

Cheila Sofia Silva Parisot

**Experiências de vitimação e saúde mental na adolescência: o
papel mediador do coping**

Orientador Académico: Doutora Eunice Magalhães

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da vida

Lisboa

2018

Cheila Sofia Silva Parisot

Experiências de vitimação e saúde mental na adolescência: o papel mediador do coping

Dissertação defendida em provas públicas com vista à obtenção de grau de mestre em Psicologia Forense conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 16 de Janeiro de 2019 perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 357/2018 com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª Doutora Joana Carvalho

Arguente: Prof^ª Doutora Carla Silva

Orientador Académico: Prof^ª Doutora Eunice
Magalhães

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da vida

Lisboa
2018

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer à minha mãe, sem ela, esta dissertação não existia. Obrigada mãe por estes 5 anos, mas conseguimos, com a nossa garra e força de vontade, por isto e muito mais, obrigada. Ao meu pai e ao meu irmão que aguentaram tanta coisa, e que entendendo ou não tentaram ajudar da melhor maneira possível. Vocês são a minha vida!

De seguida, quero agradecer às minhas irmãs de coração, Lili, Carolina, Bé e Alukene! Vocês sabem o caminho que percorremos até aqui, obrigada por estarem lá sempre!

Ao meu namorado que nunca me deixou desistir, amo-te!

E por fim, mas talvez uma das pessoas mais importantes desta dissertação, um grande obrigado à Professora Doutora Eunice Magalhães! Sem ela nada disto teria sido possível, obrigada por andar em cima de nós, por toda a paciência que teve connosco, pela sua dedicação e empenho, das melhores professoras que já conheci!

Muito obrigada!

Resumo

A literatura centrada nas experiências de vitimação e, especificamente, na sua relação com a saúde mental tem-se centrado fundamentalmente no impacto negativo da violência, centrando-se menos no impacto que pode ter também no bem-estar das vítimas (Grych, Hamby & Banyard, 2015). Assim, importa compreender de que forma as experiências de violência podem comprometer a saúde mental das vítimas na adolescência e importa também identificar mecanismos que expliquem este processo. Então, o presente estudo visa estudar o papel mediador do coping na relação entre experiências de vitimação por parte dos pares na adolescência e a sua saúde mental.

Participaram no presente estudo 228 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, maioritariamente do sexo feminino (66.7%). Os resultados sugerem que relativamente ao sexo dos participantes, os participantes do sexo masculino apresentam médias superiores na dimensão Aceitação de si e Humor. Já os participantes do sexo feminino apresentam médias superiores nas dimensões Crescimento Pessoal, Ansiedade e Depressão.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem o papel significativo do coping enquanto mecanismo explicativo do papel das experiências de vitimação e a saúde mental.

Palavras-chave: violência; adolescência; coping.

Abstract

The literature focusing on victimization experiences and, specifically, on their relationship to mental health has focused primarily on the negative impact of violence, focusing less on the impact it may also have on the well-being of victims (Grych, Hamby & Banyard, 2015). Thus, it is important to understand how the experiences of violence can compromise the mental health of adolescents during adolescence and to identify mechanisms that explain this process. So, the present study aims to study the mediating role of coping in the relationship between teenage experiences of victimization and their mental health.

A total of 228 adolescents, aged between 12 and 17 years, participated in the present study, mainly female (66.7%). The results suggest that, in relation to the sex of the participants, the male participants presented higher averages in the dimension of Self-acceptance and Humor. On the other hand, the female participants present higher averages in the Personal Growth, Anxiety and Depression dimensions.

The results obtained in this study suggest the significant role of coping as an explanatory mechanism for the role of victimization experiences and mental health.

Keywords: violence; adolescence; coping

Lista de abreviaturas

OMS- Organização Mundial de Saúde

BES- Bem-estar subjetivo

BEP- Bem-estar psicológico

CDA- Crimes relacionados com drogas e álcool

CCE- Crimes em contexto escolar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	10
2.1. Experiências de vitimação nas relações entre pares na adolescência e saúde mental.....	10
2.2. Experiências de vitimação na adolescência e saúde mental: o papel do coping.....	13
3. MÉTODO	16
3.1. Participantes.....	16
3.2. Instrumentos.....	16
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	16
3.2.2. Escalas de Bem-estar Psicológico	16
3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	17
3.2.4. Escala de Delinquência Auto reportada - Adaptada	17
3.2.5. COPE Inventory	17
3.2.6. Questionário de Experiências de Vitimação.....	18
3.3. Procedimentos de recolha e análise de dados	18
4. RESULTADOS	20
4.1. Diferença de médias nas variáveis analisadas em função do sexo	20
4.2. Correlações entre as variáveis em análise e a idade dos participantes	21

4.3 Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e bem-estar psicológico.....	24
4.4. Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e psicopatologia..	25
5. DISCUSSÃO	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a violência como envolvendo o "uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que possa resultar em lesões, mortes, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação" (World Health Organization, 2002, p.2). Atendendo ao papel significativo dos pares no desenvolvimento dos jovens, durante a adolescência, as experiências de vitimação nesta fase desenvolvimental e o seu impacto em termos de saúde mental são particularmente relevantes.

A maior parte dos estudos já realizados centram-se no impacto negativo da violência na saúde mental, e menos no impacto ao nível do bem-estar das vítimas (Grych, Hamby & Banyard, 2015). Do mesmo modo, se importa compreender de que forma as experiências de violência podem comprometer a saúde mental das vítimas na adolescência, especificamente considerando resultados centrados na psicopatologia e no bem-estar, importa também identificar mecanismos que expliquem este processo, nomeadamente, as estratégias de coping. O coping é descrito como um conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a diferentes situações adversas (Antoniazzi & Bandeira, 1998).

Neste sentido, o presente estudo visa estudar o papel mediador do coping na relação entre experiências de vitimação por parte dos pares na adolescência e a sua saúde mental (incluindo resultados positivos e negativos de funcionamento). Para dar resposta ao referido objetivo, a presente dissertação encontra-se organizada em diferentes secções. Numa primeira secção será apresentado um enquadramento teórico, através do qual se contextualiza a literatura sobre as experiências de vitimação nas relações entre pares na adolescência e a conceptualização da saúde mental, assim como do papel do coping na relação entre estas dimensões. A segunda parte deste trabalho corresponde à apresentação de um estudo quantitativo transversal, nomeadamente do Método utilizado, dos resultados obtidos, sendo finalizada esta dissertação com a apresentação de uma discussão e conclusão.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Experiências de vitimação nas relações entre pares na adolescência e saúde mental

Apesar da multiplicidade de conceitualizações sobre a violência, esta pode ser genericamente definida pela OMS como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que possa resultar em lesões, mortes, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação”(World Health Organization, 2002, p.2).

Teoricamente, a literatura sugere a existência de vários tipos de violência, nomeadamente, a violência psicológica, física ou sexual (Dahlberg & Krug, 2006). A violência psicológica é definida como “infligência de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais, com a intenção de causar sofrimento psicológico na outra pessoa, ou que é percebido como tendo essa intenção” (Paiva & Figueiredo, 2004, p.80). A violência física caracteriza-se pelo “uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade (Paiva & Figueiredo, 2004, p.77). E a violência sexual é descrita como “um comportamento cuja finalidade é compelir o companheiro a uma interação sexual contra a sua vontade; variando os atos coercivos desde a insistência ou ameaça, ao uso da força física” (Paiva & Figueiredo, 2004, p.79). Especificamente, na adolescência, as relações entre pares são fundamentais ao seu desenvolvimento (Dahlberg & Krug, 2006), incluindo as relações de namoro (Caridade & Machado, 2006). A violência no namoro entre adolescentes tende a aumentar de intensidade e gravidade com o passar do tempo. Como consequência disso, a saúde mental e física das vítimas tende a revelar-se comprometida, nomeadamente, traduzindo-se numa baixa auto-estima, problemas de aprendizagem, consumo de álcool e drogas e ideação suicida (Bringas-Molleda et al., 2015). Com efeito, as experiências de violência são um fator de risco para a ocorrência de perturbações mentais, considerando, principalmente a intensidade e a frequência com que estas ocorrem, assim como a exposição da criança ou jovem à violência, podendo provocar danos psicológicos significativos no processo de desenvolvimento (Cummings, 1998; Katz & Gottman, 1993, cit in Benetti, 2005). No que diz respeito ao impacto psicológico da vitimação, Day et al., 2003 sugerem dois tipos de danos, os imediatos e os tardios. Os danos imediatos incluem pesadelos repetitivos, a ansiedade, a raiva, a culpa, a vergonha, medo do

agressor, quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sentimentos de estigmatização. Já nos danos que podem ser observados mais tarde encontra-se um aumento significativo na incidência de perturbações psiquiátricas, dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas; níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa; cognição distorcida, pensamento ilógico, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de percepção da realidade; redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais. Estudos elaborados em Portugal demonstraram que a vitimação entre pares apresenta consequências negativas a nível da saúde e a nível do bem-estar dos jovens, e que 34% dos adolescentes são vítimas de comportamentos violentos por parte dos pares (Carvalhosa, Lima, & Matos, 2001; Carvalhosa, *et al.*, 2009).

Se ao nível da literatura sobre psicopatologia a evidência é significativa, a investigação existente relativamente ao impacto da vitimação ao nível do bem-estar dos adolescentes é ainda escassa. No entanto, a evidência sugere, genericamente, que os jovens vitimizados reportam níveis baixos de bem-estar emocional (Martin & Huebner, 2007). Sotliker (2016) estudou a relação entre vitimação, *stress* e bem-estar subjetivo, e verificou que, em todos os tipos de violência (e.g. sexual, física, verbal), os níveis de *stress* eram elevados e os níveis de bem-estar reduzidos. Não obstante, há ainda evidências que sugerem que o bem-estar não varia de forma significativa entre vítimas e não vítimas (Meque, 2011).

Estes resultados sugerem, assim, a importância de estudar a saúde mental de vítimas de diferentes formas de violência e os respetivos mecanismos explicativos. A saúde, segundo a OMS, é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, demonstrando ser mais do que a mera ausência de doença, (World Health Organization, 1946). Por outro lado, a saúde mental é descrita como um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue perceber o seu próprio potencial, conseguindo lidar com o stress normal da vida, sendo um contributo para a sua comunidade (World Health Organization, 2005). Para esta definição existem três componentes essenciais, que são o bem-estar, o funcionamento efetivo do indivíduo e o funcionamento efetivo na comunidade. Neste sentido, considerando a necessidade de perspetivar a saúde mental como incluindo também uma dimensão de bem-estar, teoricamente, e segundo Ryan e Deci (2001), podemos identificar duas perspetivas centrais: uma que aborda o estado subjetivo de felicidade

(perspetiva hedónica), e se denomina de bem-estar subjetivo, e outra que investiga o potencial humano (perspetiva eudemónica) que envolve o bem-estar psicológico.

O Bem-estar subjetivo (BES) envolve as avaliações dos indivíduos sobre as suas vidas (Diener, Suh & Oishi, 1997), incluindo uma dimensão cognitiva e emocional. O BES é composto por uma dimensão cognitiva (i.e., a satisfação com a vida) e por uma dimensão emocional, que se traduz, genericamente, como felicidade e emoções positivas (Galinha & Ribeiro, 2005). Para que um indivíduo obtenha um grau adequado de BES é necessária a presença de emoções positivas, a ausência de emoções negativas e ainda a presença de um grau elevado de satisfação com a vida (Siqueira & Padovam, 2008). Então, segundo Freire e Tavares (2010), “maior satisfação com a vida parece estar relacionada com indicadores de funcionamento positivo e menor satisfação com a vida tem sido associada a sintomatologia depressiva, rejeição interpessoal e a comportamentos agressivos” (Freire & Tavares, 2010, p.184).

O conceito de BES foi discutido criticamente e um conjunto de fragilidades teóricas foram identificadas, tendo sido proposto o conceito de bem-estar psicológico (BEP) (Siqueira & Padovam, 2008; Ryff, 1989). Enquanto o bem-estar subjetivo se centra em apreciações de satisfação com a vida, o bem-estar psicológico centra-se no desenvolvimento humano e nas capacidades apresentadas pelo indivíduo para enfrentar os desafios da vida (Siqueira & Padovam, 2008).

Baseada na realização de uma extensa revisão de literatura, Ryff (1989), formulou, através dos pontos de convergência entre as teorias humanista-existenciais, tanto da saúde mental como do desenvolvimento humano em si, as dimensões do BEP. Assim, as seis dimensões deste construto são: a aceitação de si, objetivos na vida, domínio do meio, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e autonomia (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). A Aceitação de si envolve uma atitude positiva sobre si mesmo, em que se aceita múltiplos aspetos da sua personalidade, num processo consciente (Machado & Bandeira, 2012). É destacada como a principal característica da saúde mental (Jahoda, 1958). A dimensão das Relações positivas com os outros define-se pelo estabelecimento de relações interpessoais de confiança, relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com o outro, tendo também sentimentos de empatia e altruísmo pelos outros. A Autonomia implica ser autodeterminado, independente, avaliar as experiências pessoais seguindo sempre critérios próprios. O Domínio do meio implica ter a capacidade de controlar o ambiente, de forma a satisfazer as suas necessidades e valores pessoais.

A dimensão de Objetivos de vida refere-se à formação de objetivos e manutenção dos mesmos, ter senso de direção à autorrealização pessoal. E finalmente, a dimensão de Crescimento pessoal implica a necessidade de perceber que existe um crescimento contínuo a nível do desenvolvimento pessoal, é o potenciar e aprimorar o “Eu” estando sempre aberto a novas experiências (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Por todas estas razões teóricas e empíricas no presente estudo concetualizamos a saúde mental incluindo dimensões de bem-estar (psicológico) e psicopatologia.

2.2. Experiências de vitimação na adolescência e saúde mental: o papel do coping

Se a evidência mostra que as experiências de violência estão associadas a resultados negativos de funcionamento psicológico, importa compreender que mecanismos podem ser explicativos desta associação.

Segundo Aldwin e Revenson (1987), "o principal motivo para estudar o coping é para determinar como os indivíduos podem reduzir o impacto negativo de eventos stressantes no seu bem-estar emocional" (Aldwin & Revenson, 1987, p.345). De facto, as estratégias de coping permitem ao sujeito lidar com o stress de uma situação, sendo por isso consideradas ações deliberadas ou conscientes (Lisboa, et al., 2002, p.346).

Concetualmente, o coping é definido enquanto conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são desenvolvidas pelo sujeito de forma a lidar com as exigências internas e externas da relação pessoa-ambiente. Estas estratégias relacionam-se com a saúde mental, visto que podem atenuar o impacto dos acontecimentos na vida, aumentando os níveis de bem-estar psicológico e acabando por reduzir o sofrimento que estas podem causar (Folkam & Lazarus, 1984, cit in. Costa & Leal, 2004). Segundo Bornstein et al., (2003) a forma como os acontecimentos de vida potenciam stress depende da forma como os indivíduos assimilam esses mesmos eventos, e também com o modo como eles lidam tanto com as exigências externas bem como com o stress. Na infância, podem ocorrer diversas situações geradoras de stress, incluindo as situações associadas à dinâmica familiar, como o relacionamento conjugal dos pais, violência doméstica, agressão verbal e morte na família (Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010). Já na adolescência, o stress pode ser manifestado, tanto a partir das modificações sociais e cognitivas que o indivíduo experienciou ou está a experienciar, como também enquanto consequência das alterações biológicas que caracterizam a puberdade (Lipp, 1989, cit. por Kristensen et al., 2010).

Em 1980, Folkman e Lazarus propuseram um modelo que divide o coping em duas categorias e quatro princípios: (a) coping entendido como um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente; (b) a sua função principal é a de controlo da situação stressora; (c) os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, o modo como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado; (d) o processo de coping define-se como uma mobilização de recursos, através do qual os indivíduos empreendem recursos cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir ou tolerar) as necessidades internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1984; 1980). Este modelo tem sido referido como o mais compreensivo dos modelos existentes (Beresford, 1994).

Como havia sido mencionado previamente, as estratégias de coping podem ser distinguidas em duas categorias: o coping focado no problema e o coping focado na emoção (Folkman & Lazarus, 1980). O coping focado no problema caracteriza-se por um esforço feito pela pessoa para lidar com a situação stressante e ocorre principalmente quando as condições apresentadas ao indivíduo são avaliadas como prováveis a mudanças (Carver et al., 1989). Já o coping focado na emoção é definido como um esforço regular no sentido de aliviar o estado afetivo associado à situação stressante. Especificamente, no caso das crianças, estas tendem a utilizar estratégias de coping preferencialmente focadas na emoção, visto que na maior parte das vezes dispõem de menos recursos para lidar com situações stressoras (Almquist & Hwang, 1999).

Especificamente no contexto da violência na infância e adolescência, quando as crianças são expostas a situações de violência, seja como testemunhas ou vítimas diretas, estas acabam por apresentar um pequeno repertório de estratégias (Lisboa et al., 2002). Sabe-se, então, que o ambiente agressivo a que podem ser expostas poderá potenciar a aprendizagem de comportamentos também agressivos enquanto estratégia de resolução dos problemas. Neste caso, estas crianças quando deparadas com uma situação de stress poderão utilizar estratégias de coping agressivas, uma vez que, não tiveram oportunidade de adquirir estratégias alternativas para a resolução dos problemas (Coie & Dodge, 1998; Jessor, 1993; Loeber & Hay, 1997; Pierre & Layzer, 1998 cit in., Lisboa et al., 2002). Neste sentido, os resultados de desenvolvimento e saúde mental que podem emergir incluem dificuldades de concentração, ansiedade, hipervigilância, elevados sentimentos de culpa e muitas vezes, associado à agressividade, estratégias de coping evitantes (i.e., desejando que o problema nunca tivesse ocorrido) (Almquist & Hwang, 1999).

Assim, quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos potencialmente stressantes o seu organismo reage de forma a tentar gerir e ajustar-se a esses mesmos acontecimentos (Costa & Leal, 2004). Diversos estudos têm confirmado a presença de uma relação positiva entre o uso de estratégias de coping inadequadas e o aparecimento de psicopatologia (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). Segundo Moos (1993), as estratégias de coping inadaptativas caracterizam-se por não permitirem a resolução do problema, aumentando assim a ansiedade e a angústia sentida pelo indivíduo face a uma situação de stress (Moos, 1993, cit in. Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). Do mesmo modo, e segundo Selffge-Krenke (2000) as crianças e os adolescentes com perturbações psicológicas tendem a utilizar preferencialmente estratégias inadaptativas (i.e., estratégias evitantes, consumo de substâncias), estratégias essas, que podem conduzir ao aumento dessas mesmas perturbações, desenvolvendo-se assim um ciclo vicioso (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). Moos e Moos (1986) observaram que os adolescentes desenvolvem melhor as estratégias de coping quando percebem que as suas famílias são coesas, expressivas e organizadas. Por outro lado, quando os adolescentes percecionam as suas famílias como tendo um elevado grau de conflito e sendo altamente controladoras, tal parece impedir o uso de estratégias de coping adequadas (Burt, Cohen, & Björck, 1988). Borges et al., (2008) verificaram que o nível de desenvolvimento dos adolescentes e o sexo influenciavam o tipo de estratégias de coping que estes utilizam, visto que as raparigas utilizam mais estratégias de coping do que os rapazes, nomeadamente estratégias focadas na emoção (e.g., descarga emocional).

A partir das evidências aqui apresentadas, e considerando os problemas de investigação que foram sendo identificados, o presente estudo visa estudar o papel mediador do coping na relação entre experiências de vitimação por parte dos pares na adolescência e a sua saúde mental (incluindo resultados positivos e negativos de funcionamento). Com efeito, Moreira (2012) afirma que as variáveis mediadoras permitem uma melhor percepção do modo como estas interferem no ajustamento psicológico das crianças que foram expostas à violência, podendo assim, minimizar ou agravar o seu impacto. Do mesmo modo, Machado (2010) afirma, ainda, que as estratégias de coping funcionam como um pré-requisito essencial para uma adaptação com sucesso, enquanto variável mediadora dos efeitos de stress.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

Participaram no presente estudo 228 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos ($M= 15.03$; $DP= 1.42$), maioritariamente do sexo feminino (66.7%). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa (87.3%) e reside no distrito de Lisboa (98.2%). Aquando da recolha de dados, a maioria dos jovens frequentava o 10º ano de escolaridade (39.5%), nunca tendo reprovado (82.5%). Finalmente, no que diz respeito ao envolvimento amoroso, a maior parte dos jovens não está envolvida em nenhum relacionamento amoroso (80.3%).

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico. Construído especificamente para o efeito, o presente questionário visa a recolha de informação sociodemográfica para caracterização dos participantes do estudo. Inclui questões sobre sexo, idade, nacionalidade, país de nacionalidade, distrito de proveniência, ano de escolaridade, reprovações, envolvimento amoroso, tipo de agregado familiar, condição profissional e escolaridade dos pais.

3.2.2. Escalas de Bem-estar Psicológico (Fernandes, Vasconcelos Raposo, & Teixeira, 2010). Escala constituída por 30 itens, que avaliam 6 dimensões – Crescimento Pessoal, Autonomia, Objetivos na Vida, Domínio do Meio, Relações Positivas e Aceitação de Si. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* de seis pontos, desde *Discordo totalmente* (1) a *Concordo totalmente* (6). Relativamente aos valores de consistência interna do instrumento original, estes são: Crescimento pessoal é de (*Alfa de Cronbach* de .69), Autonomia (*Alfa de Cronbach* de .60), Objetivos na vida (*Alfa de Cronbach* de .68), Domínio do meio (*Alfa de Cronbach* de .59), Relações positivas (*Alfa de Cronbach* de .63) e Aceitação de si (*Alfa de Cronbach* de .70). Os valores da consistência interna para cada dimensão no presente estudo são: Crescimento pessoal (*Alfa de Cronbach* de .61), Autonomia (*Alfa de Cronbach* de .61; depois de retirado o item 13), Aceitação de Si (*Alfa de Cronbach* de .82), Objetivos na vida (*Alfa de Cronbach* de .72), Relações Positivas (*Alfa de Cronbach* de .60), Domínio do meio (*Alfa de Cronbach* de .49). Considerando

o valor muito reduzido de consistência interna da dimensão Domínio do Meio, esta não será utilizada no presente estudo.

3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Escala de 21 itens que avaliam Ansiedade, Depressão e Stress. As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Os itens indicam sintomas emocionais negativos e os participantes são instruídos de modo a avaliar as suas respostas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0=*Não se aplicou nada a mim*; 3=*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Em cada uma das subescalas, pontuações mais elevadas expressam níveis superiores de sintomatologia. No estudo original, foram obtidos os seguintes valores de consistência interna: Ansiedade (*Alfa de Cronbach* .74) e Depressão (*Alfa de Cronbach* .85). No presente estudo serão usadas apenas as dimensões de Ansiedade (*Alfa de Cronbach* .78) e Depressão (*Alfa de Cronbach* .85).

3.2.4. Escala de Delinquência Auto reportada - Adaptada (Pechorro, Vieira, Marôco, Barroso, & Gonçalves, 2015). Escala de 35 itens que avaliam Roubo e furto; Crimes rodoviários; Crimes relacionados com drogas e álcool; Agressão; Vandalismo; Crimes em contexto escolar; Perturbação da ordem pública. Todos os itens são respondidos numa escala de resposta tipo *Likert* de 3 pontos (*Nunca* = 0, *Algumas vezes* = 1, *Frequentemente* = 2), sendo que pontuações mais altas indicam maior envolvimento em atividade criminal. No estudo original a consistência interna variava entre .67 e .91 (*Alfa de Cronbach*), já no presente estudo serão avaliadas apenas as dimensões: Crimes relacionados com drogas e álcool (CDA), Vandalismo e Crimes em contexto escolar (CCE), num total de 15 itens. Relativamente à consistência interna deste estudo, foram obtidos os seguintes valores: CDA (*Alfa de Cronbach* .61), sendo que retirando o item 6 o valor obtido é mais adequado (.63); Vandalismo (*Alfa de Cronbach* .52) e CCE (*Alfa de Cronbach* .49). Considerando os valores de consistência interna aqui descritos, apenas a dimensão CDA será incluída nas análises.

3.2.5. COPE Inventory (Cabral & Matos, 2010). Inventário constituído por 37 itens que avaliam as seguintes 13 escalas: Coping Ativo, Planeamento, Supressão de atividades competitivas, Reinterpretação positiva e aprendizagem, Aceitação, Procura de suporte instrumental, Procura de suporte, Focalização na/e libertação de emoções, Desinvestimento comportamental,

Desinvestimento mental, Negação, Uso de substâncias e Humor. Não obstante, na versão portuguesa apenas 6 dimensões se revelaram adequadas: Ativo/Reflexivo, Procura de suporte, Evitante, Significação positiva, Humor e Consumo de substâncias (Cabral et al., 2010). No que diz respeito aos valores de consistência interna, do instrumento original, estas apresentam um Alfa de *Cronbach* entre 0.66 e 0.91. Em relação à consistência interna neste estudo foram obtidos os seguintes valores: Evitante (*Alfa de Cronbach* .74), Humor (*Alfa de Cronbach* .91), Procura de suporte (*Alfa de Cronbach* .80), Ativo/Reflexivo (*Alfa de Cronbach* .51), no entanto, retirando o item 13 o valor pode ser considerado aceitável (*Alfa de Cronbach* .60), Consumo de substâncias (*Alfa de Cronbach* .85) e Significação positiva (*Alfa de Cronbach* .74).

3.2.6. Questionário de Experiências de Vitimação - A (Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009, adaptado por Magalhães et al., 2017). Questionário constituído por 46 itens que avaliam violência sexual, psicológica e física nas relações entre pares. Todos os itens são respondidos numa escala de resposta do tipo *Likert*, com 5 pontos, desde *Nunca* (0) a *Frequentemente* (4). No que diz respeito à consistência interna do instrumento foi possível verificar na sua versão original para adultos indicadores satisfatórios (Violência Psicológica= .84; Violência física= .90; Violência sexual= .89) (Magalhães et al., 2017). Referente à consistência interna no presente estudo, foram obtidos os seguintes valores: Violência psicológica (*Alfa de Cronbach* .81), Violência física (*Alfa de Cronbach* .80), e Violência sexual (*Alfa de Cronbach* .68), no entanto, retirando o item 2 o valor de consistência melhora significativamente (*Alfa de Cronbach* .82).

3.3. Procedimentos de recolha e análise de dados

Para dar resposta ao objetivo previamente definido, foi desenvolvido um estudo quantitativo transversal. O presente projeto de investigação enquadra-se num projeto de maior dimensão aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Os dados foram recolhidos em estabelecimentos de ensino, em Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e em programas de intervenção comunitária, cujos responsáveis/diretores aceitaram colaborar neste projeto. Os procedimentos de amostragem são compatíveis com uma amostragem por conveniência (não probabilística), e definiram-se os seguintes critérios de inclusão: (1)

compreender língua portuguesa em formato oral e escrito; e (2) ter idade compreendida entre os 12 e os 17 anos; e de exclusão (1) ter dificuldades cognitivas que impeçam o preenchimento autônomo de um questionário de auto-relato. A participação dos adolescentes foi voluntária, sem retorno financeiro ou de outra natureza, e apenas ocorreu após ser providenciado consentimento informado dos seus responsáveis legais, e o seu próprio assentimento. O consentimento informado e respetivo assentimento foram obtidos após a explicitação dos objetivos do estudo.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram analisados com recurso ao *software IBM SPSS Statistics*, versão 21.0 para a análise de dados descritiva e correlacional, e ao *software AMOS 21* para o teste dos modelos de mediação. O modelo de mediação, proposto, foi testado através de uma abordagem *bootstrap* (95% - intervalos de confiança; *bias corrected bootstrapping*; 5000 reamostragens) para testar a significância dos efeitos indiretos.

4. RESULTADOS

4.1. Diferença de médias nas variáveis analisadas em função do sexo

No que diz respeito à diferença de médias relativamente ao sexo, como se pode verificar na Tabela 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: Aceitação de si, Crescimento pessoal, Humor, Ansiedade e Depressão. Mais concretamente, os participantes do sexo masculino apresentam médias superiores na dimensão Aceitação de si e Humor. Já os participantes do sexo feminino apresentam médias superiores nas dimensões Crescimento Pessoal, Ansiedade e Depressão.

Tabela 1 – Diferenças de médias em função do sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t (p-value)
Autonomia	Masculino	74	3.8311	.63987	-.777 (.438)
	Feminino	150	3.9050	.68399	
Aceitação de si	Masculino	73	3.9260	.68921	3.234 (.001)
	Feminino	148	3.5743	.79292	
Objetivos na vida	Masculino	75	3.6933	.64710	.152 (.879)
	Feminino	146	3.6781	.73471	
Crescimento pessoal	Masculino	74	4.2270	.47666	-3.616 (.000)
	Feminino	150	4.4613	.44568	
Relações positivas	Masculino	73	3.8384	.64692	-.494 (.622)
	Feminino	150	3.8813	.59125	
Evitante	Masculino	73	2.3914	.86505	.191 (.849)
	Feminino	144	2.3671	.89791	
Humor	Masculino	74	3.5405	1.57138	3.855 (.000)
	Feminino	142	2.7130	1.45742	
Procura de Suporte	Masculino	71	3.6817	1.11025	-1.707 (.089)
	Feminino	142	3.9732	1.20595	
Ativo/Reflexivo	Masculino	73	3.6667	.64150	-1.569 (.118)
	Feminino	143	3.8057	.60276	
Uso de Substâncias	Masculino	76	1.2270	.52943	-.777(.438)
	Feminino	147	1.3095	.84416	
Significação Positiva	Masculino	71	4.1630	.79293	-.825 (.410)
	Feminino	146	4.2642	.87298	

Ansiedade	Masculino	73	.3973	.43595	
	Feminino	149	.6855	.61175	-3.601 (.000)
Depressão	Masculino	73	.4873	.50611	
	Feminino	147	.8231	.72078	-3.567 (.000)
CDA	Masculino	76	.1500	.20688	
	Feminino	151	.1682	.24559	-.555 (.580)
Vitimação psicológica	Masculino	73	.3470	.52995	
	Feminino	149	.4385	.47857	-1.291 (.198)
Vitimação física	Masculino	73	.1836	.39687	
	Feminino	150	.1387	.35593	.851 (.396)
Vitimação sexual	Masculino	76	.0493	.23459	
	Feminino	152	.0592	.33521	-.230 (.818)

4.2. Correlações entre as variáveis em análise e a idade dos participantes

Foi feita uma análise de correlações entre as variáveis que foram incluídas no modelo de mediação e a idade dos participantes. Verificamos que, no que toca à idade dos participantes, os resultados mostram que a idade se correlaciona positivamente com os CDA e negativamente com a Violência física.

Relativamente às dimensões do BEP, os resultados demonstram a dimensão Autonomia correlaciona-se positivamente com as dimensões: Aceitação de si, Objetivos na vida, Crescimento pessoal, Relações positivas, Procura de suporte e Significação positiva. E correlaciona-se negativamente com a dimensão Evitante, Ansiedade e Depressão. Já a dimensão Aceitação de si correlaciona-se positivamente com as dimensões: Objetivos na vida, Crescimento pessoal, Relações Positivas, Procura de suporte, Ativo/Reflexivo e Significação positiva. E correlaciona-se negativamente com as dimensões: Evitante e Violência psicológica. A dimensão Objetivos na vida correlaciona-se positivamente com a dimensão Crescimento pessoal, Relações positivas, Procura de suporte, Ativo/Reflexivo e Significação positiva. E correlaciona-se negativamente com a dimensão Evitante, Uso de substâncias, Ansiedade, Depressão, CDA e Violência psicológica. A dimensão Crescimento correlaciona-se positivamente com a dimensão Relações positivas, Procura de suporte, Ativo/Reflexivo e Significação positiva. E correlaciona-se negativamente com a dimensão Evitante, Humor, Depressão e Violência sexual. A dimensão Relações positivas

correlaciona-se positivamente com as dimensões: Procura de suporte, Ativo/Reflexivo e Significação positiva. E negativamente com as dimensões: Ansiedade, Depressão, Violência psicológica e Violência física.

Relativamente às dimensões do coping, os resultados demonstram relações significativas quando correlacionadas entre si, nomeadamente, a dimensão Evitante que se correlaciona positivamente com as dimensões: Humor, Uso de substâncias, Ansiedade, Depressão, Violência psicológica, Violência física e Violência sexual. E negativamente com a dimensão: Significação positiva. O Humor correlaciona-se positivamente com as dimensões: Uso de substâncias, Significação positiva e CDA. Não apresentando correlações negativas. Já a dimensão Procura de suporte correlaciona-se positivamente com a dimensão: Ativo/Reflexivo e negativamente com a dimensão: Significação positiva. A dimensão Ativo/Reflexivo correlaciona-se positivamente com a dimensão: Significação positiva e não apresenta correlações negativas. A dimensão Uso de substâncias correlaciona-se positivamente com as dimensões: Ansiedade, Depressão, CDA, Violência psicológica e Violência sexual. E não apresenta correlações negativas. E por último, a dimensão Significação positiva, que não se correlaciona positivamente com nenhuma dimensão, mas correlaciona-se negativamente com as dimensões: Ansiedade e Depressão.

No que se refere à saúde mental pôde-se constatar que a dimensão Ansiedade se correlaciona positivamente com as dimensões: Depressão, CDA, Violência psicológica, Violência física e Violência sexual. Já a dimensão Depressão correlaciona-se positivamente com as dimensões: Violência psicológica, Violência física e Violência sexual. E nenhuma das duas dimensões apresenta correlações negativas com as outras dimensões. A dimensão CDA (Crimes relacionados com drogas e álcool) correlaciona-se positivamente com a dimensão Violência psicológica e não se correlaciona negativamente com nenhuma dimensão.

Quanto às dimensões de violência estas demonstram-se correlacionadas de forma significativa, demonstrando que quanto mais experiências de vitimização existirem, mais probabilidade existe de sucederem outros de tipos de vitimação. A dimensão Violência psicológica correlaciona-se positivamente com a dimensão Violência física e Violência sexual, e não apresenta correlações negativas.

Por último, a dimensão Violência física que se correlaciona positivamente com a dimensão Violência sexual, não apresenta nem correlações positivas, nem negativas.

Tabela 2. – Correlações

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.Idade	.093	-.056	-.082	.024	-.117	-.077	.103	-.055	.029	.105	-.041	.029	.031	.347**	.042	-.137*	-.059	
2.Autonomia		.388*	.204*	.383*	.157*	-.247**	.006	.296**	.261	-.016	.236**	-.223**	-.289**	.028	-.094	-.006	-.023	
3.Aceitação			.515*	.285*	.345**	-.383**	.028	.267**	.301**	-.129	.419**	-.387**	-.653	-.068	-.337**	-.078	-.083	
4.Objetivos_vida				.347*	.240**	-.336**	-.093	.173*	.296**	-.282**	.302**	-.227**	-.402**	-.185**	-.151*	-.061	-.124	
5.Crescimento					.290**	-.267**	-.182**	.324**	.356**	-.149*	.324**	-.113	-.178**	.010	.012	-.110	-.213**	
6.Relações_positivas						-.181	-.008	.424**	.176*	-.029	.242**	-.134*	-.173*	.035	-.172*	-.137*	-.018	
7.Evitante							.141*	-.131	.006	.300**	-.203**	.353**	.493**	.033	.308**	.213**	.379**	
8.Humor								-.021	.123	.245**	.216**	.012	-.067	.206**	.032	.064	.185	
9.Procura_de_suporte									.418**	-.001	-.383**	-.129	-.109	-.036	.040	-.025	.087	
10.Ativo/Reflexivo									-.010	.609**	-.075	-.056	-.001	.071	-.060	.019		
11.Uso de substâncias											-.076	.225**	.264**	.565**	.257**	.054	.390**	
12.Significação posit												-.148*	-.252**	-.028	-.053	-.026	.061	
13.Ansiedade													.687**	.149*	.409**	.189**	.226**	
14. Depressão														.157*	.439**	.200**	.207**	
15. CDA																.183**	-.069	-.004
16.V. psicológica																	.499**	.357**
17.V. física																		.094
18. V. sexual																		1

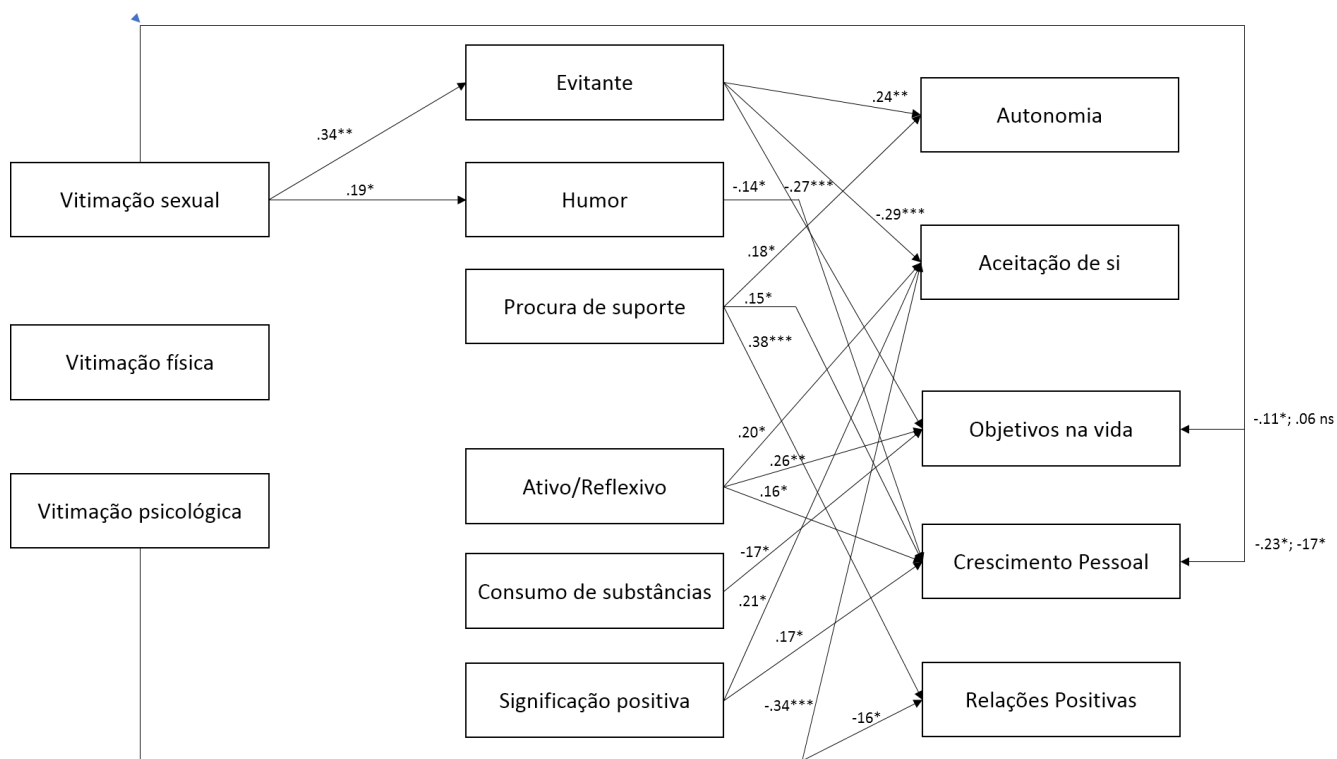
Nota. ***p<.001; **p<.01; *p<.05

4.3. Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e bem-estar psicológico

A partir das correlações e diferenças de médias analisadas previamente, verificámos um conjunto de diferenças estatisticamente significativas e, por esse motivo, o modelo de mediação foi testado controlando para a idade, sexo. Foram encontrados efeitos de mediação estatisticamente significativos na relação entre Vitimação sexual e Objetivos na vida ($\beta = -16$, $p < .05$). Assim, níveis mais elevados de Vitimação sexual estão relacionados com níveis mais reduzidos de objetivos na vida, sendo esta relação mediada pelo coping evitante. Especificamente, níveis mais elevados de vitimação sexual estão associados a níveis mais elevados de coping evitante, e níveis mais elevados de coping evitante estão associados a níveis mais reduzidos de objetivos na vida.

No que diz respeito aos efeitos diretos das variáveis independentes nas dependentes, tal como descrito na Figura 1, estes foram encontrados na relação entre a Vitimação sexual e a dimensão de Crescimento Pessoal (i.e., quanto mais vitimação sexual menos crescimento pessoal), e na relação entre a Vitimação psicológica e a dimensão de Relações Positivas e Aceitação de Si (quanto mais vitimação psicológica menos bem-estar psicológico nestas duas dimensões em particular).

Figura 1. – Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e bem-estar psicológico



Nota. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

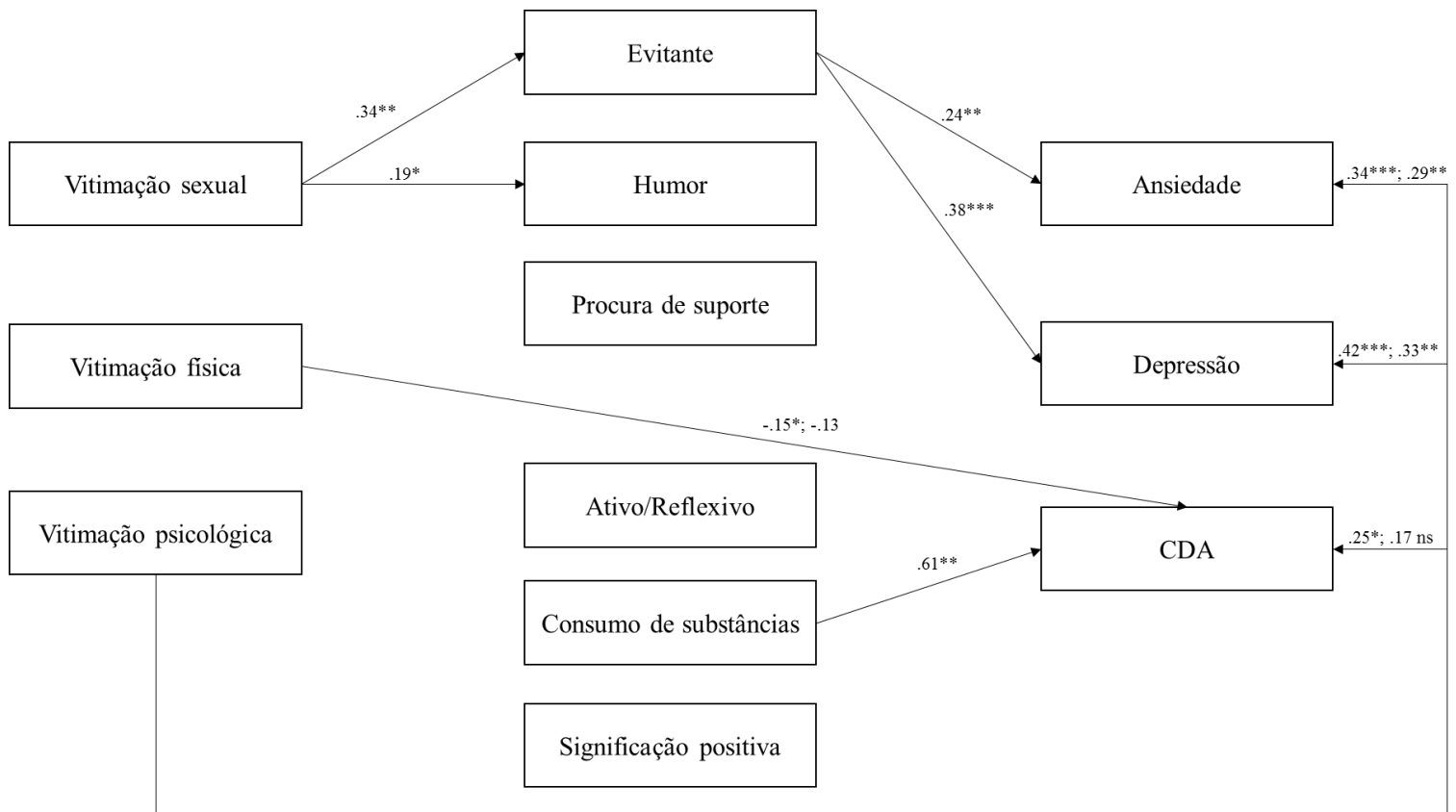
4.4. Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e psicopatologia

A partir das correlações e diferenças de médias analisadas previamente, verificámos um conjunto de diferenças estatisticamente significativas e, por esse motivo, o modelo de mediação foi testado controlando para a idade, sexo. Foram encontrados apenas efeitos indiretos (i.e., sem efeitos totais significativos) nas seguintes relações: Vitimação sexual e Ansiedade ($\beta = .10$, $p < .05$) e Depressão ($\beta = .14$, $p < .01$). Assim, níveis mais elevados de Vitimação sexual estão associados à psicopatologia apenas através do coping evitante. Assim, mais experiências de vitimação explicam níveis mais elevados de coping evitante e estes estão associados a níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

No que diz respeito aos efeitos diretos das variáveis independentes nas dependentes, tal como descrito na Figura 2, estes foram encontrados na relação entre a Vitimação física e a dimensão Crimes relacionados com drogas e álcool (i.e., quanto mais vitimação física menos

CDA) e entre a Vitimação psicológica e a Ansiedade, Depressão e CDA (i.e., quanto mais vitimação psicológica mais problemas psicopatológicos).

Figura 2. – Modelo de mediação do coping na relação entre vitimação e psicopatologia



Nota. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi analisada a relação entre as experiências de vitimação na adolescência e a saúde mental, nomeadamente o bem-estar psicológico e a psicopatologia, assim como o eventual efeito mediador do coping nestas relações.

Inicialmente, foram analisadas as médias dos participantes nas diferentes variáveis, considerando as suas características sociodemográficas, nomeadamente, o sexo e a idade. Os resultados sugerem que relativamente ao sexo dos participantes, os participantes do sexo masculino apresentam médias superiores na dimensão Aceitação de si e Humor. Já os participantes do sexo feminino apresentam médias superiores nas dimensões Crescimento Pessoal, Ansiedade e Depressão. Estes resultados são consistentes com a literatura que sugere que o sexo feminino normalmente apresenta níveis superiores de sintomatologia (Herge et al., 2016), especificamente, sintomatologia depressiva (Hussong & Chassin, 2004; Pinto, 2010) e instabilidade emocional (Bontempo & Pereira, 2012). Diversos autores referem a existência de diferenças de género na utilização das estratégias de coping, em que as raparigas têm tendência para usar estratégias focadas na emoção e na procura de suporte/relações próximas (Myers & Thompson (2000) e os rapazes mais focadas no problema (Heckhausen & Schulz, 1995; Rijavec & Brdar, 1997, cit in Borges et al., 2008). No que diz respeito a idade, os resultados obtidos neste estudo sugerem que esta se relaciona positivamente com o bem-estar, estes resultados podem ser explicados por fatores biológicos (i.e. idade e sexo), socioculturais (i.e. relação com os pais) e fatores psicológicos, sendo que a autoestima desempenha um papel principal na predição do bem-estar dos adolescentes (Fernandes, 2007).

Relativamente às idades dos participantes, os resultados mostram que a idade se correlaciona positivamente com a CDA e negativamente com a Violência Física. Fernandes (2007), sugere que os adolescentes tendem a aumentar a frequência de CDA, decorrente de comportamentos de adaptação ao meio e o desenvolvimento da sua autonomia.

No que diz respeito ao papel mediador do coping foram observados efeitos de mediação significativos na relação entre Vitimação sexual e Objetivos na vida, e indiretos na relação entre Vitimação sexual e Ansiedade e Depressão. Assim, níveis mais elevados de Vitimação sexual estão associados à psicopatologia apenas através do efeito indireto do coping evitante. Neste sentido, as estratégias de coping evitante são as que explicam quer a relação entre as experiências de vitimação e a psicopatologia, quer o bem-estar psicológico. Assim sendo, as experiências de vitimação

poderão comprometer a sensação de segurança do indivíduo assim como aumentar a sua confusão percebida, conduzindo à utilização preferencial de estratégias de coping evitante e menos capacidade para procurar suporte (White Hughto, Pachankis, Willie, & Reisner, 2017). Do mesmo modo, os resultados sugerem que a Vitimação Psicológica prediz significativamente mais psicopatologia e menos bem-estar, ao passo que a Vitimação Física prediz menos CDA. Estes resultados são consistentes com a literatura que sugere que o tipo de violência com maiores consequências para a saúde é a vitimação psicológica, nomeadamente, com elevados níveis de Ansiedade (Aizpurua, Copp, Ricarte, & Vázquez, 2017).

Não obstante a importância destes resultados, uma das limitações deste estudo prende-se com a natureza da amostra incluída, quer no que diz respeito ao tamanho reduzido, quer a sua natureza não representativa da população. Apesar disso, os resultados aqui apresentados são consistentes com a literatura nesta área, revelando especificidades importantes no que diz respeito à variabilidade de resultados considerando o tipo de experiência de vitimação, as diferentes estratégias de coping e os múltiplos resultados de saúde mental (psicopatologia e bem-estar).

Em suma, considerando a infância e a adolescência enquanto períodos fundamentais para o crescimento físico, formação de personalidade, desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental, a exposição à violência pode ter consequências a nível da saúde mental das vítimas (Bringas-Molleda et al., 2015). Com efeito, a saúde mental das vítimas tende a revelar-se comprometida, nomeadamente, traduzindo-se numa baixa auto-estima (Bringas-Molleda et al., 2015) e na maior probabilidade de ocorrência de perturbações mentais (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009). Do mesmo modo, os resultados obtidos sugerem o papel significativo do coping enquanto mecanismo explicativo do papel das experiências de vitimação e a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*, 53(2), 337.
- Antoniazzi, A. S., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3(2).
- B, S. P. D. C., Valentini, F., Silva, M. B., Fonini, R. I., & Pelizonni, V. G. (2005). A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes. *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 71-100.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171-209.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. D. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 26(4), 551-561.
- Burt, C. E., Cohen, L. H., & Bjorck, J. P. (1988). Perceived family environment as a moderator of young adolescents' life stress adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 16(1), 101-122.
- Cabral, J. & Matos, P. M. (2010). COPE-Inventory: Teste da estrutura factorial com uma amostra de jovens adultos universitários. *Psicologia*, XXIV(1), 49-71.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões. C. Machado. M. M.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise psicológica*, 24(4), 485-493.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 779-862). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Cortés-Ayala, L., Flores Galaz, M., Bringas Molleda, C., Rodríguez-Franco, L., López-Cepero Borrego, J., & Rodríguez Díaz, F. J. (2015). Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes

- mexicanos: análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. *Terapia Psicológica*, 33(1), 5-12.
- Costa, E. e Leal, I., (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. In J. Ribeiro e I. Leal (Org). Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa (28-30 de Junho de 2004). ISPA Edições, 157-168.
- Da Fonseca, D. H., Galvão Ribeiro, C., & Soares Barbosa, N. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2).
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178.
- Day, V. P., Telles, L. D. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. D., Machado, D. A., Silveira, M. B., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria*, 25 (1), 9.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.) *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Grych, J., Hamby, S., & Banyard, V. (2015). The resilience portfolio model: Understanding healthy adaptation in victims of violence., *Psychology of Violence*, 5(4), 343–354. <https://doi.org/10.1037/a0039671>
- Jahoda, M. (1958). *Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health*. New York, NY, US: Basic Books. <http://dx.doi.org/10.1037/11258-000>
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American psychologist*, 48(2), 117.

- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. D. B. (2010). Coping strategies and stress symptoms in adolescence. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(1), 21-30.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lisboa, C. S. D. M., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K. C. B., Oliveira, L. H., Porciuncula, L. P., & De Marchi, R. B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: reflexão e crítica*. 15, (2), 345-362.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual review of psychology*, 48(1), 371-410.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*., 29 (4): 587-595.
- Magalhães, E., Antunes, C. & Ferreira, C. (2017). Violence in adulthood: validity and reliability evidence of the Adulthood Victimization Experiences Questionnaire.
- Moreira, A. C. F. (2012). Resiliência e coping: exposição à violência interparental enquanto experiência traumática. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Temas de Psicologia. Área de Especialização: Psicologia de Catástrofe e trauma. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psychologica*, 36, 75-107.
- Ribeiro, R., Dias, C., Cruz, J. F., Corte-Real, N., & Foseca, A. (2014). Avaliações cognitivas, emoções e coping: um estudio com futebolistas protugueses. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 9(1), 191-207.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- 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), 13-39.
- Sabina, C., & Banyard, V. (2015). Moving toward well-being: The role of protective factors in violence research. *Psychology of Violence*, 5(4), 337.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503-515.

St. Pierre, R. G., & Layzer, J. I. (1998). Improving the life chances of children in poverty: Assumptions and what we have learned. *Social policy report*, 12(4), 1-28.