde nunca para muitíssimas vezes, respetivamente). Reúne 3 Índices globais (Índice global de sintomas, índice de sintomas positivos e Total de Sintomas Positivos). Contudo, no presente estudo foram apenas administradas a escala de ansiedade (6 itens) e a escala de depressão (6 itens).

RESULTADOS

1 - Medidas descritivas das variáveis em estudo

Começa-se por apresentar na Tabela 2 as medidas descritivas (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo) das variáveis em estudo: QEVIA (Total e respetivas sub-escalas), ESS, BSI (Total e sub-escalas Depressão e Ansiedade), EBEP (Total e respetivas sub-escalas).

Tabela 2
Medidas descritivas das variáveis em estudo: QEVIA, ESS, BSI e EBEP

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>
QEVIA	Total	3.76	7.28	0	63
	Discriminação (D)	1.23	2.66	0	18
	Violência Psicológica (VP)	2.14	3.99	0	32
	Violência Física (VF)	.38	1.85	0	16
	Violência Sexual (VS)	.34	1.66	0	20
ESS		5.58	1.35	1	10
BSI	Total	9.72	8.78	0	43
	Depressão (Dep)	4.79	4.78	0	23
	Ansiedade (Ans)	4.99	4.61	0	24
EBEP	Total	392.54	48.38	250	499
	Autonomia (A)	65.13	9.76	39	84
	Domínio do meio (DM)	61.62	9.09	34	84
	Crescimento pessoal (CP)	69.13	8.78	44	84
	Relações positivas (RP)	65.16	10.99	31	84
	Objectivos na vida (OV)	66.50	9.96	31	84
	Aceitação de si (AS)	63.31	10.33	33	84

2 - Vitimação e sintomatologia psicopatológica – Teste da Hipótese 1

Apresentamos na Tabela 3 os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação (Discriminação, Violência Psicológica, Violência Física e Violência Sexual) e as sub-escalas de Depressão e Ansiedade. Tal como se ilustra, foram encontradas correlações positivamente significativas entre todas as experiências de vitimação e ambas as sub-escalas de psicopatologia, indicando que níveis superiores destes tipos de vitimação se associam a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos.

Tabela 3
Vitimação e Sintomatologia psicopatológica: Análises de Correlação

	1	2	3	4	5	6
1. QEVIA_D	-					
2. QEVIA_VP	.56 ***	-				
3. QEVIA_VF	.433 ***	.62 ***	-			
4. QEVIA_VS	.463 ***	.434 ***	.598 ***	-		
5. BSI_Dep	.31 **	.44 ***	.186 ***	.197 ***	-	
6. BSI_Ans	.257 ***	.365 ***	.155 **	.165 **	.754 ***	-

Nota. Os valores apresentados representam Coeficientes de correlação de Pearson. ** $p < .01$; *** $p < .001$

3 - Vitimação, ESS e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 2

De modo a procedermos à análise do potencial efeito moderador do ESS na relação entre vitimação e sintomatologia psicopatológica, efetuámos duas análises de regressão linear múltipla (VD₁: Depressão; VD₂: Ansiedade). Para tal, procedemos à centralização dos valores das variáveis independentes/preditores (Discriminação, Violência Física, Violência Psicológica e Violência Psicológica) e da variável moderadora (ESS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Tal como se ilustra na Tabela 4, os resultados indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do ESS entre a Violência Física e a Depressão ($\beta = -.187, p = .038$), assim como entre a Violência Sexual e a Depressão ($\beta = -.240, p = .010$). Não foram encontrados outros efeitos de interação/moderação estatisticamente significativos de ESS no que concerne à outra variável dependente (Ansiedade) e variáveis independentes/preditores.

Tabela 4

Vitimação, ESS e Sintomatologia Psicopatológica: Testes de moderação

	R ²	F (df ₁ , df ₂)	p	B	P
BSI_Dep	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 362)		.554	.000
	ESS	13.766	.000	-.271	.118
	QEVIA_D*ESS			.017	.825
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 364)		.496	.000
	ESS	30.851	.000	-.224	.183
	QEVIA_VP*ESS			-.068	.116
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 370)		.398	.005
	ESS	7.363	.000	-.354	.048
	QEVIA_VF*ESS			-.187	.038
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 368)		.561	.000
	ESS	9.402	.000	-.408	.021
	QEVIA_VS*ESS			-.240	.010
BSI_Ans	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 356)		.451	.000
	ESS	10.156	.000	-.338	.050
	QEVIA_D*ESS			.068	.360
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 357)		.402	.000
	ESS	19.449	.000	-.292	.087
	QEVIA_VP*ESS			-.017	.698
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 363)		.357	.007
	ESS	4.689	.003	-.386	.028
	QEVIA_VF*ESS			-.029	.735
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 361)		.635	.002
	ESS	5.472	.001	-.401	.023
	QEVIA_VS*ESS			.122	.337

Nota. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Posteriormente, recorremos ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados encontrados (cf., Gráfico 1 e 2).

Gráfico 1

Efeito Moderador do ESS – Violência Física e Depressão

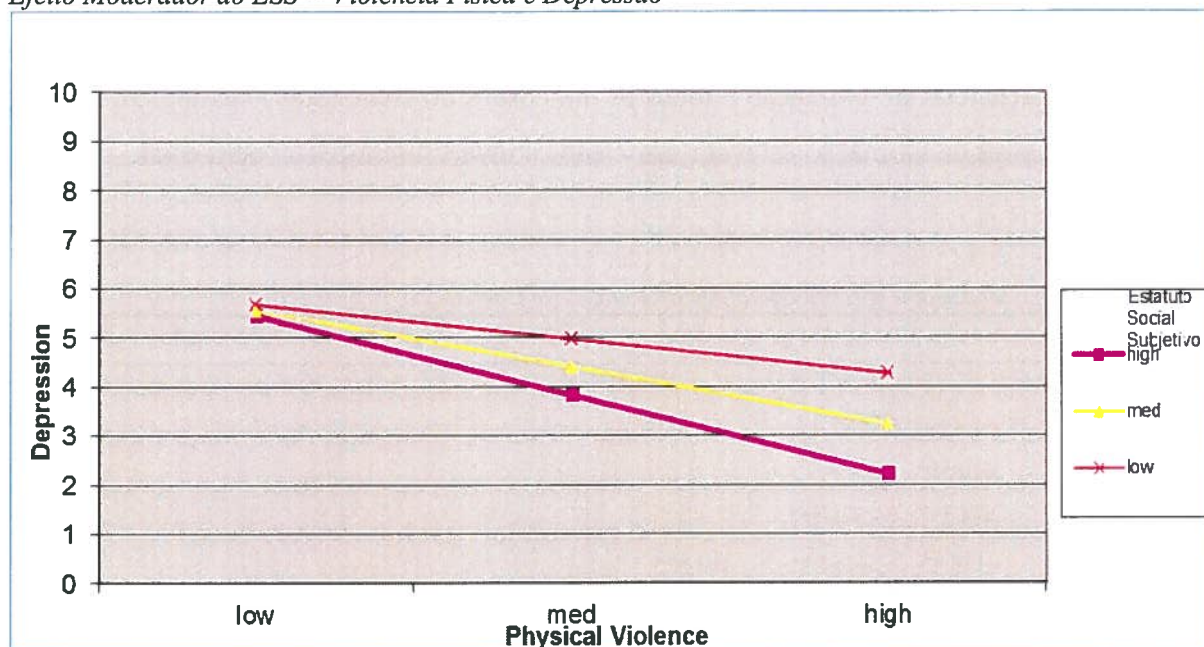
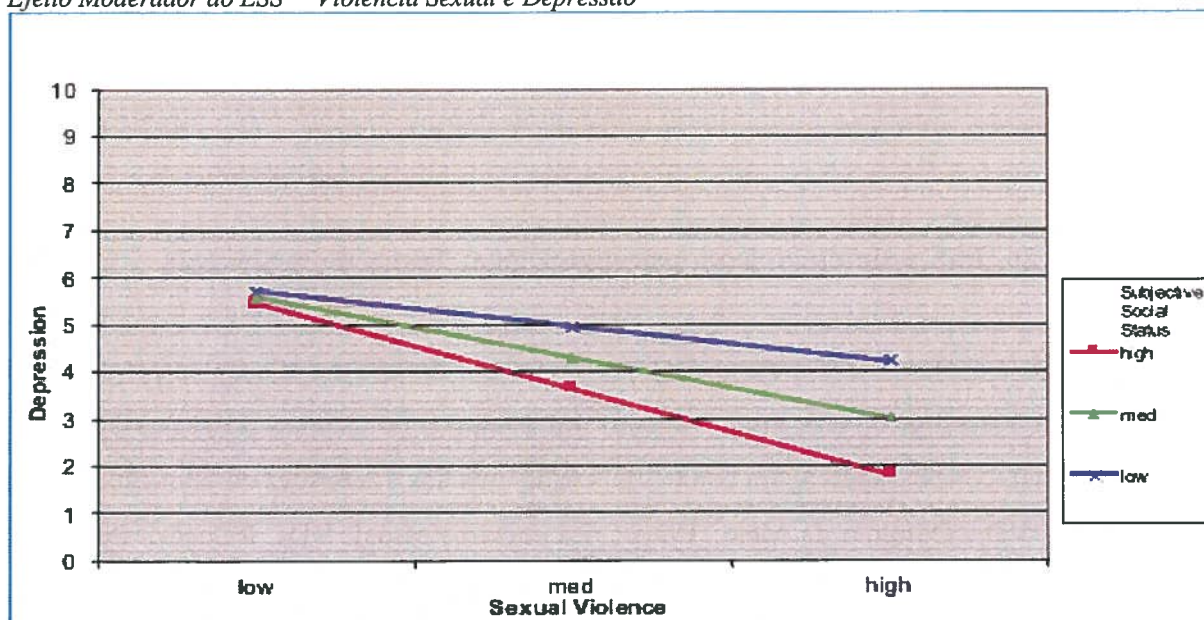


Gráfico 2

Efeito Moderador do ESS – Violência Sexual e Depressão



Tal como se representa, os participantes com níveis superiores de violência física e sexual reportam níveis inferiores de sintomatologia depressiva quando se reconhecem numa condição de ESS superior.

4 - Vitimação e Bem Estar Psicológico – Teste da Hipótese 3

A Tabela 5 descreve os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação (Discriminação, Violência Psicológica, Violência Física e Violência Sexual) e as seis dimensões do Bem-Estar Psicológico (Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objetivos na Vida e Aceitação de Si). Os resultados obtidos indicaram a existência de correlações negativamente significativas entre todas as experiências de vitimação e todas as dimensões do Bem Estar Psicológico, ou seja, níveis superiores de vitimação estavam associados a níveis inferiores de bem-estar.

Tabela 5
Vitimação e Sintomatologia psicopatológica: Análises de Correlação

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. QEVIA_D	-									
2. QEVIA_VP	.560 ***	-								
3. QEVIA_VF	.433 ***	.620 ***	-							
4. QEVIA_VS	.463 ***	.434 ***	.598 ***	-						
5. EBEP_A	-.219 ***	-.178 **	-.154 **	-.191 ***	-					
6. EBEP_DM	-.255 ***	-.283 ***	-.133 *	-.176 **	.585 ***	-				
7. EBEP_CP	-.228 ***	-.123 *	-.108 *	-.182 **	.532 ***	.609 ***	-			
8. EBEP_RP	-.268 ***	-.320 ***	-.149 **	-.153 **	.441 ***	.674 ***	.649 ***	-		
9. EBEP_OV	-.203 ***	-.206 ***	-.129 *	-.171 **	.516 ***	.756 ***	.701 ***	.682 ***	-	
10. EBEP_AS	-.195 ***	-.319 ***	-.173 **	-.160 **	.643 ***	.784 ***	.607 ***	.716 ***	.774 ***	-

Nota. Os valores apresentados representam *Coefficientes de correlação de Pearson*. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

5 - Vitimação, ESS e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 4

Por forma a analisarmos o potencial efeito moderador do ESS na relação entre vitimação e Bem-Estar Psicológico, efetuámos também um conjunto de análises de regressão linear múltipla (seis), considerando agora como VD's cada uma das dimensões do bem-estar (VD₁: Autonomia; VD₂: Domínio da Meio; VD₃: Crescimento Pessoal; VD₄: Relações Positivas; VD₅: Objetivos na Vida; VD₆: Aceitação de Si). Mais uma vez, utilizámos para o efeito os valores centrados das variáveis independentes/preditores (Discriminação, Violência Física, Violência Psicológica e Violência Psicológica) e da variável moderadora (ESS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial.

Os resultados obtidos e apresentados na Tabela 6, indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do ESS entre a Violência Psicológica e a dimensão relativa à Autonomia ($\beta = .273, p = .005$), assim como entre a Violência Sexual e aquela dimensão do bem-estar ($\beta = .383, p = .050$). Não foram encontrados outros efeitos de interação/moderação estatisticamente significativos de ESS no que concerne às outras variáveis dependentes e independentes/preditoras.

Tabela 6

Vitimação, ESS e Bem Estar Psicológico: Testes de moderação

	R^2	F (df ₁ , df ₂)	P	B	P
EBEP_A	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 343)		-.813	.000
	ESS	6.109	.000	-.155	.684
	QEVIA_D*ESS			.147	.396
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 344)		-.317	.022
	ESS	6.591	.000	-.149	.699
	QEVIA_VP*ESS			.273	.005
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 350)		-.661	.019
	ESS	3.999	.008	-.089	.815
	QEVIA_VF*ESS			.341	.065
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 348)		-1.144	.000
	ESS	5.753	.001	-.166	.661
	QEVIA_VS*ESS			.383	.050
EBEP_DM	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 340)		-.904	.000
	ESS	8.114	.000	.282	.424
	QEVIA_D*ESS			-.022	.888
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 342)		-.626	.000
	ESS	10.102	.000	.132	.709
	QEVIA_VP*ESS			.052	.561
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 348)		-.561	.045
	ESS	2.858	.037	.364	.306
	QEVIA_VF*ESS			.189	.282
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 347)		-.935	.001
	ESS	4.351	.005	.449	.197
	QEVIA_VS*ESS			.067	.709
EBEP_CP	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 349)		-.734	.000
	ESS	6.660	.000	-.004	.991
	QEVIA_D*ESS			.127	.398
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 350)		-.210	.099
	ESS	2.537	.057	.114	.742
	QEVIA_VP*ESS			.128	.148
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 356)		-.428	.106
	ESS	1.883	.132	.074	.827

	QEVIA_VF*ESS			.198	.240
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 354)		-.966	.001
	ESS	4.109	.007	.149	.660
	QEVIA_VS*ESS			.023	.896
EBEP_RP	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 344)		-1.197	.000
	ESS	9.169	.000	-.079	.856
	QEVIA_D*ESS			-.159	.388
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 346)	.000	-.872	.000
	ESS	13.144		-.094	.827
	QEVIA_VP*ESS			.008	.943
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 352)		-.836	.009
	ESS	2.741	.043	.170	.698
	QEVIA_VF*ESS			.075	.723
EBEP_OV	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 349)		-1.003	.004
	ESS	2.971	.032	.265	.545
	QEVIA_VS*ESS			.082	.711
	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 345)		-.716	.001
	ESS	5.118	.002	.067	.866
	QEVIA_D*ESS			.109	.518
	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 344)		-.467	.001
	ESS	5.427	.001	.001	.999
	QEVIA_VP*ESS			.101	.304
EBEP_AS	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 351)		-.667	.021
	ESS	2.023	.110	.132	.740
	QEVIA_VF*ESS			.032	.868
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 349)		-.997	.001
	ESS	3.660	.013	.217	.585
	QEVIA_VS*ESS			.079	.694
	Discriminação				
	QEVIA_D	(3, 341)		-.704	.002
	ESS	4.719	.003	.202	.615
	QEVIA_D*ESS			.119	.511
EBEP_AS	Violência Psicológica				
	QEVIA_VP	(3, 345)		-.792	.000
	ESS	13.208	.000	.042	.914
	QEVIA_VP*ESS			.065	.517
	Violência Física				
	QEVIA_VF	(3, 348)		-.938	.002
	ESS	3.758	.011	.284	.478
	QEVIA_VF*ESS			-.020	.918
	Violência Sexual				
	QEVIA_VS	(3, 347)		-1.145	.021
	ESS	3.239	.022	.244	.544
	QEVIA_VS*ESS			.123	.676

Nota. As análises foram efectuadas com as VI's centradas (QEVIA e ESS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Uma vez mais, recorremos ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados estatisticamente significativos encontrados (cf., Gráficos 3 e 4). Tal como

ilustrado, os participantes com níveis superiores de violência psicológica e violência sexual tendem a reportar níveis superiores de Bem Estar Psicológico – Autonomia, quando se reconhecem numa condição de ESS superior.

Gráfico 3

Efeito Moderador do ESS – Violência Psicológica e Autonomia

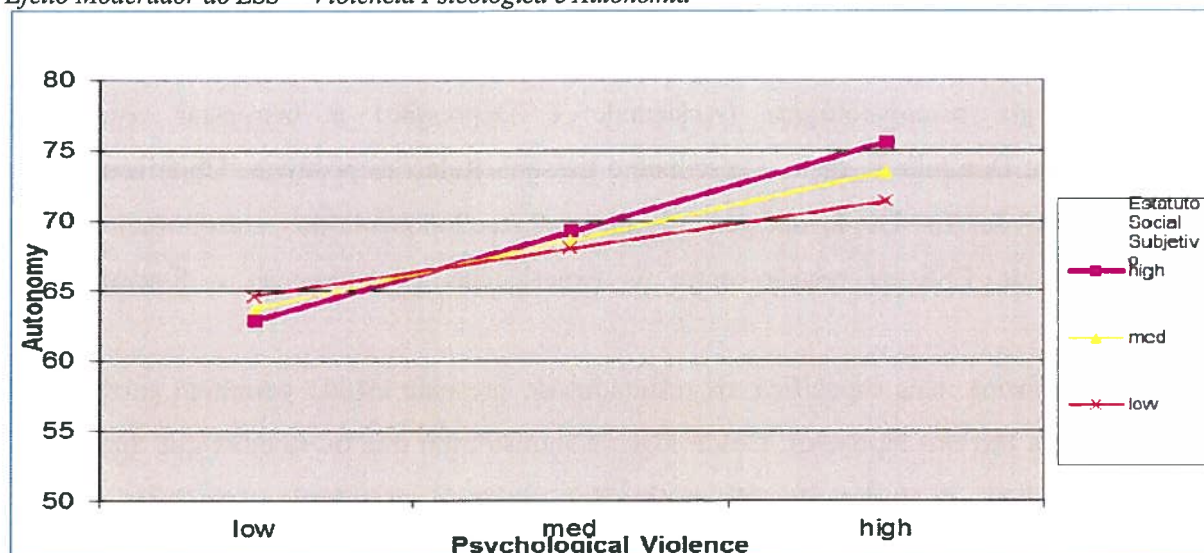
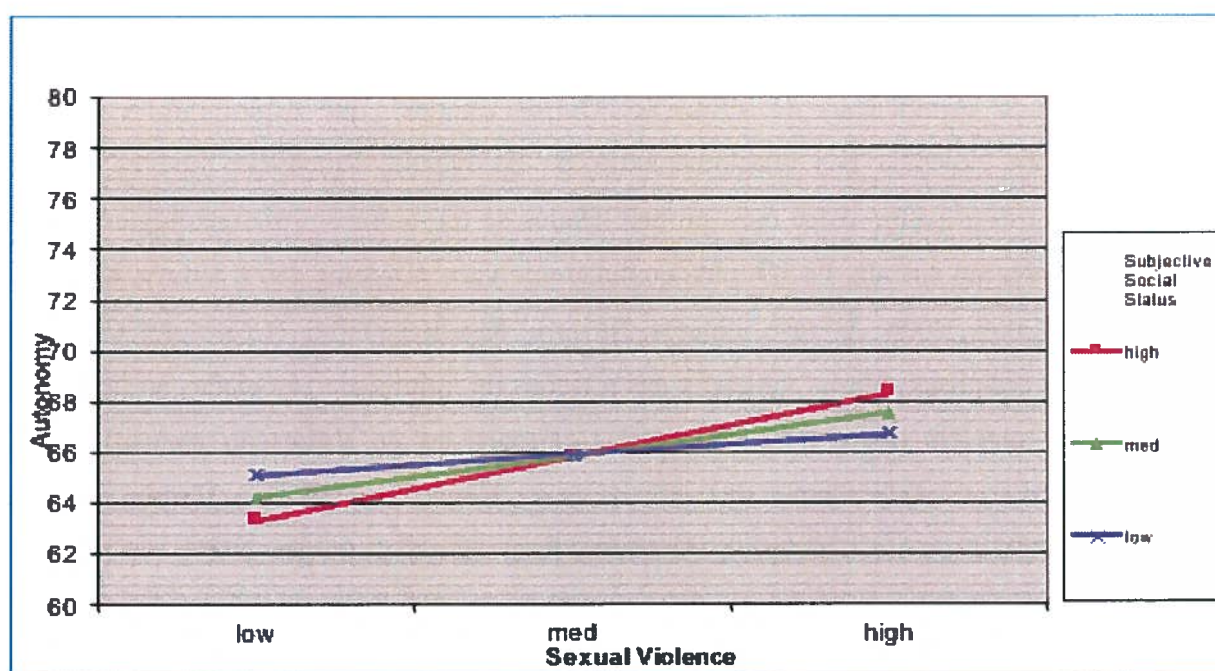


Gráfico 4

Efeito Moderador do ESS – Violência Sexual e Autonomia



Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o papel moderador do Estatuto Social Subjetivo (ESS) na predição do funcionamento psicológico, em termos de sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e bem-estar psicológico (Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si). De forma generalizada, os resultados obtidos corroboram o papel moderador do ESS na relação entre as experiências de vitimação e funcionamento psicológico.

De forma mais específica, os resultados do presente estudo permitem corroborar a primeira e a terceira hipóteses. Desde logo, demonstraram que os sujeitos que apresentam maiores índices de vitimação (discriminação, violência psicológica, violência física e violência sexual) apresentam maiores indicadores de sintomatologia depressiva e ansiosa e menores indicadores de bem estar. Estes dados vão ao encontro das evidências empíricas consistentemente documentadas na literatura. A título de exemplo, Goodman e colaboradores (2001) verificou que cerca de 87% dos participantes com psicopatologia tinham sofrido experiências de vitimação. Outros estudos que exploraram o impacto decorrente da violência nos relacionamentos de intimidade, concluíram que as vítimas apresentam três a quatro vezes mais probabilidades de ter sintomas psicopatológicos como depressão, ideação suicida, PTSD e má qualidade de vida (Dolding, 1999; Houry, Kemball, Rhodes & Kalow, 2006; Alfonso, Linares, Navarro, Ros, Echeburua, & Martinez, 2006). A maioria das pesquisas sobre a violência nas relações de intimidade associadas ao bem estar psicológico sugerem que a continuidade das experiências de Vitimação intensificam de forma negativa a saúde mental das vítimas (e.g., Bogat, Levendosky, Theran, Eye, & Davidson, 2003; Bonomi, Thompson, Anderson, Reid, Carrell & Dimer, 2006).

Relativamente às hipóteses dois e quatro, os resultados confirmaram o papel moderador do Estatuto Social Subjetivo na relação entre a vivência de experiências de vitimação e o funcionamento psicológico, evidenciando que o ESS poderá assumir uma função “amortecedora” no impacto negativo e “promotora” do bem estar. De forma mais circunstanciada, considerando as diferentes formas de violência e as dimensões de sintomatologia psicopatológica, em situações de elevada violência física e sexual,

constataram-se menores níveis de depressão quando o ESS era elevado. Por sua vez, considerando também as diferentes dimensões de bem estar, concluiu-se que em situações de maior violência psicológica e sexual se registam maiores níveis de autonomia quando a percepção de ESS é superior. Estes dados são consonantes com a investigação produzida neste domínio que tem vindo a estabelecer uma relação entre o ESS e a saúde (física e mental) e a sugerir que um alto ESS pode atenuar as consequências das experiências decorrentes da vitimação (e.g., Segertrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998; Scheier & Carver, 1985; Carver, et al 1993). Mais especificamente, um estudo desenvolvido por Rubin, Evans & Wilkinson (2016) com estudantes universitários na Austrália, identificaram fatores específicos do ESS que determinavam aspetos psicológicos de integração (suporte social e estabelecimento de relações interpessoais) os quais, revelaram ser um importante fator de moderação do ESS na relação com a saúde mental.

Este estudo contou com algumas limitações que merecem ser refletidas. Desde logo importa atender às características da amostra. A recolha foi por conveniência e recolhida de forma *online* o que impossibilitou uma recolha homogénea em relação à sua caracterização sociodemográfica. Em estudos futuros, seria inovador privilegiar amostras mais alargadas e diversificadas. Outra limitação prendeu-se com a escassez de medidas subjetivas de ESS mais centralizadas na pessoa, que valorizem o bem estar subjetivo, independentemente do conceito materialista. Esta limitação, prendeu-se com a escassez de estudos do ESS. O facto de o ESS ser mensurado com apenas um ítem, pode constituir outro fator limitativo dos resultados deste estudo. As medidas de autorrelato implicou outra limitação por permitir narrativa de desejabilidade social.

Pese embora as limitações referidas, o estudo realizado apresenta-se inovador na medida em que acrescentou conhecimento científico válido à literatura disponível sobre o impacto das experiências de vitimação. Mais especificamente, permitiu compreender o papel moderador do ESS na relação entre as experiências de vitimação e funcionamento psicológico, deixando pistas importantes para a prática neste domínio. Como por exemplo: trabalhar o ESS, fortalecendo sentimentos otimistas, de segurança e esperança, na medida em que se podem alterar perspetivas de vida, modificando comportamentos e otimizando o funcionamento humano na procura da satisfação e realização pessoal.

A este respeito, tomando em consideração os resultados obtidos, é fundamental promover mudanças ao nível macroestrutural no sentido de favorecer uma sociedade caracterizada por uma maior igualdade.

Referências

- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259. doi:10.1146/annurev.ps.45.020194.001305
- Adler N, Singh-Manoux A, Schwartz J, Stewart J, Matthews K, Marmot M. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008; 66(5):1034-45
- Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 119-123.
- Adler N, Stewart J. *The MacArthur Scale of Subjective Social Status* [Internet]. 2007
- Aldrighi, T. (2006). Família e violência. In C. M. O. Cervený (Org.), *Família e* 197-220. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ash, C., & Huebner, E. S. (2001). Environment events and life satisfaction reports of adolescents. *School Psychology International*, doi:10.1177/0143034301223008
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A Theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Amar, A., & Alexi, E. (2005). “Dissed” by dating violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 162-171.
- Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; (17) pp 413–421.
- Beardsley, G., & Goldstein, M. G. (1993). Psychological factors affecting physical condition: endocrine disease literature review. *Psychosomatics*, 34(1), 12-19.
- Beeble, M. L., Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2010). The impact of resource constraints on the psychological well-being of survivors of intimate partner violence over time. *Journal of Community Psychology*, 38(8), 943-959.
- Bogat, G.A., Levendosky, A.A., Theran, S., von Eye, A., & Davidson, W.S. (2003). Predicting the psychosocial effects of interpersonal partner violence (IPV). How

- much does a woman's history of IPV matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 18(11), 1271-1291.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrell, D., Dimer, J.A., et al. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventative Medicine*, 30(6), 458-466.
- Boudreaux, E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Best, C. L. & Saunders, B. E. (1998). Criminal Victimization, Posttraumatic Stress Disorder, and Comorbid Psychopathology Among a Community Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 665-680
- Brock, D.: 1993, 'Quality of life in health care and medical ethics', in M. Nussbaum and A. Sen (eds.), *The Quality of Life* (Clarendon Press, Oxford), 95-132.
- Cabral, N. (2010). A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade dos Açores.
- Campbell, J., & Boyd D., (2000). Violence Against Women: *Synthesis of Research for Health Care Professionals*.
- Caridade, S. & Machado, C. (2014). Violência nas relações juvenis de intimidade: Uma revisão da teoria, da investigação e da prática. *Psicologia*, 27, 91 -113.
- Carver, C. S., Pozo, C, Harris, S. D., Noriega, V, Scheier, M. R, Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390
- Claudia Garcia-Moreno & Charlotte Watts (2011). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* . 2011;89:2-2. doi: 10.2471/BLT.10.085217
- Coelho, J.C.M. (2014). *O impacto da desigualdade no crescimento economico: evidência empírica para países da OCDE*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Economia pela Faculdade de Economia do Porto. Portugal.
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(6), 271-275.
- Cox, D. J., & Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(4), 628.
- Cundiff, J., Smith T., Uchino B., & Berg C., (2011). Subjective Social Status: *Construct Validity and Association with Psycho social Vulnerability and Self -Rated Health* *Int.J. Behav. Med.*, 20, 148-158. doi: 10.1007/s12529-011-9206-1

- Dahlgren, G; Whitehead, M. Policies and Strategies to promote Social equity in health 2007.
- Diener, E.; Sandvik, E. e Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. Em F. Strack ; M. Argyle e N. Schwarz (Eds), *Subjective well-being* pp. 119-139. Oxford: Pergamon
- DuMont, K., Widom, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K., (1998). Why is the receipt Social Support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- DuMont, K., Widom, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274 .
- Edward Thomas Bastos (2016), <http://psicologiacop.blogspot.pt/p/processos-fundamentais-da-cognicao.html> acedido a partir de sete de Outubro de 2016.
- Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW, Munster AM, Palombo DA, Richter D, et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*. 2000
- (Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. 2007a) Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166.
- Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D., Capitman, J., & Goodman, E. (2007). Socioeconomic differences in adolescent stress: The role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health*, doi: 10.1016/j.adohealth.2006.10.006
- Frieze, I., H., Hymer, S. & Greenberg, M., S. (1987). Describing the Crime Victim: Psychological Reactions to Victimization. *Professional Psychology: Research and Practice* 18(4),299-315.
- Gallo LC, Bogart LM, Vranceanu A, Matthews KA. Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: a test of the reserve capacity model. *J Personal SocPsychol*. 2005;88:386–99.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., & Ramos, V. (2007). *Risco e Protecção: Adolescentes Migrantes*. In P. Sargento dos Santos (Ed.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi.

- Ghaed, S. G., & Gallo, L. C. (2007). Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology, 26*(6), 668.
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 615-632. doi: 10.1023/A:1013026318450
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental health disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99-132.
- Gonçalves, A. et al. (2003). Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21* (1), 55-64.
- Hamdan-Mansour, A. M., Arabiat, D. H., Sato, T., Obaid, B., & Imoto, A. (2011). Marital abuse and psychological well-being among women in the southern region of Jordan. *Journal of Transcultural Nursing, 22*(3), 265-273.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 293-319.
- Hasan, M. H., Mahlia, T. M. I., & Nur, H. (2012). A review on energy scenario and sustainable energy in Indonesia. *Renewable and Sustainable Energy Reviews, 16*(4), 2316-2328.
- Hanson, R., F. & Self-Brown, S. (2010). Screening and Assessment of Crime Victimization and Its Effects. *Journal of Traumatic Stress 23*(2), 207-214.
- Houry, D., Kemball, R., Rhodes, K.V., & Kaslow, N.J. (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ed patients. *American Journal of Emergency Medicine, 24*(4), 444-450
- Howell, K. H., Coffey, J. K., Fosco, G. M., Kracke, K., Nelson, S. K., Rothman, E. F., & Grych, J. H. (2016). Seven reasons to invest in well-being. *Psychology of Violence, 6*(1), 8.
- Huta, V. (2015). The complementary roles of eudaimonia and hedonia and how they can be pursued in practice. *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life*, 216-246.
- Keyes. C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3). 539-548.
- Klima, T., & Repetti, R. (2008). Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group. *MerrillPalmer Quarterly, 54*, 151-178, doi:10.1353/mpq.2008.0016

- Khullar, D., Oreskovic, N. M., Perrin, J. M., & Goodman, E. (2011). Optimism and the socioeconomic status gradient in adolescent adiposity. *Journal of Adolescent Health*, doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.04.003
- Lagerback, B. (1995).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J. & Leandro, A. (2009). Violência e Género - Inquérito Nacional sobre a Violência Exercida contra Mulheres e Homens. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Lucas, R.E. (2007a). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), pp 717-730.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- MacArthur Scale of Subjective Social Status. Summary prepared by Nancy Adler and Judith Stewart in collaboration with the Psychosocial Working Group. Last revised March, 2007.
- Machado, C. (2005). Violência nas famílias portuguesas. Um estudo representativo na região norte. *Psychologica (Coimbra)*, 40, 173-194
- Macias, M., Salceda, D., Bover, A., & Gastaldo, D. (2013). Relação entre *status* social subjetivo e saúde percebida entre mulheres imigrantes latino-americanas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(6):1353-9 DOI: 10.1590/0104-1169.2943.2374.
- Magalhães, T., & Ribeiro, C., (2007). A colheita de Informação a vitimas de crimes sexuais. *Artigo de revisão. Acta Med Port* 2007; 20, 439-445
- Martins, E., & Silva, J. (2000). Cultura(s) e diversidade. *Diversidade e Multiculturalidade*. Lisboa: ISPA
- Masten, A. S. & Garmezy, N. (1985) Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. Em B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Orgs.), *Advances in clinical child psychology* (8) pp.1-52. New York: Plenum Press
- Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of ses and health connections?: A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009 In Press.
- Matthews KA, Räikkönen K, Gallo L, Kuller LH. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: testing the reserve capacity model. *Health Psychol*. 2008; 27(5) 576-83.

- Matos, M., Dias, A. R. C., & Peixoto, J. (2013). Vitimação múltipla feminina ao longo da vida: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia & sociedade*, 25(3), 602-611.
- Matos, M. M. N. G., & Costa, J. S. (2012). Comunicação e gestão de conflitos na escola. *Titulo: Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade Volume 2- Intervenções com jovens e na comunidade*, 99.
- Matos, M. (2006). *Violência nas Relações de Intimidade: Estudo Sobre a Mudança Psicoterapêutica na Mulher*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga.
- Moreira, I. L. B. (2016, October). O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. In *O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal*. FEUC.
- Nunes, P. (2007). Psicologia positiva. *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*.
- Olsvik, V. M. (2010). Multiple and Repeat Victimization of Women with Physical Disabilities. *Paper presented at the 11th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS)*, Oslo, June 15-17, 2009.
- Peixoto, F. (2003). Auto-Estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar, Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women' s mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women ' s Health*, 15(5), 599-611.
- Remédios, C. (2010). O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, C.F., Figueira, R. e Junqueira, V. (2016). Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal: As Consequências Sociais do Programa de Ajustamento, FFMS. Acedido a partir: <https://portugaldesigual.ffms.pt/a-crise-foi-pior-em-portugal-do-que-na-europa> a 14 de Fevereiro de 2017.

- Rubin, M., Evans. O., & Wilkinson, R., (2016). A longitudinal study of the relations among university students' subjective social status, social contact with university friends, and mental health and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35, No. 9, 2016, 722-737
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (52) pp 141-166.
- Ryff, Carol D. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 57(6), Dec 1989, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), pp 13-39.
- Sackett, L. A., & Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 105-117
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E. and Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp 1646-1655.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14.
- Silva, J. (2010). Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Silva, A. B., de Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2010). Idade, género e bem-estar subjectivo nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (44-2), p-39.
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.

- Storey K. S., Cumulative abuse: do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma Violence Abuse*. 2011 Jul;12(3):135-50. doi: 10.1177/1524838011404253.
- Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde. In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Diversidade e Multiculturalidade, Actas da 2.ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* pp 69-77. Lisboa: ISPA
- Temple, J. R., & Freeman, D. H. (2011). Dating violence and substance use among ethnically diverse adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 26(4), 701-718.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41-79.
- Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & place*, 39, 51-61. Doi: 10.1016/j.healthplace.2016.02.002
- Wilkinson, R. (1999) Income distribution and mortality: a 'natural' experiment *Sociology of Health & Illness*, 12 (4): 391-412.
- Wilkinson, R. e Pickett, K. (2006) Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62: 1768–1784.
- Wolff, L. S., Acevedo-Garcia, D., Subramanian, S. V., Weber, D., & Kawachi, I. (2010). Subjective social status, a new measure in health disparities research: do race/ethnicity and choice of referent group matter?. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 560-574.
- World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.
- Wright, C. E., & Steptoe, A. (2005). Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), 582-590.