



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

**Patrícia Daniela Matos Moreira**

**Violência e Funcionamento Psicológico na Adolescência: O  
Papel Moderador do Suporte Social**

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Carla Margarida Antunes**  
E da Co-Orientação  
**Professora Doutora Célia Ferreira**

**Porto**

Abril 2018





UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

**Patrícia Daniela Matos Moreira**

# **Violência e Funcionamento Psicológico na Adolescência: O Papel Moderador do Suporte Social**

Tese de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto do dia  
12/04/2018, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Inês Martins Jongenelen (Prof. Associada da Universidade  
Lusófona do Porto)

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Andreia Patrícia Guimarães Machado (Prof.<sup>a</sup> Auxiliar da Universidade  
Lusófona)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Margarida Vieira Antunes (Prof. Auxiliar da  
Universidade Lusófona do Porto)

Porto

Abril 201

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

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e ao meu irmão, que ao longo da vida me deram apoio e sempre acreditaram no meu valor. No entanto, um agradecimento especial para a minha mãe que ao longo do meu percurso académico me ensinou a não desistir e ter a capacidade de enfrentar os obstáculos de “frente”. Obrigada mãe.

À Professora Doutora Carla Antunes e Professora Doutora Célia Ferreira agradeço pela orientação, pelo ensinamento e por me acompanharem nesta etapa académica.

## Resumo

A adolescência é um período do desenvolvimento humano caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais, que são influenciadas pelas experiências vivências pelos adolescentes. Experiências essas que podem ser positivas ou negativas que podem ser influenciadoras do sentimento de bem-estar do adolescente. Assumindo-se uma perspectiva multidimensional de Saúde Mental, é importante considerar não apenas dimensões negativas do funcionamento, mas também a dimensão do BE, essencial para uma análise integradora do funcionamento psicológico individual. Assim, o objetivo geral deste estudo é testar o papel moderador do Suporte Social na predição do funcionamento psicológico dos adolescentes, tendo como variável antecedente a experiência de violência

A amostra deste estudo foi constituída por 116 participantes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos ( $M = 16.19$ ;  $DP=1,69$ ) e de ambos os sexos (*Feminino* = 66.4%, *Masculino* = 33.6%). Quando os jovens experienciam níveis elevados de violência psicológica e reduzido suporte social, tendem a apresentar níveis mais reduzidos de bem-estar psicológico, nomeadamente de Aceitação de Si e Domínio do Meio. Do mesmo modo, apesar dos níveis elevados de violência psicológica experienciados pelos jovens, quando percebem níveis elevados de suporte social, estes tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

**Palavras-chave:** experiências de vitimação; funcionamento psicológico; bem-estar; suporte social.

## **Abstract**

Adolescence is a period of human development characterized by physical, psychological and social changes, which are influenced by experiences experienced by adolescents. These experiences can be positive or negative that can be influencing the teenager's sense of well-being. Assuming a multidimensional perspective of Mental Health, it is important to consider not only negative dimensions of functioning, but also the dimension of BE, essential for an integrative analysis of individual psychological functioning. Thus, the general objective of this study is to test the moderating role of Social Support in predicting the psychological functioning of adolescents, having as antecedent variable the experience of violence.

The study sample consisted of 116 participants aged between 10 and 18 years ( $M = 16.19$ ,  $SD = 1.69$ ) and of both sexes (*Female* = 66.4%, *Male* = 33.6%). When young people experience high levels of psychological violence and low social support, they tend to have lower levels of psychological well-being, namely, Self-Acceptance and Middle Rule. Likewise, despite the high levels of psychological violence experienced by young people, when they perceive high levels of social support, they tend to have higher levels of psychological well-being.

**Keywords:** victimization experiences; psychological functioning; welfare; social support.

## Índice

Resumo.....	vi
Índice Tabelas.....	ix
Índice Figuras .....	x
Índice de Gráficos.....	xi
1. Revisão da Literatura.....	12
1.1- Bem-Estar: da Perspectiva Hedónica à Perspectiva Eudaimónica.....	13
1.2- Experiência de Vitimação na adolescência.....	15
1.3- Influência do Suporte Social no Funcionamento Psicológico.....	16
1.4- Modelo Conceptual da Investigação.....	18
2. Métodos	
2.1- Participantes.....	20
2.2- Instrumentos.....	21
2.3- Procedimentos.....	23
3. Resultados	
3.1- Medidas descritíveis das variáveis em estudo.....	24
3.2- Vitimação e Sintomatologia Psicopatológica – Teste H1.....	24
3.3- Vitimação, Suporte Social e Sintomatologia Psicopatológica – Teste H2.....	25
3.4- Vitimação, Suporte Social, e Bem-Estar Psicológico: Teste moderação – Teste H4.....	31
4. Discussão/Resultados.....	35
Referências Bibliográficas.....	38

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1:** *Características Sociodemográficas dos participantes*

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

**Tabela 3:** *Vitimação e Sintomatologia psicopatológica de internalização: Análises de Correlação*

**Tabela 4:** *Vitimação e Sintomatologia psicopatológica de externalização: Análises de Correlação*

**Tabela 5:** *Vitimação, Suporte social e Sintomatologia Psicopatológica de internalização: Testes de moderação*

**Tabela 6:** *Vitimação, Suporte social e Sintomatologia Psicopatológica de externalização: Testes de moderação*

**Tabela 7:** *Vitimação e bem-estar psicológico: Análises de Correlação*

**Tabela 8:** *Vitimação, suporte social e Bem-Estar Psicológico: Testes de moderação*

## **Índice de Figuras**

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

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

## **Índice de Gráficos**

**Gráfico 1:** *Efeito Moderador do SS – Violência Física e Ansiedade*

**Gráfico 2:** *Efeito Moderador do SS – Violência Psicológico e Crimes Relacionados com Droga e Álcool*

**Gráfico 3:** *Efeito Moderador do SS – Violência Psicológico e Vandalismo*

**Gráfico 4:** *Efeito Moderador do SS – Violência Psicológico e Crimes em Contexto Escolar*

**Gráfico 5:** *Efeito Moderador do SS – Violência Física e Ansiedade*

**Gráfico 6:** *Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Domínio do Meio*

**Gráfico7:** *Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Aceitação de Si*

## **Introdução**

Na história da Psicologia, incluindo as diversas áreas e disciplinas que a constituem, é possível verificar que o seu foco é centrado na compreensão e funcionamento psicológico do ser humano (Fernandes, 2007). No entanto, a Psicologia ao longo da sua história e do seu desenvolvimento sofreu influências de acontecimentos externos incluindo ideias da ciência, da cultura ao longo dos anos, envolvimento cultural, económico, social e político existentes (Fernandes, 2007).

Inicialmente os estudos eram focados no sofrimento dos indivíduos incluindo a identificação de possíveis perturbações psicológicas e nos factores negativos de várias situações vivenciadas pelo indivíduo, ou seja, o foco era o funcionamento psicológico negativo ou mesmo patológico (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). Deste modo, os psicólogos têm menos acesso informação de como indivíduos “normais” se desenvolvem em condições menos saudáveis (Giacomoni, 2002).

Atualmente, a Psicologia tem centrado a sua investigação em conhecer os factores que contribuem para um funcionamento psicológico positivo e para a forma como os indivíduos avaliam as suas vidas, as suas experiências diárias no contexto do bem-estar e desenvolvimento/crescimento individual (Fernandes, 2007). Seligman (2002) afirma que a Psicologia deveria possibilitar muito mais do que apenas reparar o que está mal, recorrendo à identificação e fortalecimento do que está bem no indivíduo. A partir do desequilíbrio (entre estar bem ou estar algo mal no indivíduo), Seligman juntamente com Csikszentmihalyi dão origem ao movimento da Psicologia Positiva (Paludo & Kolher, 2007). Desta forma, o movimento da Psicologia Positiva teve início em 1998, quando Martin Seligman assumiu a presidência da *American Psychological Association* (APA) (Paludo & Kolher, 2007).

A Psicologia Positiva pretende oferecer uma nova abordagem constituída por métodos rigorosos da ciência para a investigação dos factores relacionados com a atribuição de significação do que existe de saudável no indivíduo (Paludo & Kolher, 2007). Assim, a Psicologia Positiva é uma proposta teórica que pretende criar métodos preventivos através do conhecimento dos factores de protecção, identificação das virtudes e dos aspectos positivos do indivíduo (Paludo & Kolher, 2007). A Psicologia Positiva a nível subjectivo procura abranger experiências vivenciadas

desejadas/estimadas: o bem-estar, contentamento e satisfação (no passado), esperança e otimismo (no futuro) e desenvolvimento e felicidade (no presente) (Giacomoni, 2002).

### **1.1- Bem-estar: Da perspectiva Hedónica à perspectiva Eudaimónica**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidades (como citado em Fernandes, 2007). Desta forma, é realizada uma abordagem mais integral da saúde mental centrada no estudo do impacto negativo das experiências adversas em relação ao bem-estar do indivíduo.

Ryff e Keyes (1995) definem saúde mental como um estado completo em que os indivíduos não têm qualquer tipo de psicopatologia e revelam níveis elevados de bem-estar emocional, psicológico e social. Kelley (2004) defendeu que no caso específico dos adolescentes, a Psicologia Positiva tem como principais objetivos promover as capacidades, talentos e auxiliar no desenvolvimento de aptidões necessárias à autonomia do adolescente, de modo a ornar-se um adulto competente, compassivo e mentalmente saudável. A Psicologia Positiva teve origem na Grécia Antiga e alguns filósofos procuraram definir elementos necessários a uma experiência positiva do indivíduo com a promoção do prazer e felicidade.

O estudo de Bem-estar, tal como se encontra operacionalizado na literatura médica e psicológica actual, tem origem em duas correntes ou perspectivas filosóficas distintas: a perspectiva Hedónica, actualmente associada ao Bem-estar Subjetivo (BES), e a perspectiva Eudaimónica, actualmente associada ao Bem-Estar Psicológico (BEP) (i.e., Ryan & Deci, 2001). Genericamente, e numa primeira distinção dos construtos, o BES caracteriza-se pela sensação de prazer ou felicidade ao passo que o BEP se focaliza e prioriza capacidades da pessoa, o uso do raciocínio e o bom senso (Ryan & Deci, 2001 como citado em Siqueira & Padovam, 2008). Deste modo, o conceito Hedónico e Eudaimónico são considerados correntes filosóficas de natureza humana, sendo a base de orientação para os modelos atuais de bem-estar (Deci & Ryan, 2008).

Hedonismo é uma corrente com a perspectiva que foca no princípio da acumulação do prazer e no evitamento da dor/sofrimento, assim o bem-estar consiste na avaliação subjetiva da felicidade no que se refere a experiências de prazer e sofrimento (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Berteli, Almeida, 2011). No entanto, o eudaimonismo é uma perspectiva mais ampla e diversificada com o foco no funcionamento psicológico

positivo com o objetivo de exprimir capacidade de auto-realização e desenvolvimento do indivíduo (Fernandes *et. al.*, 2011).

De forma mais específica, Andrews e Withey (1974, como citado em Galinha & Ribeiro, 2005) propõem três componentes para o BES (hedônico): Satisfação com a vida consiste na avaliação cognitiva positiva da vida pessoal vista como um todo; Afeto positivo tem em consideração a frequência de emoções positivas sentidas pelo indivíduo (orgulho, interesse, determinação, dinamismo, inspiração, entre outras); Afeto negativo consiste na frequência de emoções negativas (perturbação, hostilidade, culpa, vergonha, tensão, entre outras). Neste sentido, o BES corresponde a uma avaliação tendo em conta as suas próprias concepções subjectivas incluindo as suas expectativas, valores, emoções e experiências vivenciadas anteriormente (Siqueira & Padavon, 2008). Esta avaliação tem por base componentes positivos e experiências emocionais negativas e positivas, tendo em consideração a frequência com que o indivíduo vivenciou as emoções positivas (Siqueira & Padavon, 2008). No BES a felicidade será o resultado da presença frequente de afeto positivo e da relativa ausência de afeto negativo (Giacomoni, 2002). Giacomoni (2002) afirma que o BES não é considerado uma condição suficiente para interferir no BEP e pode não ser essencial para a saúde mental do indivíduo. Atualmente, os investigadores estão focados na definição dos processos relacionados com o BES, com um maior conhecimento das aspirações do indivíduo, objetivos, esforços de resiliência/ *coping* e disposições dos indivíduos, enquanto objecto de estudo (Fernandes, 2007).

Por sua vez, o BEP tem em consideração concepções teóricas relacionadas com o desenvolvimento humano e as capacidades pessoais para enfrentar o desafio (Siqueira & Padavon, 2008). O modelo mais unanimemente utilizado para a operacionalização deste construto (Ryff, 1989a, 1989b; Ryff & Keyes, 1995) contempla seis dimensões: Autonomia é o sentido de autodeterminação e capacidade de auto-regulação; Domínio do Meio é a capacidade para gerir a vida própria e exigências extrínsecas ao indivíduo; Crescimento Pessoal sentimento de desenvolvimento contínuo e abertura a novas experiências de vida necessárias à maximização do seu potencial; Relações Positivas são o estabelecimento de relações positivas e altruístas para com os outros; Objetivos de Vida definição de propósitos de vida como apoios desenvolvimentais e atribuição significativa à existência e auto-realização pessoal; e Aceitação de Si caracteriza-se pela percepção e aceitação dos múltiplos aspectos do indivíduo (quer sejam boas ou más) e a avaliação positiva do seu passado. Desta forma, o modelo permite centrar nas

dimensões psicológicas positivas e combater o carácter restritivo do modelo BES, com a finalidade de integrar o bem-estar no âmbito da saúde mental (Fernandes, 2007).

### **1.2- Experiência de vitimação na adolescência**

A violência devido às consequências que gera a curto e longo prazo tem sido considerada um problema de saúde pública, uma vez que, compromete a saúde e qualidade da vida do indivíduo (Braga, Dell’Aglío, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) definiu violência como a “utilização intencional de poder ou força física, na forma efetiva ou de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, ou contra comunidade, da qual resulte ou possa resultar, com grande probabilidade morte, dano físico e psicológico, perturbação do desenvolvimento ou privação” (World Health Organization, 2002, p.3).

A violência contra adolescentes tem em conta todas as formas de maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, descuido ou negligência, exploração comercial ou de qualquer outro tipo que origine dano ou potencial dano para o adolescente (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009). Estas situações de violência podem ocorrer em contexto familiar, na escola e na comunidade em que vivem (Assis *et. al*, 2009). A violência familiar engloba maus-tratos e abusos que ocorrem nas interrelações e que acaba por se tornar numa forma de comunicação (Assis *et. al*, 2009), ocorre em geral em casa e inclui maus-tratos às crianças, a violência entre parceiros íntimos e a idosos. A violência escolar inclui agressões presentes em contexto da escola e podem ocorrer por funcionários, professores e por colegas (Assis *et. al*, 2009). A violência na comunidade pode ocorrer em ambiente de bairros, próximo às moradias e inclui violência que possa ocorrer na escola (Assis *et. al*, 2009).

Para Eisenstein *et. al*. (2009) a adolescência é uma fase na vida do indivíduo constituída por muitos períodos de desenvolvimento e de mudanças em termos corporais, de crescimento cognitivo e emocional. Desta forma, o adolescente precisa de vivenciar condições de afeto positivo e condições sociais, que sejam favoráveis para o seu desenvolvimento pleno das suas potencialidades vitais (Lima & Dias, 2014). Estes aspetos no adolescente quando negligenciados podem comprometer a saúde, o bem-estar e/ou o desempenho social do adolescente (Lima & Dias, 2014). Assim é possível destacar que a violência apresenta um impacto na saúde mental dos adolescentes, sendo considerada como um factor de risco (Paula *et. al.*, 2008). As experiências de vitimação em adolescentes são associadas a resultados emocionais negativos, embora existam um

número reduzido de investigações que relacionem violência no namoro em adolescentes ao funcionamento psicológico (Holt & Espelage, 2005). No entanto, Carlon's (1987) realizou um estudo de revisão científica em que, os resultados sugerem que os efeitos de vitimação incluem raiva, tristeza e diminuição de auto-estima.

Sullivan et. al. (2007) verificaram que jovens expostos à violência na comunidade está relacionado com numerosos resultados negativos para os mesmos e inclui ainda um aumento da frequência de comportamentos de externalização, tais como, o uso de drogas e agressões. McDonald e Richmond (2008) observaram que existe uma forte relação entre a exposição à violência comunitária e sintomas de stress pós-traumático, ansiedade, depressão e ideação suicida nos adolescentes expostos à violência.

### **1.3- Influência do Suporte Social no funcionamento psicológico**

Atualmente, o suporte social é considerado uma variável capaz de proteger e promover a saúde do indivíduo (Siqueira, 2008). Rodriguez & Cohen (1998) salientam que o suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde física e mental, obtendo uma estreita relação com o bem-estar. Deste modo, o suporte social é um conceito multidimensional referente aos recursos materiais e psicológicos em que os indivíduos têm acesso a eles através das suas redes sociais (Siqueira, 2008).

Sherbourne (1992) afirma que o funcionamento social pode ser encarado como um ajustamento às expectativas normativas em relação ao comportamento e ao papel social, destacando-se a dimensão funcional ou qualitativa da rede social. Para a autora, o funcionamento social é diferente do suporte social, uma vez que o último está com o contexto aonde o funcionamento social ocorre e é constituído por uma ampla variedade de recursos que são fornecidos pelas outras pessoas envolvidas.

Colb (1976, como citado em Ponte & Pai-Ribeiro, 2009) postula que o suporte social corresponde à perceção individual de ser amado, apoiado, estimado e valorizado pela forma como os outros interagem consigo e pela forma como o próprio interage com os outros. Sendo de um modo geral, o apoio social um recurso identificado e usado pelo adolescente em momentos que causam grande *stress* ao adolescente (Thoits, 1995). Este apoio pode ser prestado pelas pessoas importantes para o adolescente e que estejam disponíveis (como por exemplo, os amigos e a família), e tem como função apoiar o adolescente em termos instrumentais, emocionais e informativos (Thoits, 1995).

Por sua vez, Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem entre suporte social percebido (suporte social que o indivíduo entende como disponível no caso de precisar dele), e suporte social recebido (quando o suporte social é recebido por alguém).

O suporte social pode ser informal e inclui indivíduos (familiares, amigos, etc.), ou pode ser formal e inclui grupos sociais (clubes, igrejas, etc.) (Singer & Lord, 1984 como citado em Pais-Ribeiro, 1999).

Para além disso, Dunst e Trivett (1990 como citado em Pais-Ribeiro, 1999) definiram ainda as seguintes dimensões de suporte social: tamanho da rede social; existência de relações sociais; frequência de contactos; necessidade de suporte; tipo e quantidade de suporte; congruência; utilização; dependência; reciprocidade; proximidade; e, satisfação. Berkman e Syme (1979) elaboraram um estudo com uma amostra de 4700 indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos de idade. O foco do estudo consistiu em medir o apoio social da amostra ao longo de nove anos consecutivos. Os autores concluíram que um maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade.

Vaux (1988) estudou o suporte social relacionado com o desajustamento ou com factores stressantes durante a adolescência. Para explicar o apoio social Vaux (1988) desenvolveu o modelo transaccional-ecológico, e consiste no indivíduo identificar o suporte social não como uma propriedade sua, mas sim, como um processo transitório entre o indivíduo e as suas redes de apoio. Além dos factores pessoais e do processo de apoio, o modelo sofre, também, influência dos factores sociais ou contextuais do indivíduo está sobre stress mobiliza o seu processo de apoio social que, e se for eficiente, irá ajudar a estabelecer o equilíbrio do indivíduo perturbado pela situação de stress. A percepção e a eficiência do apoio social irão influenciar os factores pessoais e os factores contextuais.

Para os adolescentes portugueses a primeira fonte de apoio social é a família, seguido pelo apoio prestado pelos pares (Antunes & Fontaine, 1995). Em relação às diferenças em função do ano de escolaridade foi determinado por um aumento da percepção de apoio social dos amigos a partir do 8º ano e o apoio da família diminui (Antunes & Fontaine, 1995). Herman-Stahl & Petersen (1996) salientam que as relações positivas e favoráveis entre adolescentes e os pais, e entre adolescentes e amigos é verificado taxas mais altas em adolescentes com menor sintomatologia psicopatológica. Nos casos que o suporte social é identificado como um potencial factor

proteção para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva entre os adolescentes (McFarlane, Belissimo & Norman, 1995).

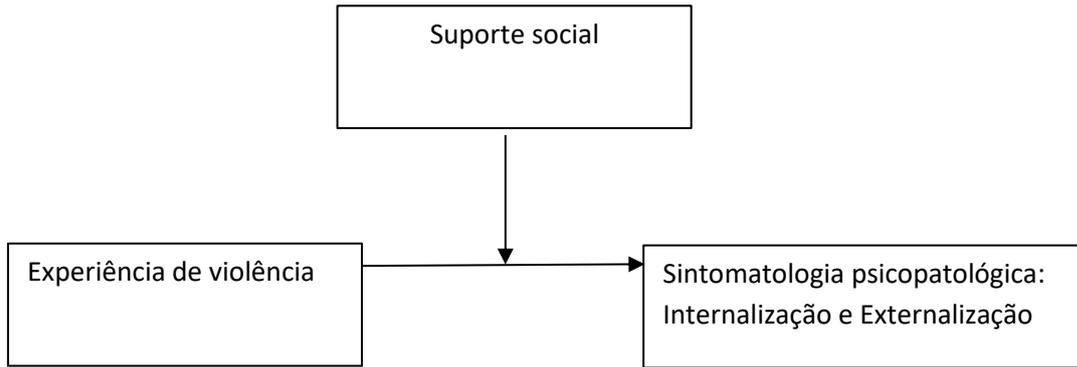
O suporte social tem a função de amenizar o impacto dos acontecimentos que causam *stress* no adolescente, uma vez, que é importante o adolescente se sentir confiante para obter o seu nível de bem-estar psicológico (Saforcada, 2001). Baptista, Baptista e Dias (2001) refere que os relacionamentos sociais quando construtivos podem proporcionar sentimentos de bem-estar no adolescente.

#### **1.4- Modelo Conceptual da Investigação**

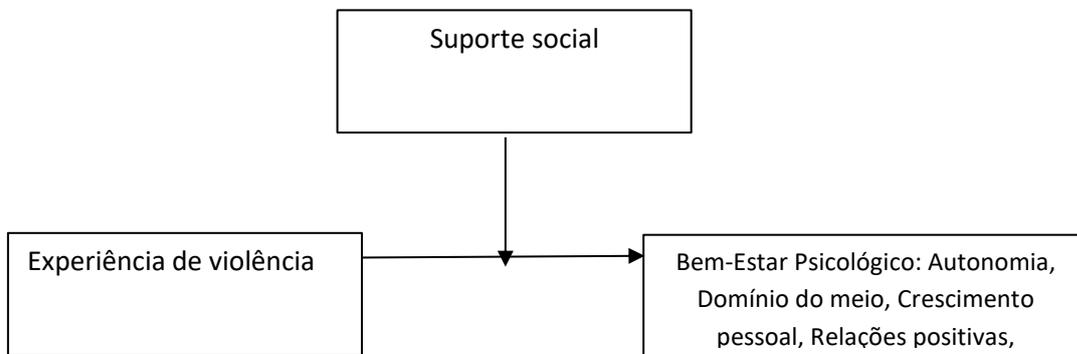
Este estudo procura ultrapassar uma das principais lacunas identificadas na literatura sobre experiências de vitimação e que se prende com o foco tradicional no impacto e sintomas psicopatológicos decorrentes de vivências desta natureza. Assumindo-se uma perspectiva multidimensional de Saúde Mental, o trabalho a realizar irá considerar não apenas dimensões negativas do funcionamento, mas também a dimensão do BE, essencial para uma análise integradora do funcionamento psicológico individual.

Assim, o objetivo geral deste estudo é testar o papel moderador do Suporte Social na predição do funcionamento psicológico dos adolescentes, tendo como variável antecedente a experiência de violência em relações de intimidade/namoro e/ou de amizade durante o último ano. De referir que o funcionamento psicológico é aqui conceptualizado em termos de (i) sintomatologia psicopatológica (externalização e internalização) e (ii) bem-estar psicológico (Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si).

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

De acordo com a revisão da literatura, as hipóteses deste estudo são:

H1: A experiência de violência está positivamente correlacionada com a sintomatologia psicopatológica, quer em termos de internalização, quer de externalização.

H2: O suporte social modera a relação entre a experiência de violência e a sintomatologia psicopatológica (Internalização e Externalização), esperando-se que o efeito deste tipo de violência em cada um destes tipos de sintomatologia seja menor em condições de elevado suporte social.

H3: A experiência de violência está negativamente correlacionada com cada uma das sub-dimensões do bem-estar psicológico: Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objetivos de Vida e Aceitação de Si.

H4: O Suporte Social modera a relação entre a experiência de violência e cada uma das supramencionadas sub-dimensões de bem-estar psicológico, esperando-se que o efeito deste tipo de violência no bem-estar psicológico seja menor em condições de elevado suporte social.

## 2- Método

### 2.1- Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 116 participantes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos ( $M = 16.19$ ;  $DP=1,69$ ) e de ambos os sexos (*Feminino* = 66.4%, *Masculino* = 33.6%). Na sua maioria, os participantes eram de nacionalidade portuguesa (99.2%), residentes no distrito do Porto (93.1%), frequentavam o 10º ano de escolaridade (71.4%), apresentavam alguma retenção no seu percurso escolar (53.8%) e, à data da recolha de dados, não estavam envolvidos em qualquer relação de intimidade (60.2%). Na Tabela 1 apresenta-se uma descrição mais detalhada da caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1  
*Características Sociodemográficas dos participantes*

	<i>M (DP; Min., Max.) / % (n)</i>
Sexo	
Feminino	66.4 (77)
Masculino	33.6 (39)
Idade	16.19 (1.69; 10; 18)
Nacionalidade	
Portuguesa	99.2 (118)
Outra	.8 (1)
Distrito	
Aveiro	0.9 (1)
Braga	6,0 (7)
Porto	93,1 (108)
Ano escolaridade	
5º ano	3.6 (4)
6º ano	2.7 (3)
7º ano	.9 (1)
8º ano	.9 (1)
9º ano	5.4 (6)
10º ano	71.4 (80)
11º ano	15.2 (17)
Retenções	
Sem Retenções	46.2 (54)
Com Retenções	53.8 (63)
Envolvimento relacional/amoroso actual	
Sem Relação de Intimidade	60.2 (71)
Com Relação de Intimidade	39.8 (47)

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

## 2.2- Instrumentos

O protocolo de instrumentos implementado foi constituído por um questionário sociodemográfico, uma escala de bem-estar psicológico para adolescentes, escala multidimensional de suporte social percebido, uma escala que avalia empiricamente a ansiedade, depressão e *stress*, uma escala de delinquência auto-relato adaptada para adolescentes e um questionário para a avaliação das diferentes experiências de vitimação.

**Questionário sociodemográfico.** Desenvolvido especificamente para este estudo, com a finalidade de recolher dados sociodemográficos e socioculturais da amostra. É constituído pelas seguintes questões: sexo, idade, distrito de residência, ano de escolaridade, número de reprovações, relacionamento amoroso.

**Escala de Bem-Estar Psicológico para adolescentes** (*Psychological Well-Being Scales*- EBEP, Ryff,1989, versão adaptada por Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira, 2008). EBEP é um instrumento de auto-relato, utilizada para avaliar as dimensões de bem-estar psicológico. É constituído por 30 itens, cinco itens para cada uma das seis dimensões do bem-estar psicológico: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas, objetivos na vida e aceitação de si. Cada item apresenta uma afirmação e o participante deve-se posicionar usando uma escala de *Likert* de cinco pontos, desde *Discordo Plenamente (1)* a *Concordo Plenamente (5)*. A soma total da escala corresponde ao bem-estar psicológico global. Quer no *score* total, quer no *score* das sub-dimensões, resultados superiores correspondem a níveis superiores de bem-estar.

**Multidimensional de Suporte Social Percebido** (MPSSP; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988, versão adaptada para a população portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira, 2011). Este instrumento de autorrelato permite avaliar o suporte social percebido pelo sujeito e fá-lo considerando três fontes (subescalas): família, amigos e outros significativos. É composto por um total de 12 itens (quatro itens por cada subescala), respondidos numa escala de resposta de tipo *Likert* de seis pontos, desde *Discordo fortemente (1)* a *Concordo fortemente (6)*. Em cada uma das subescalas e no resultado global, valores mais elevados correspondem a

níveis superiores de suporte social percebido. O instrumento tem revelado bons índices de consistência interna.

**Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress** (*Depression Anxiety Stress Scales – EASD*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Medida de autorrelato composta por 21 itens, organizados em três subescalas: Depressão (7 itens), Ansiedade (7 itens) e Stress (7 itens). Neste estudo foram apenas aplicados 14 itens relativos à sintomatologia Depressão e Ansiedade. 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.

**Escala de Delinquência Auto-Relatada Adaptada para adolescentes** (*Adapted Self-Report Delinquency Scale – ASRDS*; Carroll, Durkin, Houghton, & Hattie, 1996; versão adaptada para a população portuguesa por Pechorro, Vieira, Marôco, Barroso & Gonçalves, 2015). Este instrumento, constituído por um total de 38 itens, avalia o comportamento e envolvimento dos adolescentes em atividades ilegais e antissociais. Neste estudo foram aplicados apenas 15 itens, relativos aos comportamentos de Crimes relacionados com Drogas e Álcool (6 itens), Vandalismo (6 itens) e Crimes em Contexto Escolar (3 itens). Todos os itens são respondidos numa escala de resposta de tipo *Likert* de 3 pontos (de *Nunca* = 0 a *Frequentemente* = 2), sendo que pontuações mais altas indicam maior envolvimento em atividade criminal.

**Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta (QEVIA**; Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009, adaptado por **Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016)**. É um inventário comportamental, designado para avaliar a experiência de diferentes tipos de violência no âmbito de relacionamentos interpessoais, nomeadamente Discriminação (6 itens), Violência Psicológica (9 itens), Violência Física (5 itens) e Violência Sexual (5 itens). Neste estudo, foram apenas utilizadas as sub-escalas relativas à violência psicológica, física e sexual e os participantes instruídos a responder especificamente com base nas suas experiências no âmbito de relações de intimidade e/ou de amizade. Para além disso, a linguagem usada em alguns itens foi

ajustada e adaptada pelos membros da equipa de investigação à faixa etária dos participantes deste estudo, garantindo-se sempre a preservação do conteúdo dos mesmos (ex., Formulação original: "Tiveram ou tentaram ter consigo algum ato sexual usando a força ou a ameaça de o/a magoar a si ou alguém próximo?"; Adaptação linguística: "Tiveram ou tentaram ter contigo algum ato sexual usando a força ou a ameaça de te magoar ou magoar alguém próximo?"). Cada item é respondido numa escala tipo Likert de cinco pontos, desde *Nunca (0) a Frequentemente/Repetidamente - + de 10 vezes*. Scores mais elevados correspondem a níveis superiores de vitimação.

### **2.3- Procedimentos**

Inicialmente foi realizado um pedido para a utilização dos instrumentos de recolha de dados junto dos respetivos autores. Após a confirmação do pedido, foi necessário entrar em contacto com escolas profissionais e privadas, com o objetivo de poder ser aplicado aos estudantes o protocolo de instrumentos para a recolha de dados. Foram conseguidas as autorizações necessárias e num primeiro contacto com os estudantes foi realizada uma Ação de Sensibilização com o objetivo de explicar aos estudantes o porquê da aplicação do protocolo, qual a sua finalidade e a sua importância, e ainda, realizar a entrega do consentimento informado para os estudantes e respetivos encarregados de educação, uma vez que, os estudantes em causa eram menores de idade. Independentemente da autorização conseguida pelo encarregado de educação do estudante a participação dos estudantes foi realizada de forma voluntária, anónima e confidencial. No entanto, aquando do preenchimento do protocolo os participantes podiam desistir a qualquer momento.

A recolha de dados foi realizada de forma presencial, através de respostas em papel, durante o tempo de aulas dos participantes. Desta forma, a recolha de dados foi em sala de aula, divididos por turmas. O protocolo tinha uma ordem fixa e previamente estabelecida (questionário sociodemográfico, EBEP, MSPSS, EADS, ASRDS e QEVIA).

Os dados obtidos foram introduzidos numa base informatizada e analisados quantitativamente com recurso ao *software* informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

### 3 - Resultados

#### 3.1- Medidas descritivas das variáveis de estudo

Começa-se por apresentar na Tabela 2 as medidas descritivas (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo) das variáveis em estudo: QEVIA (Subescalas Violência Psicológica, Violência Física e Violência Sexual), MSPSS (Total), EADS (Subescalas Ansiedade e Depressão), ASRDS (Subescalas Crimes relacionados com Drogas e Álcool, Vandalismo e Crimes em Contexto Escolar), EBEP (Subescalas Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si).

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	Violência Psicológica (VP)	2.75	4.01	0	21
	Violência Física (VF)	.76	2.25	0	15
	Violência Sexual (VS)	.41	1.94	0	20
MSPSS		68.58	12.35	26	84
EADS	Ansiedade (Ans)	4.43	4.50	0	20
	Depressão (Dep)	5.40	5.17	0	21
ASRDS	Crimes relacionados com Drogas e Álcool (CDA)	1.59	2.20	0	12
	Vandalismo (V)	.71	1.74	0	12
	Crimes em Contexto Escolar (CCE)	.59	1.15	0	6
EBEP	Autonomia (A)	19.25	3.11	10	25
	Domínio do meio (DM)	17.70	2.70	9	24
	Crescimento pessoal (CP)	21.73	2.34	13	25
	Relações positivas (RP)	18.84	3.35	10	25
	Objetivos na vida (OV)	18.18	3.46	7	25
	Aceitação de Si (AS)	18.62	3.87	7	25

#### 3.2- Vitimação e sintomatologia psicopatológica – Teste de Hipótese 1

Na tabela 3 apresentamos os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação (Violência Psicológica, Violência Física, Violência Sexual) e as subescalas de Depressão e Ansiedade. Tal como se ilustra, foram encontradas correlações positivamente significativas entre todas as diferentes experiências de vitimação e todas as subescalas 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 de internalização: Análises de Correlação*

	1	2	3	4	5
1. QEVIA_VP	-				
2. QEVIA_VF	.520***	-			
3. QEVIA_VS	.041	.167	-		
4. EADS_Ans	.509***	.430***	.237*	-	
5. EADS_Dep	.491***	.368***	.213*	.732***	-

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

Na tabela 4 apresentamos os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação (Violência Psicológica, Violência Física, Violência Sexual) e as subescalas de Crimes relacionados com Droga e Álcool, Vandalismo e Crimes em Contexto Escolar. Na maioria das situações, e tal como se representa, níveis superiores de experiências de vitimação associam-se a níveis superiores de sintomatologia externalizadora, consubstanciando-se em correlações positivamente significativas (exceto nas relações entre a Violência Psicológica e os Crimes relacionados com Droga e Álcool e entre a Violência Psicológica e os Crimes em Contexto Escolar – correlações sem significância estatística).

Tabela 4  
*Vitimação e Sintomatologia psicopatológica de externalização: Análises de Correlação*

	1	2	3	4	5	6
1. QEVIA_VP	-					
2. QEVIA_VF	.520***	-				
3. QEVIA_VS	.041	.167	-			
4. ASRDS_CDA	.039	.203*	.460***	-		
5. ASRDS_V	.211*	.303**	.647***	.632***	-	
6. ASRDS_CCE	.160	.242**	.455***	.451***	.655***	-

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

### 3.3- Vitimação, suporte social e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 2

De modo, a procedermos à análise do potencial efeito moderador do suporte social na relação entre a vitimação e a sintomatologia psicopatológica, efetuámos diferentes análises de regressão linear múltipla, apresentados na Tabela 5 (Sintomatologia de

Internalização; VD<sub>1</sub>: Ansiedade, VD<sub>2</sub>: Depressão) e na Tabela 6 (Sintomatologia de Externalização; VD<sub>1</sub>: Crimes relacionados com Droga e Álcool, VD<sub>2</sub>: Vandalismo, VD<sub>3</sub>: Crimes em Contexto Escolar). Para tal, procedemos à centralização dos valores das variáveis independentes/preditoras (Violência Psicológica, Violência Física, Violência Sexual) e da variável moderadora (SS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. O termo de interação representa o produto entre cada um dos tipos de violência e o Suporte Social (SS).

Tal como se ilustra na Tabela 5, o suporte social modera a relação entre a Violência Física e a Ansiedade ( $\beta = .794$ ,  $p = .006$ ); nos restantes casos, a relação entre as experiências de vitimação e a sintomatologia de internalização não é moderada pelo suporte social.

Por sua vez, e tal como detalhado na Tabela 6 (relativa à sintomatologia de externalização), os resultados documentam que o suporte social modera a relação entre a Violência Psicológica e (i) os Crimes relacionados com Droga e Álcool ( $\beta = .420$ ,  $p = .013$ ), (ii) Vandalismo ( $\beta = .300$ ,  $p = .027$ ) e (iii) Crimes cometidos em Contexto Escolar ( $\beta = .207$ ,  $p = .022$ ); nos restantes casos, a relação entre as diferentes experiências de vitimação e a sintomatologia de externalização não é moderada pelo suporte social.

Tabela 5

*Vitimação, Suporte social e Sintomatologia Psicopatológica de internalização: Testes de moderação*

	R <sup>2</sup>	F (df <sub>1</sub> , df <sub>2</sub> )	p	β	p	
EADS_Ans	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 103)		2.107	.000
	MSPSS	.299	14.662	.000	-1.110	.007
	QEVIA_VP*MSPSS				.284	.353
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 108)		2.284	.000
	MSPSS	.289	14.602	.000	-1.332	.001
	QEVIA_VF*MSPSS				.794	.006
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 108)		.968	.375	
MSPSS	.151	6.389	.001	-1.408	.001	
QEVIA_VS*MSPSS				.124	.775	
EADS_Dep	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 105)		1.715	.000
	MSPSS	.361	19.789	.000	-1.920	.000
	QEVIA_VP*MSPSS				-.200	.549
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 108)		1.662	.002
	MSPSS	.314	16.449	.000	-2.307	.000
	QEVIA_VF*MSPSS				.555	.082
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 108)		1.277	.246	
MSPSS	.259	12.589	.000	-2.374	.000	
QEVIA_VS*MSPSS				.366	.408	

Nota. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Tabela 6

*Vitimação, Suporte social e Sintomatologia Psicopatológica de externalização: Testes de moderação*

		R <sup>2</sup>	F (df <sub>1</sub> , df <sub>2</sub> )	p	β	P
ASRDS_CDA	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 104)		.155	.512
	MSPSS	.112	4.374	.006	-.687	.003
	QEVIA_VP*MSPSS				.420	.013
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 108)		.437	.099
	MSPSS	.075	2.933	.037	-.442	.052
	QEVIA_VF*MSPSS				.115	.476
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 108)		.640	.196	
MSPSS	.225	10.428	.000	-.249	.216	
QEVIA_VS*MSPSS				-.127	.521	
ASRDS_V	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 107)		.469	.015
	MSPSS	.119	4.818	.003	-.400	.027
	QEVIA_VP*MSPSS				.300	.027
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 112)		.446	.030
	MSPSS	.110	4.617	.004	-.252	.147
	QEVIA_VF*MSPSS				-.004	.975
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 112)		1.109	.001	
MSPSS	.422	27.237	.000	-.101	.452	
QEVIA_VS*MSPSS				.001	.992	
ASRDS_CCE	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 107)		.266	.038
	MSPSS	.090	3.536	.017	-.210	.078
	QEVIA_VP*MSPSS				.207	.022
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 112)		.302	.029
	MSPSS	.071	2.864	.040	-.134	.249
	QEVIA_VF*MSPSS				.065	.440
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 112)		.513	.050	
MSPSS	.208	9.816	.000	-.055	.591	
QEVIA_VS*MSPSS				.002	.983	

Nota. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Posteriormente, recorreremos ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados encontrados relativamente aos efeitos de moderação estatisticamente significativos descritos anteriormente (Gráficos 1, 2 e 3).

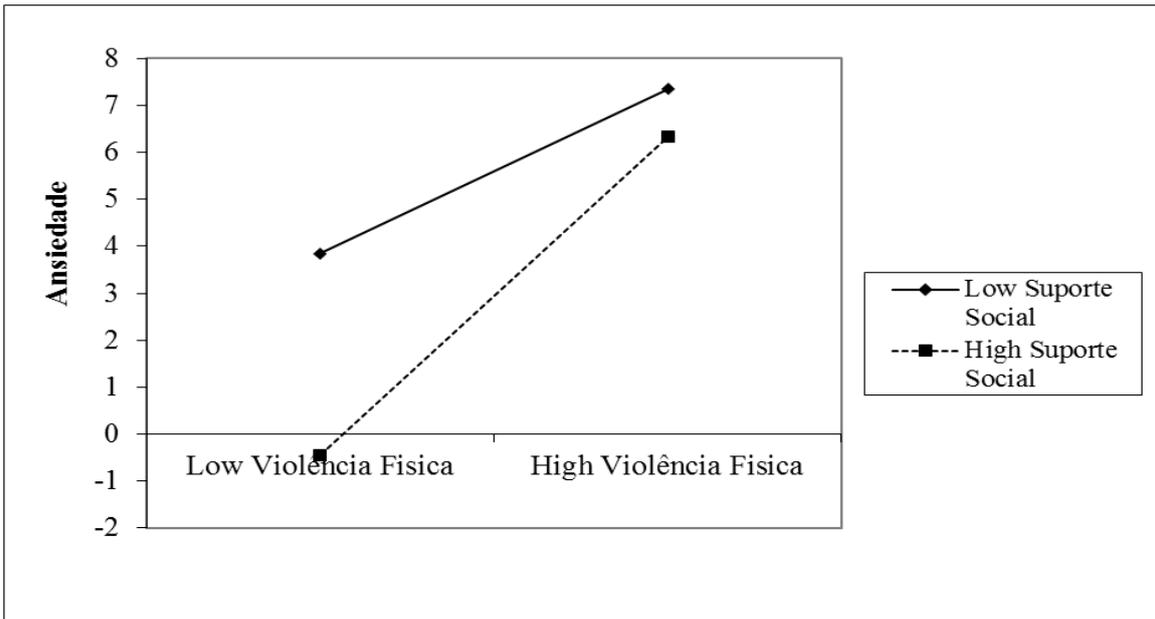


Gráfico 1.  
Efeito Moderador do SS – Violência Física e Ansiedade

Participantes com níveis superiores de vitimação física reportam níveis superiores de Ansiedade quando percecionam níveis inferiores de suporte social.

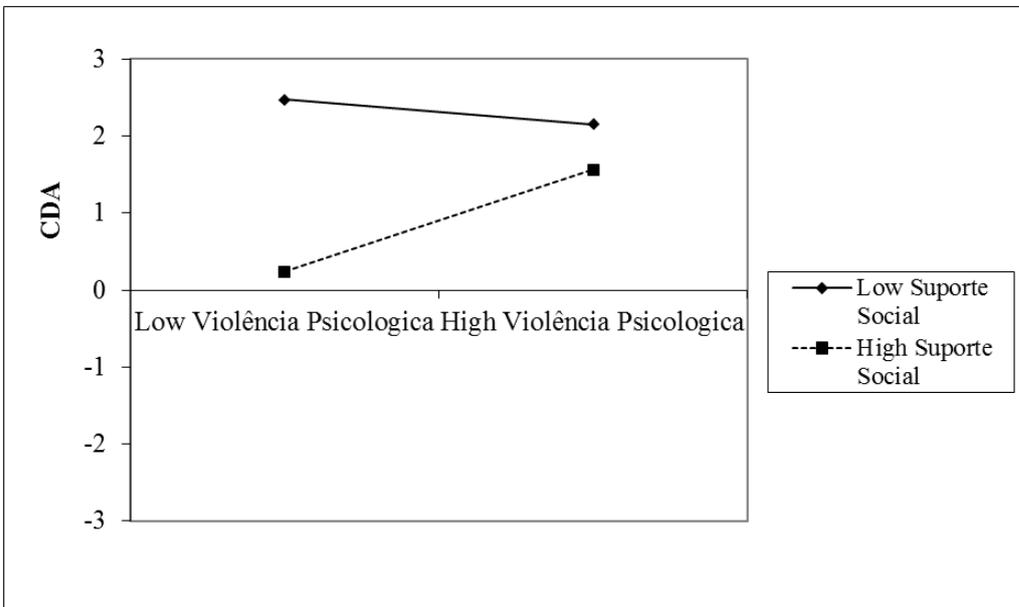


Gráfico 2.  
Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Crimes Relacionados com Droga e Álcool

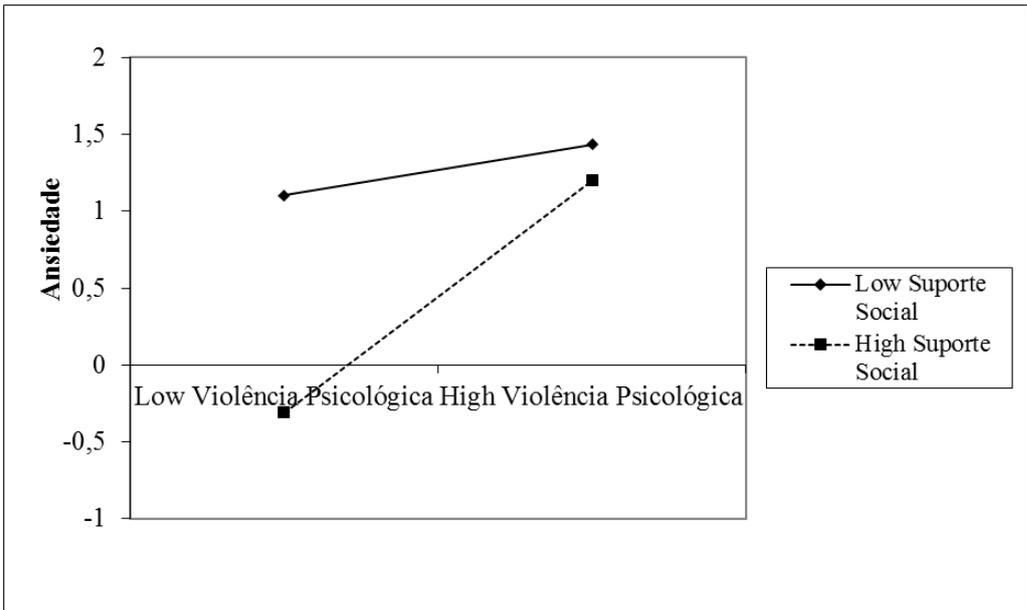


Gráfico 3.  
Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Vandalismo

Quando os jovens experienciam níveis reduzidos de violência psicológica e apresentam níveis reduzidos de suporte social, estes tendem a apresentar mais comportamentos criminais relacionados com álcool ou drogas e vandalismo (Gráfico 2 e 3).

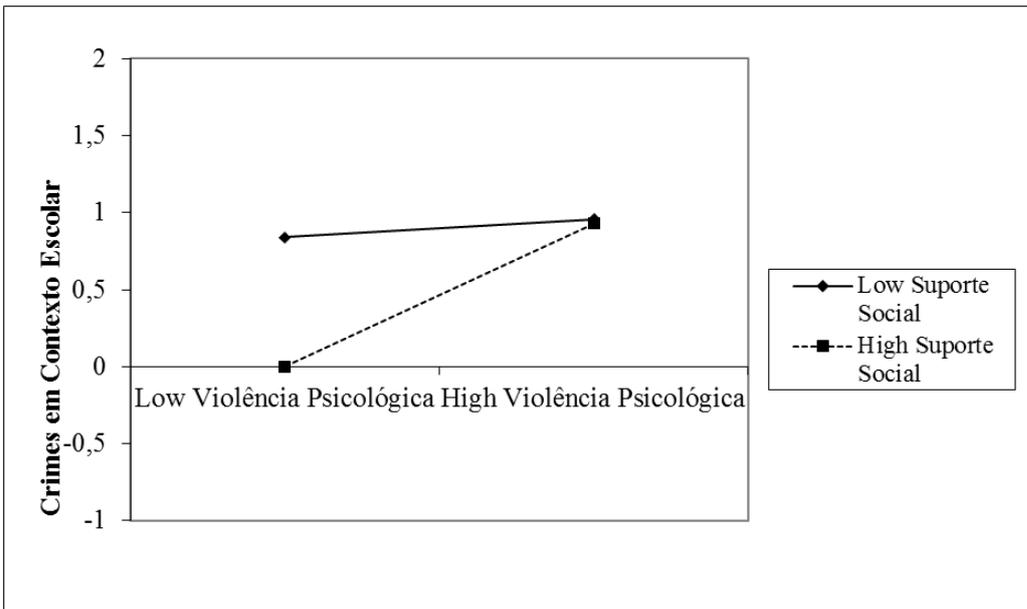


Gráfico 4.  
Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Crimes em Contexto Escolar

Se num contexto de elevada violência psicológica, o comportamento criminal em contexto escolar parece não se diferenciar em função do suporte social, quando os jovens experienciam níveis reduzidos de violência psicológica e apresentam níveis reduzidos de suporte social, estes tendem a apresentar mais comportamentos criminais em contexto escolar (Gráfico 4).

### 3.4- Vitimação e Bem-Estar Psicológico – Teste Hipótese 3

Tal como se ilustra na Tabela 7, existe uma correlação significativamente negativa entre a violência psicológica e (i) BE Domínio do meio e (ii) BE aceitação de si, sendo que a experiência superior deste tipo de violência associa-se a níveis inferiores de BE. Por sua vez, as associações entre os outros tipos de vitimação e outras subdimensões de BEP não se revelam estaticamente significativos.

Tabela 7  
Vitimação e bem-estar psicológico: Análises de Correlação

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. QEVIA_VP	-								
2. QEVIA_VF	.520***	-							
3. QEVIA_VS	.041	.167	-						
4. EBEP_A	.046	-.105	.055	-					
5. EBEP_DM	-.339***	-.172	.013	.254**	-				
6. EBEP_CP	.143	-.023	.006	.249**	.202*	-			
7. EBEP_RP	.001	.059	.087	-.069	.416***	.174	-		
8. EBEP_OV	-.132	-.082	-.003	.080	.623***	.254**	.347***	-	
9. EBEP_AS	-.261**	-.155	.079	.188*	.677***	.217*	.410***	.620***	-

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

### 3.5- Vitimação, Suporte Social e Bem-Estar Psicológico: Teste de moderação - Hipótese 4

Por forma a analisarmos o potencial efeito moderador do SS na relação entre a vitimação e o BEP efetuámos também um conjunto de análises de regressão linear múltipla, considerando agora como VD's cada uma das dimensões do BEP (Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objetivos na Vida e Aceitação de Si). Mais uma vez, utilizámos para o efeito os valores centrados das variáveis independentes/preditoras (Violência Psicológica, Violência Física, Violência

Sexual) e da variável moderadora (SS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial.

Os resultados obtidos e apresentados na tabela 8 indicam um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do SS entre a (i) VF e a Autonomia, assim como entre a (ii) VP e o domínio do meio e a (iii) VP e a Aceitação de Si. Nos restantes casos, o SS não se revela um moderador com significância estatística.

Tabela 8  
*Vitimação, suporte social e Bem-Estar Psicológico: Testes de moderação*

		R <sup>2</sup>	F (df <sub>1</sub> , df <sub>2</sub> )	p	β	p
EBEP_A	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 100)		.348	.321
	MSPSS	.044	1.542	.208	.207	.532
	QEVIA_VP*MSPSS				.441	.075
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 105)		.263	.471
	MSPSS	.072	2.716	.048	-.036	.911
	QEVIA_VF*MSPSS				.571	.012
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 105)		.165	.830	
MSPSS	.014	.487	.692	.322	.301	
QEVIA_VS*MSPSS				-.039	.899	
EBEP_DM	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 102)		-.271	.282
	MSPSS	.320	16.015	.000	.985	.000
	QEVIA_VP*MSPSS				.439	.014
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 107)		.053	.851
	MSPSS	.245	11.596	.000	1.242	.000
	QEVIA_VF*MSPSS				.104	.547
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 107)		-.124	.827	
MSPSS	.271	13.266	.000	1.386	.000	
QEVIA_VS*MSPSS				-.225	.323	
EBEP_CP	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 103)		.312	.223
	MSPSS	.026	.902	.443	.292	.222
	QEVIA_VP*MSPSS				-.066	.713
	<b>Violência Física</b>					
	QEVIA_VF		(3, 109)		.123	.664
	MSPSS	.017	.632	.596	.248	.303
	QEVIA_VF*MSPSS				.104	.551
	<b>Violência Sexual</b>					
QEVIA_VS		(3, 109)		-.430	.457	
MSPSS	.024	.893	.447	.285	.215	
QEVIA_VS*MSPSS				-.228	.327	
EBEP_RP	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 102)		.381	.239
	MSPSS	.274	12.854	.000	1.836	.000
	QEVIA_VP*MSPSS				-.098	.667
	<b>Violência Física</b>					
QEVIA_VF		(3, 108)		.405	.234	

	MSPSS	.293	14.895	.000	1.923	.000
	QEVIA_VF*MSPSS				-.326	.120
	<b>Violência Sexual</b>					
	QEVIA_VS		(3, 108)		.306	.660
	MSPSS		14.710	.000	1.817	.000
	QEVIA_VS*MSPSS	.290			-.203	.468
	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 101)		.026	.944
	MSPSS	.132	5.130	.002	.964	.008
	QEVIA_VP*MSPSS				.372	.156
	<b>Violência Física</b>					
EBEP_OV	QEVIA_VF		(3, 108)		-.106	.791
	MSPSS	.111	4.517	.005	1.216	.001
	QEVIA_VF*MSPSS				-.194	.431
	<b>Violência Sexual</b>					
	QEVIA_VS		(3, 108)		.380	.643
	MSPSS	.114	4.614	.004	1.215	.000
	QEVIA_VS*MSPSS				.032	.923
	<b>Violência Psicológica</b>					
	QEVIA_VP		(3, 99)		-.410	.308
	MSPSS	.210	8.769	.000	1.041	.006
	QEVIA_VP*MSPSS				.718	.015
	<b>Violência Física</b>					
EBEP_AS	QEVIA_VF		(3, 105)		-.380	.411
	MSPSS	.125	5.021	.003	1.303	.001
	QEVIA_VF*MSPSS				-.049	.879
	<b>Violência Sexual</b>					
	QEVIA_VS		(3, 105)		.660	.458
	MSPSS	.152	6.266	.001	1.564	.000
	QEVIA_VS*MSPSS				-.012	.972

Nota. As análises foram efetuadas com as VI's centradas (QEVIA e SS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Os valores  $\beta$  representam coeficientes não padronizados.

Mais uma vez, recorreremos ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados estatisticamente significativos encontrados (cf. Gráfico 5, 6, 7).

Tal como ilustrado, quanto mais experiências de violência física os jovens reportam, níveis mais elevados de ansiedade tendem a ser experienciados; no entanto, quando níveis reduzidos de violência física são reportados, são os jovens que apresentam níveis elevados de suporte social que revelam níveis mais reduzidos de ansiedade (Gráfico 5).

Quando os jovens experienciam níveis elevados de violência psicológica e reduzido suporte social, tendem a apresentar níveis mais reduzidos de bem-estar psicológico, nomeadamente de Aceitação de Si e Domínio do Meio. Do mesmo modo, apesar dos níveis elevados de violência psicológica experienciados pelos jovens, quando percecionam níveis elevados de suporte social, estes tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar psicológico (AS e DM) (Gráficos 6 e 7).

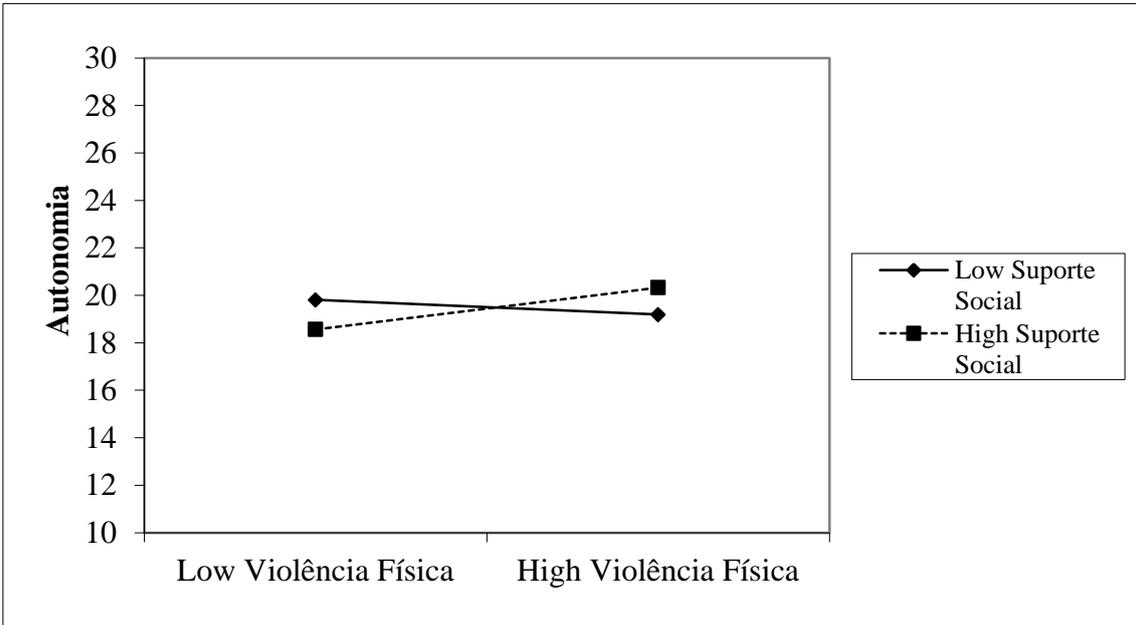


Gráfico 5. Efeito Moderador do SS – Violência Física e Autonomia

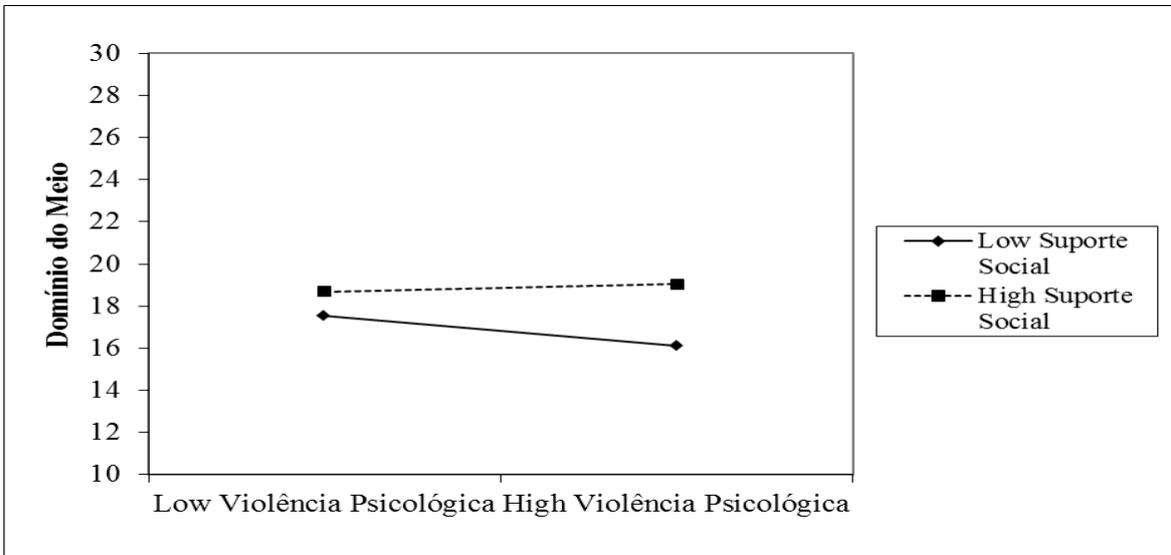


Gráfico 6. Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Domínio do Meio.

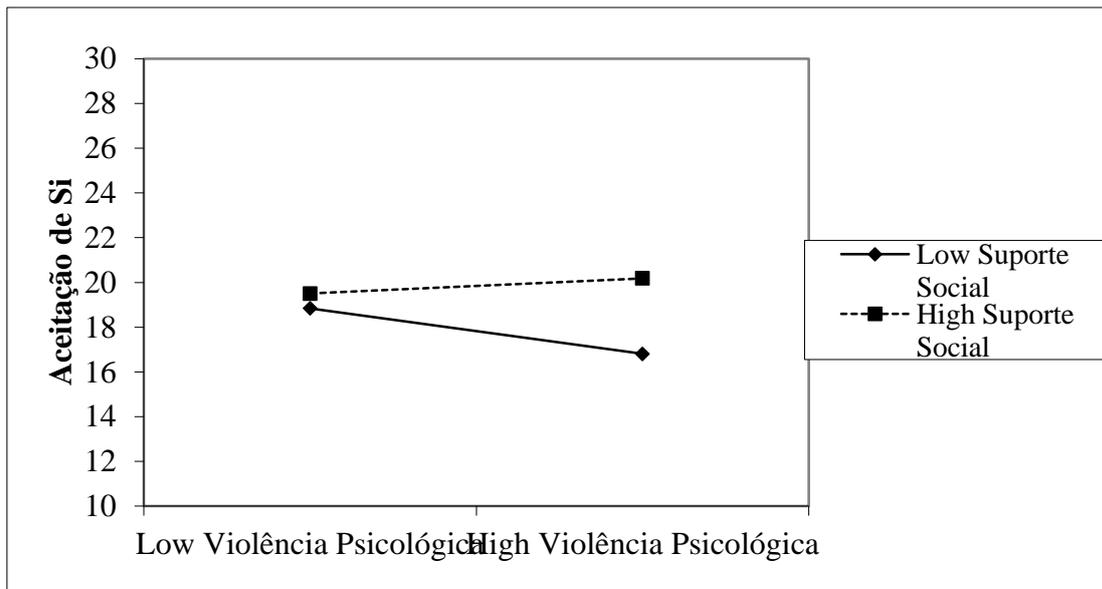


Gráfico 7. Efeito Moderador do SS – Violência Psicológica e Aceitação de Si

#### 4- Discussão/Conclusão

Com este estudo pretendeu-se, por um lado, aferir a relação entre experiências de vitimação na adolescência e funcionamento psicológico (incluindo sintomatologia psicopatológica de internalização / externalização e bem-estar psicológico) e, por outro lado, analisar o potencial papel moderador do suporte social em tal relação. Este trabalho considera uma faixa desenvolvimental menos estudada (por comparação ao “foco” mais típico nos adultos e, especificamente, nas mulheres) e isso, *per si*, constitui um dos primeiros aspetos de inovação.

Para além disso, importa sublinhar e destacar que o modelo teórico-conceitual adotado na presente investigação assume uma conceptualização multidimensional de violência e de saúde mental, assente nas evidências prévias sobre a frequente coocorrência de experiências de vitimação psicológica, física e sexual nesta faixa etária (e.g., Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers & O’Brien, 2007) e na importância de uma abordagem mais holística e integrativa ao funcionamento psicológico individual – considerando-se, não apenas, dimensões de psicopatologia, mas também de funcionamento positivo, nomeadamente bem-estar. Especificamente, não só a saúde mental não se refere à mera ausência de problemas psicológicos (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt & Smith, 2002; Keyes, 2005) como também a literatura sugere um conjunto de razões para que se invista em estudos sobre bem-estar.

Os resultados relativos aos testes de associação (hipóteses 1 e 3) atestam a relação entre vitimação e declínio no funcionamento psicológico, na medida em que a maior frequência das experiências de violência se mostrou associada a níveis superiores de sintomas de internalização, a níveis superiores de sintomas de externalização e a níveis inferiores de bem-estar. De facto, a literatura sobre experiências de vitimação na adolescência tem revelado de forma consistente o seu impacto negativo ao nível da saúde mental dos jovens, nomeadamente ao nível da psicopatologia (Finkelhor, Turner, Hamby & Ormrod, 2011). De forma mais circunstanciada, importará considerar a associação entre a violência psicológica e as sub-dimensões de bem-estar relativas ao Domínio do Meio e à Aceitação de Si. Sem pretensões de causalidade, tais resultados sugerem o potencial nocivo das referidas estratégias maltratantes (não raras vezes, tidas como “menores” ou menos graves) e, simultaneamente, situam tais potenciais consequências ao nível da relação que o adolescente estabelece com os outros e o mundo (sub-dimensão Domínio do meio) e consigo próprio (sub-dimensão Aceitação de si), podendo estar na base da sintomatologia de internalização e externalização. Estudos futuros devem explorar de forma mais detalhada e aprofundada esta dimensão.

Por sua vez, os resultados relativos aos testes de moderação (hipóteses 2 e 4) atestam, globalmente, o efeito amortecedor do suporte social nas situações de vitimação, uma vez que, face a experiência de violência mais frequentes (física e/ou psicológica), os adolescentes tendem a reportar condições de funcionamento psicológico mais favoráveis (menor ansiedade, menos crimes relacionados com droga e álcool, menos crimes em contexto escolar, maior domínio do meio e maior aceitação de si) em condições de maior suporte social. Tais resultados são concordantes com a literatura da especialidade e corroboram a importância do suporte social nesta fase desenvolvimental, nomeadamente aquele proveniente dos Amigos, Família e Outros significativos, isto é, de natureza essencialmente mais informal. Por outro lado, os resultados não documentam a importância deste tipo de apoio face a experiências de vitimação sexual e tal pode, do nosso ponto de vista, sublinhar a necessidade e importância de suporte mais estruturado e formal nestes casos. De resto, esta necessidade e urgência tem vindo a ser apontada em vários estudos com vítimas de violência sexual em diferentes idades, pela natureza mais intrusiva e com maior potencial de estigmatização associada a tais atos.

De um modo abrangente, o presente estudo fornece importantes contribuições para uma abordagem mais compreensiva da relação entre experiências de vitimação, e

funcionamento psicológico, sendo o suporte social um papel moderador importante na relação entre ambos. Não obstante, apresenta algumas limitações que merecem a nossa reflexão. Desde logo importa referir as características da amostra (de conveniência, não representativa da população adolescente...). Assim, estudos futuros devem privilegiar amostras mais alargadas e representativas. Outra limitação prende-se com o facto de terem sido utilizadas medidas de autorrelato (o que pode patrocinar o subrelato de algumas experiências, nomeadamente de experiências de vitimação) e também o facto de o protocolo administrado ser extenso; neste último caso, as respostas – principalmente às últimas partes, podem ter sido condicionadas pelo efeito do cansaço. Administração em contexto de grupo/sala de aula. Apesar de se ter tentado garantir a máxima privacidade nas respostas, esta administração coletiva pode também ter influído nas respostas produzidas, nomeadamente sobre experiências de vitimação.

Por fim, face a limitações referidas, sugerimos que estudos futuros devam continuar a investir em estudos relacionados com as experiências de vitimação e em amostra de adolescentes.

## Referências Bibliográficas

- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1995). Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: Adaptação do “social support appraisals”. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 115- 127.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e percepção de apoio social na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 81-92.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Braga, L. D. L., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. *Estudos de psicologia (Natal)*. Vol. 17, n. 3 (set./dez. 2012), p. 413-420.
- Berkman, L.F. & Breslow, L.(1983).*Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 706-717.
- Caridade, S. M. M. (2009). Violência nas relações de intimidade: Comportamentos e atitudes dos jovens.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 24(4), 485-493.
- Caridade, S., & Machado, C. (2008). Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologia*, 22(1), 77-104.
- Caridade, S., & Machado, C. (2013). Violência nas relações juvenis de intimidade: uma revisão da teoria, da investigação e da prática. *Psicologia*, 27(1), 91-113.
- Coleta, J., & Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjectivo e comportamento académico de estudantes universitários. *Psicologia em estudo*, 11(3), 533-539.

- Couto, M. T., d'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112-120.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Da Costa, L. S., & Alves Pereira, C. A. (2007). Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1).
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008a). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. Canadian Psychology, 49(1), 14-23.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008b). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Dos Santos Paludo, S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36).
- Eisenstein, E., Jorge, E., & Lima, L. A. (2009). Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*, 6(3), 7-15.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Portugal. Consultado a 15 de Fevereiro de 2017 em <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/63>.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, (18).
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 31(4), 329-342.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II-Estudo psicométrico. *Análise psicológica*, 23(2), 219-227.
- Gelles, R.J. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Giacomoni, C. H. (2002). Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação.

- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia, 12*(1), 43-50.
- Gonçalves de Assis, S., Quintes Avanci, J., Pires Pesce, R., & Furtado Ximenes, L. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2).
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(6), 733-753.
- Holt, M. K., & Espelage, D. L. (2005). Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review, 34*(3), 309.
- Kelly, T. M. (2004). Positive psychology and adolescent mental health: False promise or true breakthrough? *Adolescence, 39* (154), 257-278.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*(3), 402.
- Magdol, L., Moffit, T., Caspi, A., Newman, D., Fagan, J., e Silva, P. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 68-78.
- Marin, A. J., & Russo, N. F. (1999). Feminist perspectives on male violence against women: Critiquing O'Neil and Harway's Model. In Harway, M. & O'Neil, J. (Eds), *What causes men's violence against women?* Thousands Oaks: Sage.
- McDonald, C. C., & Richmond, T. R. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 833-849.
- Oliveira, Madalena Sofia; SANI, Ana Isabel (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0502. 6 (2009) 162-170.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 17* (3), 547-558.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psychologica, 36*, 75-107.

- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A., Barros, M. G., D'Antino, M. E. F., & Mercadante, M. T. (2008). Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528
- Ponte, A.C., & Pais-Ribeiro, J. (2009). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS social support survey. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 53-56 ).Lisboa: ISPA
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3, 535-544.
- 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. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). *The structure of psychological wellbeing revisited. Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Saldanha de Lima, L., & Dias, H. Z. J. (2014). Saúde mental e violência na adolescência: uma revisão de literatura acerca das implicações na saúde destes jovens. *Barbarói*, (40), 28.
- Saforcada, E. (2001). El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. *Buenos Aires: Proa XXI*.
- Seidl, E.; Zannon, C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública, São Paulo*, v. 20, n. 2, 2004, p. 580-582.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2003). Foreword: The past and future of positive psychology. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well lived* (pp. 11-20). Washington DC: American Psychological Association.

- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Siqueira, M., & Maria, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, 13(2).
- 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.
- Sherbourne, C. (1992). Social functioning: social activity limitations measure. In: A. Stewart, e J.Ware (Edts). *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach (pp173-181)*. Durham: Duke University Press.
- Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by males and female university students worldwide. *Violence Against Women*, 10, 790-811.
- Sullivan, T., Farrell, S., Kliewer, W., Vulin-Reynolds, M., & Valois, R. (2007). Exposure to violence in early adolescence: the impact of self-restraint, witnessing violence, and victimization on aggression and drug use. *Journal of Early Adolescence*, 27(3), 296-323.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Vaux, A. (1988). *Social Support, Theory Research and Interventions*. New York: Praeger.
- Vleiras, G. (2005). *Identity and emotions: An overlooked link*. Groningen: Stichting Publications.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of World Health Organization*. Geneva:World Health Organization
- World Health Organization. (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence
- World Health Organization. (2002).*The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.