



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
D O P O R T O

Diana Alexandra Fernandes dos Santos

**VITIMAÇÃO E FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO NA IDADE
ADULTA: O PAPEL MODERADOR DO SEXO**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA NA UNIVERSIDADE LUSÓFONA DO PORTO PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA DA JUSTIÇA: VÍTIMAS DE
CRIME**

Orientador

Professora Doutora Carla Antunes

Coorientador

Professora Doutora Célia Ferreira

Universidade Lusófona do Porto

Dezembro 2018



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
D O P O R T O

Diana Alexandra Fernandes dos Santos

**VITIMAÇÃO E FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO NA IDADE
ADULTA: O PAPEL MODERADOR DO SEXO**

Dissertação de Mestrado
Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 12/12/2018, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof^ª. Doutora Rita Conde

Arguente: Prof^ª. Doutora Eunice Magalhães

Orientadora: Prof^ª. Doutora Carla Antunes

Universidade Lusófona do Porto

Dezembro 2018

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

O sonho representa a realização de um desejo.

Sigmund Freud

Para ti, mãe.

Agradecimentos

À Professora Doutora Carla Antunes pela sua disponibilidade e dedicação.

À Professora Doutora Célia Ferreira pela sua disponibilidade e dedicação.

A todos os que participaram no estudo.

À minha família, por tudo.

Ao Paulo por todo apoio.

Aos meus amigos.

Ao Alexandre por estar ao meu lado.

Ao Rodrigo, a razão de tudo ser.

Vitimação e funcionamento psicológico na idade adulta: o papel moderador do sexo

Sumário

Apesar do foco tradicional no estudo de sintomas psicopatológicos decorrentes de experiências de Vitimação, vários autores têm sublinhado a necessidade de se assumir uma perspectiva mais holística de saúde mental neste domínio, destacando tratar-se de um estado completo de isenção de psicopatologia e níveis elevados de Bem-Estar. Considerando, também, evidências prévias sobre a relação entre psicopatologia e sexo, o presente estudo tem como objetivo testar o papel moderador do sexo na relação entre Vitimação e funcionamento psicológico, na idade adulta. Tanto as experiências de Vitimação como o funcionamento psicológico são aqui conceptualizados e medidos de forma multidimensional. A amostra foi constituída por 383 sujeitos, maioria do sexo feminino (53%), média de idades de 34.01 anos ($DP = 10.6$ anos). Trata-se de um estudo exploratório/correlacional, cujo protocolo de investigação inclui o BSI, EBEP e o Inquérito Nacional de Vitimação, divulgado através de contactos institucionais e redes sociais, com recolha de dados via *online*. No tratamento/análise dos dados utilizou-se o *software* informático SPSS. Dos resultados conclui-se que níveis superiores de vitimação estão associados a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos. Na análise da variável sexo na relação entre a vitimação e os sintomas psicopatológicos, constatou-se que o sexo exerce um efeito moderador na relação entre a violência psicológica e a depressão, e na relação entre a violência física e a depressão. Contudo, é quando os níveis de vitimação psicológica e física são reduzidos, que homens e mulheres se distinguem mais e, em ambos os casos, são as mulheres quem apresentam mais problemas dessa natureza. Verificou-se que o sexo exerce um efeito moderador na relação entre as três formas de violência (física/sexual/psicológica) e a ansiedade, a destacar-se o sexo feminino. No que respeita à vitimação e ao BEP, níveis superiores de vitimação estão associados a níveis inferiores de BEP. Na análise do efeito do sexo na relação entre a vitimação e o BEP, o sexo exerce um efeito moderador na relação entre a violência psicológica nas seguintes dimensões do BEP: Relações Positivas, Objetivos de Vida e Aceitação de si.

Palavras-chave: Bem-Estar Psicológico, Psicopatologia, Saúde Mental, Sexo, Vitimação

Vitimação e funcionamento psicológico na idade adulta: o papel moderador do sexo

Abstract

Despite the traditional focus on the study of psychopathological symptoms resulting from victimization experiences, several authors have emphasized the need to take a more holistic view of mental health in this area, stressing that it is a complete state of freedom from psychopathology and high levels of Welfare. Considering also previous evidence on the relationship between psychopathology and sex, the present study aims to test the moderating role of sex in the relation between Victimization and psychological functioning in adulthood. Both Victim experiences and psychological functioning are here conceptualized and measured in a multidimensional way. The sample consisted of 383 subjects, mostly female (53%), mean age 34.01 years (SD = 10.6 years). This is an exploratory / correlational study, whose research protocol includes the BSI, EBEP and National Survey of Victimization, disseminated through institutional contacts and social networks, with online data collection. In the treatment / analysis of the data the computer software SPSS was used. In the results we conclude that higher levels of victimization are associated with higher levels of depressive and anxious symptoms. In the analysis of the gender variable in the relationship between victimization and psychopathological symptoms, it was found that sex exerts a moderating effect on the relationship between psychological violence and depression, and on the relationship between physical violence and depression. However, it is when the levels of psychological and physical victimization are reduced, that men and women are distinguished more, and in both cases, women have the most problems of this nature. It was verified that sex exerts a moderating effect on the relationship between the three forms of violence (physical / sexual / psychological) and anxiety, to distinguish the female sex. With regard to victimization and BEP, that higher levels of victimization are associated with lower levels of BEP. In the analysis of the effect of sex on the relationship between victimization and BEP, sex has a moderating effect on the relationship between psychological violence in the following BEP dimensions: Positive Relationships, Life Goals and Self Acceptance.

Key-Words: Well-being psychological, Psychopathology, Mental health, Sex, Victimization

Índice

	PÁGINA
Agradecimentos	vi
Sumário	vii
<i>Abstract</i>	viii
Capítulo I – Conceptualização da Saúde Mental	13
1.1. Evolução dos conceitos de Saúde e Doença – da Patogénese à Salutogénese	13
1.2. Saúde Mental – da Psicopatologia ao Bem-Estar	14
1.3. Conceptualização do Bem-Estar – do Hedonismo para o Eudaimonismo	14
Capítulo II – Violência e impacto na Saúde Mental	17
2.1. Violência e Saúde Mental	17
2.2. Vitimação, Saúde Mental e a variável sexo da vítima	18
Capítulo III – Modelo conceptual da investigação	20
3.1. Limitações do estudo	20
3.2. Objetivos e Hipóteses de Investigação	20
Capítulo IV – Estudo Empírico	22
4. Método	22
4.1. Participantes	22
4.2. Instrumentos	23
4.3. Procedimentos	24
4.4. Resultados	25
4.4.1. Medidas descritivas das variáveis em estudo	25
4.4.2. Vitimação e sintomatologia psicopatológica – Teste da Hipótese 1	25
4.4.3. Vitimação, sexo e sintomatologia psicopatológica: Testes de Moderação – Teste da Hipótese 2	26
4.4.4. Vitimação e BEP – Teste da Hipótese 3	30
4.4.5. Vitimação, sexo e BEP: Testes de Moderação – Teste da Hipótese 4	30
Capítulo V – Discussão dos resultados	34
Capítulo VI - Conclusão	37
Referências Bibliográficas	39

Índice de Figuras

	PÁGINA
Figura 1. <i>Diagrama Conceptual do modelo de moderação para a predição da sintomatologia psicopatológica</i>	20
Figura 2. <i>Diagrama conceptual do modelo de moderação para a predição do BEP</i>	21

Índice de Gráficos

	PÁGINA
Gráfico 1. <i>Tipologia da violência</i>	17
Gráfico 2. <i>Efeito moderador do sexo na relação Depressão/Violência Psicológica</i>	27
Gráfico 3. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre Depressão/ Violência Física</i>	27
Gráfico 4. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre a Ansiedade/Discriminação</i>	28
Gráfico 5. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre a Ansiedade /Violência Psicológica</i>	28
Gráfico 6. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre a Ansiedade / Violência Física</i>	29
Gráfico 7. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre a Ansiedade / Violência Sexual</i>	29
Gráfico 8. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre as Relações Positivas/Violência Psicológica</i>	33
Gráfico 9. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre os Objetivos de Vida/Violência Psicológica</i>	33
Gráfico 10. <i>Efeito moderador do sexo na relação entre a Aceitação de si/Violência Psicológica</i>	34

Índice de Tabelas

	PÁGINA
Tabela 1. <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i>	22
Tabela 2. <i>Medidas descritivas das variáveis em estudo: QEVIA, BSI e EBEP</i>	25
Tabela 3. <i>Vitimação e Sintomatologia psicopatológica: Análises de Correlação</i>	25
Tabela 4. <i>Vitimação, Sexo e Sintomatologia Psicopatológica de Internalização: Testes de Moderação</i>	26
Tabela 5. <i>Correlações entre as Experiências de Vitimação e as Dimensões do BEP</i>	30
Tabela 6. <i>Vitimação, Sexo e BEP: Testes de Moderação</i>	31

Capítulo I – Conceptualização da Saúde Mental

1.1. Evolução dos Conceitos de Saúde e Doença - da Patogénese à Salutogénese

Durante décadas, a saúde mental (SM) permaneceu indefinida e não mensurável (Keyes, 2007), sendo que a saúde e o bem-estar (BE) se relacionavam linearmente com a ausência de doença (Keyes, 2007; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Ryan, Huta, & Deci, 2008). No entanto, o investimento científico no domínio da Psicologia Positiva (PP) (Matos et al., 2010; Ruini & Fava, 2013) tem vindo a desafiar os conceitos de saúde e doença e a superar essa indefinição (Manderscheid et al., 2010).

Com o reconhecimento de que os fatores psicológicos intervêm sobre a etiologia de doenças somáticas, e que a prestação de serviços de assistência à saúde inclui um complexo processo de interações sociais, tem-se constatado a emergência de um novo paradigma – o Paradigma Salutogénico.

Este paradigma incide na promoção da saúde, de um ponto de vista holístico (Reis, 2005), o qual atende não só aos aspetos biológicos da saúde, mas aspetos psicológicos e sociais, perscrutando, assim, as causas e consequências da SM (Keyes, 2005, 2007; Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010; Santos, 2010; Santos, Ferreira, Silva, & Almeida, 2010; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Este paradigma tem subjacente o modelo biopsicossocial, no qual se reconhece que o indivíduo tem um papel ativo na sua saúde, incumbindo ao profissional de saúde auxiliá-lo no procedimento terapêutico.

O paradigma salutogénico surgiu em oposição ao patogénico (Keyes et al., 2010; Manderscheid et al., 2010; Seligman, 2008; Westerhof & Keyes, 2010), cuja visão mecanicista do ser humano equiparava a doença a uma avaria, temporária/permanente, no funcionamento e/ou relação entre um ou mais componentes (Santos, 2011).

Esta emergente mudança de paradigma ficou patente na conceção global e positiva de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946), com a qual se pretendia considerar a saúde como um estado de completo BE físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e de doenças. Denota-se, assim, uma interação entre corpo e mente, sem menosprezo pela envolvente social (Koelen & Ban, 2004; Piedrola, 1994).

Esta visão multidimensional da saúde abrange não somente o BE físico, patente numa perceção positiva do corpo, mas também o BE psicológico, que compreende a alegria, felicidade e satisfação com a vida, assim como a autorrealização e capacidade de investir na vida (Bengel et al., 1999).

1.2. Saúde Mental – da Psicopatologia ao Bem-Estar

O conceito de SM teve origem no domínio científico da Psiquiatria, sendo os indivíduos considerados doentes mentais ou mentalmente saudáveis. E assentava no pressuposto de que as medidas de doença mental e SM consistiam numa dimensão bipolar única (Keyes & Shapiro, 2004; Keyes, 2005). Neste âmbito, a SM era definida numa perspetiva psicopatológica, própria do modelo biomédico e integrada no paradigma patogénico (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), no qual a avaliação psicológica consistia principalmente na identificação de indivíduos funcionais/disfuncionais (Pais-Ribeiro, 2001).

Nos anos 80, com os crescentes esforços no sentido da prevenção da doença e da promoção da saúde o conceito de BE surge associado ao conceito de saúde e generalizou-se à SM (O'Donnell, 1986; Terris, 1975). Atualmente, reconhece-se que a saúde física e a SM são indissociáveis e interdependentes (OMS, 2001), sendo que esta última foi definida como um estado de BE no qual o indivíduo utiliza todas as suas capacidades, conseguindo fazer face ao *stress* normal da vida, exercendo a sua atividade de forma produtiva e frutífera, contribuindo para a comunidade onde se encontra inserido (CCE, 2005).

Já as doenças psiquiátricas são responsáveis por elevados custos, quer pelo elevado sofrimento que causam aos indivíduos, quer pelos altos custos associados à utilização dos serviços de saúde, consumo de medicamentos, incapacidade individual e disfunção familiar associados (CNRSSM, 2007).

1.3. Conceptualização do Bem-Estar - do Hedonismo para o Eudaimonismo

Ainda que a definição clássica da OMS (1946) abordasse a saúde, não apenas como a inexistência de doença, mas como uma condição de absoluto BE físico, mental e social, nem sempre foi dado destaque ao BE, pois as investigações centravam-se, essencialmente, na patologia do indivíduo (Strack, Argyle, & Schwarz, 1991).

Atualmente, o conhecimento científico tem-se debruçado sobre o estudo da qualidade de vida e da dimensão positiva das emoções humanas, estando o BE neste domínio da investigação (Strack et al., 1991; Woyciekoski, Natividade, & Hutz, 2014).

O BE é abordado tendo em conta a compreensão e promoção de aspetos positivos do funcionamento do indivíduo, como por exemplo: otimismo, satisfação com a vida, esperança (Novo, 2003). É um conceito alvo de inúmeras investigações, visto ser um dos

principais objetivos a ser atingido pelos psicólogos numa perspectiva terapêutica, preventiva ou promocional (Schroeder & Gordon, 2002).

O estudo do BE teve o seu início no contexto da PP, movimento científico que se iniciou em 1998 através de Seligman e Csikszentmihalyi (2000). A PP despertou enorme interesse na área da Psicologia, pois implicou que esta se debruçasse sobre o crescimento pessoal, o BE e a promoção do mesmo (Ryan & Deci, 2001; Seligman, 2002).

Não obstante as diferenças entre os estudos e as distintas perspetivas, a PP tem procurado investigar o BE salientando duas abordagens: a perspetiva hedónica (PH) e a perspetiva eudaimónica (PE) (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011).

Ambas as perspetivas consistem em estados subjetivos positivos, que emergem de forma distinta no campo da psicologia, referindo-se a conceções de BE (Waterman, Schwartz, & Conti, 2008). Estas duas filosofias fundamentam-se em diferentes visões da natureza humana e do que constitui uma boa sociedade (Ryan & Deci, 2001). A PH adota uma visão de BE como prazer ou felicidade, focando-se no Bem-Estar Subjetivo (BES), convencionalmente definido como mais afeto positivo, menos afeto negativo e maior satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Paralelamente, a PE, apoia-se na noção de que o BE consiste no pleno exercício das potencialidades do indivíduo, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso, direcionando a atenção no Bem-Estar Psicológico (BEP), defendendo que esse é mais do que “felicidade”, é o alcançar da realização humana (Ryff, 1989).

A eudaimonia e a hedonia não são, porém, mutuamente exclusivas e uma combinação de ambas contribui para um maior BE (Huta & Ryan, 2010). Apesar de assumirem visões distintas sobre a natureza humana, diferentes percursos e orientações teórico-empíricas (Ryan & Deci, 2001), encontram-se relacionadas (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002) por terem em comum os mesmos objetos de estudo e valores humanistas (Keyes et al., 2002).

A multiplicidade de investigação sobre o conceito de BE, bem como as suas principais perspetivas, contribuíram também para a diferenciação de BES e do BEP (Galinha & J. L. Pais-Ribeiro, 2005).

Um dos principais investigadores do BES foi Ed Diener, que explicou o conceito como a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, Suh, & Oishi, 1997), tendo em conta valores, necessidades e sentimentos pessoais, separadamente dos valores universais ou da qualidade do funcionamento psicológico (Novo, 2003). O BES procura compreender

o que origina a felicidade dos indivíduos e quais os processos que estão inerentes (Diener et al., 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

É uma dimensão positiva da saúde que abrange duas dimensões independentes, mas substancialmente correlacionadas: cognitiva (satisfação com a vida) e afetiva (afetos positivos e negativos) (Deci & Ryan, 2008; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Paralelamente, foram desenvolvidos estudos sobre o BE na PE, recorrendo ao termo BEP de forma a distinguir-se da visão hedónica (Ryan & Deci, 2001). As proposições acerca do BEP apareceram como críticas referindo-se às formulações que sustentavam BES como frágeis, por enfatizarem a infelicidade e o sofrimento, descurando as causas e consequências do funcionamento positivo (Ryff & Singer, 2008).

Ryff (1989) é uma das impulsionadoras do BEP ao propor um modelo multidimensional de funcionamento psicológico positivo, baseado em conceções de crescimento pessoal e autorrealização (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998). Este modelo é mais abrangente e diversificado, tendo foco no funcionamento psicológico positivo e desenvolvimento de competências no indivíduo, permitindo assim colmatar o carácter restrito do modelo de BES e integrar o BE noutras áreas da saúde (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010; Novo, 2003).

A autora operacionalizou o BEP em seis dimensões que se relacionam entre si: (1) *Aceitação de si* (designa um nível elevado de autoconhecimento e uma atitude positiva sobre si); (2) *Relação positiva com os outros* (estabelecimento de relações interpessoais calorosas e de confiança); (3) *Domínio do meio* (habilidade de caracterização, participação, controlo e manipulação do meio externo e respetivas instâncias, de acordo com o autoconhecimento); (4) *Autonomia* (emancipação do locus externo e boa avaliação do locus interno, estado de autodeterminação e capacidade de regulação do comportamento interno); (5) *Objetivos de vida* (estabelecimento e manutenção de objetivos que provêm de crenças do significado de vida); (6) *Crescimento pessoal* (aquisição do sentimento de autorrealização pelo contínuo florescimento, conseguido pela abertura à experiência) (Ryff & Singer, 2008).

Keyes (2005) sugeriu, ainda numa abordagem eudaimónica, o conceito de BE Social, que contempla cinco dimensões: aceitação social, realização social, contribuição social, coerência social e integração social. Este constructo surge devido ao facto de os indivíduos estarem inseridos em estruturas sociais.

Capítulo II – Violência e impacto na saúde mental

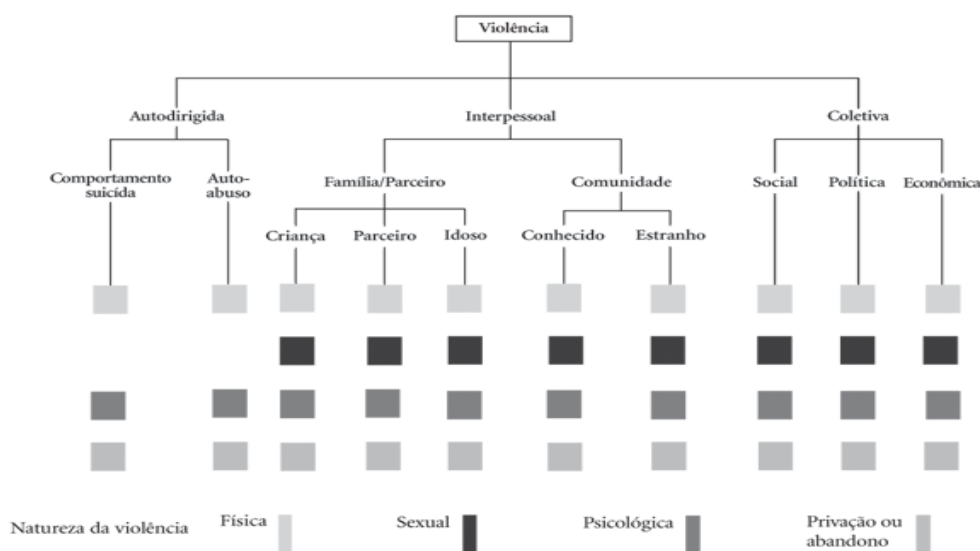
2.1. Violência e SM

A violência é um conceito dinâmico e complexo que enuncia uma transgressão das normas e dos valores sociais estabelecidos, que variam consoante os contextos e podem não ser partilhados por todos, havendo uma variação temporal e espacial do seu significado (Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009). Segundo a OMS (2014), registam-se anualmente mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global.

Em 1996, a resolução WHA 49.25 da *World Health Assembly* (OMS, 1996) assumiu a violência como um dos principais problemas de saúde pública e reiterou a urgência do estabelecimento de uma tipologia que caracterizasse os diferentes tipos de violência. Longe de ser universalmente aceite, em 2002, foi publicado um relatório com uma tipologia (Gráfico 1) que fornece uma estrutura útil para se perceber os complexos padrões de violência.

Gráfico 1

Tipologia da violência



Fonte: OPS/OMS 2

Através da análise do Gráfico 1 verifica-se a existência de três grandes categorias de violência: autodirigida, interpessoal e coletiva (OMS, 2002). A violência, pode ser classificada com base na natureza dos atos violentos, na área da saúde ela geralmente é dividida em quatro tipos: física, psicológica, sexual e a do abandono/negligência.

Esta classificação, possibilita uma percepção contextual e complexa do fenómeno da violência (OMS, 2002).

Os fenómenos de Violência (CRSSM, 2007), têm tendência para aumentar ao longo dos próximos (Green & Diaz, 2007). É neste contexto que o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), tendo como objetivo reduzir a incidência/prevalência da doença mental em Portugal, incluiu a violência na sua área de ação estratégica e reconheceu a necessidade de assegurar cuidados específicos de SM as vítimas de violência.

A vitimação traduz-se num evento que resulta em níveis significativos de *stress* psicológico e/ou emocional (Atkeson, Calhoun, Resick, & Ellis, 1982; Green & Diaz, 2007) e parece aumentar o risco de desenvolvimento de transtornos mentais, que podem ser desencadeados a curto, médio e longo prazo (Card & Hodges, 2008; Prinstein, Cheah, & Guyer, 2005). Entre os principais transtornos mentais que resultam da violência, salientam-se o transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TEPT), transtornos de ansiedade, transtornos de humor e transtornos de personalidade (Mrug & Windle, 2010; Poutiainen & Holma, 2013).

2.2. Vitimação, SM e a Variável Sexo da Vítima

Romito e Grassi (2007) referem que as teorias sociais e históricas sobre o sexo, conceptualizam a mulher como um ser mais vulnerável, comparativamente ao homem. Para Rabasquinho e Pereira (2007) estes estereótipos têm uma profunda base psicossocial que perpassa para as questões da SM.

Nesse âmbito, Rosenfield e Smith (2010) salientam que, quando se fazem comparações entre homens e mulheres, não há diferenças em termos de taxas globais de psicopatologia, mas existem, efetivamente, diferenças em relação ao tipo de psicopatologia experimentada. Isto deve-se à forma como cada sexo lida com o *distress*. As mulheres são socialmente encorajadas a internalizar o *distress* e sofrem maiores taxas de distúrbios internalizantes (depressão/ansiedade); os homens são socializados para expressarem o seu *distress* pelo que apresentam mais transtornos externalizantes (abuso de substâncias/comportamentos antissociais) (Misra & Mckean, 2000; Turton & Campbell, 2005).

Partindo desta predisposição psicopatológica, em função do sexo, importa refletir sobre o estado da arte acerca do impacto da experiência de vitimação na SM. Os resultados empíricos têm apontado, de forma consistente, para a existência de uma

associação entre as experiências de violência (física, psicológica e sexual) e um conjunto de sintomas psicopatológicos (Amar & Gennaro, 2005; Montero et al., 2011).

Numa perspectiva holística, do impacto da vitimação tem sobre o BE, existem estudos que exploraram os efeitos moderadores de alguns atributos individuais. Porém os resultados podem ser contraditórios, enquanto alguns estudos encontraram efeitos moderadores significativos da raça e do sexo na relação entre a vitimação e o BE (Buchanan, Bergman, Bruce, Woods, & Lichty, 2009), outros não encontraram efeitos moderadores significativos (Dressing, Gass, & Kuehner, 2007).

No que concerne ao efeitos da vitimação sobre o BEP, Dressing, Kuehner, and Gass (2005) desenvolveram um estudo comunitário (numa cidade alemã) e descobriram que a idade mais jovem, níveis mais altos de dependência psicológica (dificuldades em definir limites ou diferenciar-se dos outros) e ser vítima de perseguição prediz menor BEP. Ingram, Corning, e Schmidt (1996), efetuaram um estudo com 113 mulheres sem-abrigo e 116 mulheres em situação de pobreza e constataram que as experiências de vitimação foram preditores significativos de BEP.

Incidindo nas diferenças entre sexos, constata-se que uma das formas mais estudada de violência reporta-se à violência entre parceiros. Como fonte de morbidade, a violência por parte de um parceiro íntimo pode resultar em má qualidade de vida e problemas de saúde física e mental (Azziz-Baumgartner, McKeown, Melvin, Dang, & Reed, 2011; Lacey et al., 2013).

A concretização do estudo das diferenças de sexo na relação entre violência e SM é de grande relevância, pois pode contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno e para a prevenção/intervenção mais eficaz junto das vítimas (Marques, 2017). Porém, existem algumas fragilidades da literatura neste domínio, constata-se um investimento desigual no estudo do impacto da vitimação entre sexos, a maioria dos estudos envolvem amostras femininas, com tipologias de violência que podem congregam vários tipos de violência (*e.g.*, violência doméstica, perpetrada por parceiro íntimo) (Antunes, Magalhães, & Ferreira, 2018; Ferreira, Magalhães, & Antunes, 2018).

Para além disso, uma grande parte dos estudos circunscreve-se à análise do impacto da vitimação na SM, sob uma perspetiva restritiva de SM, negligenciando o estudo do BE.

Partindo do enquadramento teórico efetuado, fica patente que o estudo da relação entre vitimação e BEP pode dar contributos significativos para a teoria e prática clínica, coadunando-se com o conceito holístico de saúde.

Capítulo III- Modelo Conceptual da Investigação

3.1. Limitações do Estudo

Algumas das opções metodológicas poderão ter condicionado os resultados obtidos. Concretamente, as características da amostra, por se tratar de uma amostra por conveniência, recolhida online, cujas características sociodemográficas revelaram grande similitude. O que levanta algumas questões relacionadas com a representatividade da população em estudo. No entanto, tal como refere Leal e Maroco (2010), devido a restrições de tempo e/ou custos, em cenários de investigação social, não é possível, nem é prático ou desejável obter amostras de tipo probabilístico (onde a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra é igual à dos restantes elementos). Por outro lado, o facto de as análises terem sido realizadas com recurso aos *scores* totais (vitimação, sintomatologia e BEP), também, poderá constituir uma limitação, pois o *score* total pode estar a “ocultar” potenciais efeitos moderadores entre as subescalas/subdimensões dos construtos em análise, devidas as medidas muito extensas. O protocolo administrado foi algo extenso, o que poderá ter gerado algum cansaço no decorrer do seu preenchimento.

3.2. Objetivos e Hipóteses de Investigação

O objetivo geral deste estudo é testar o papel moderador do sexo na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de vitimação, durante o último ano. De referir que o funcionamento psicológico atual é aqui conceptualizado em termos de (i) sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e (ii) BEP (Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si). Tendo em conta os argumentos teóricos supramencionados, apresentam-se os esquemas dos modelos de moderação para a associação das variáveis em estudo.

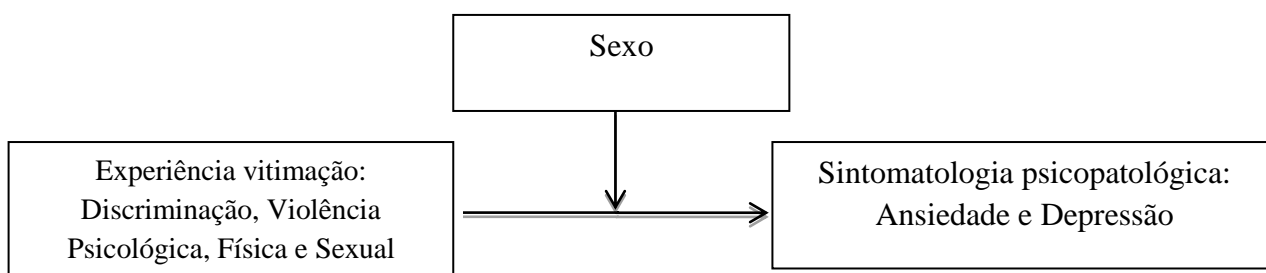


Figura 1: Diagrama conceptual do modelo de moderação para a predição da sintomatologia psicopatológica

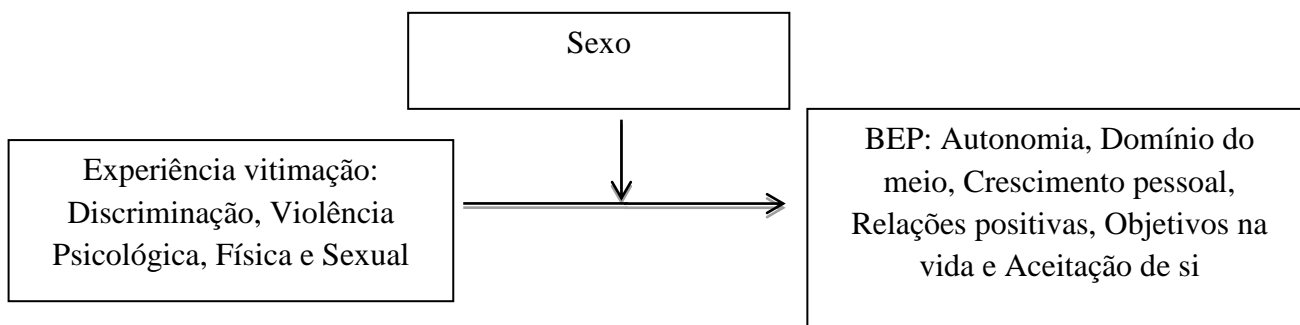


Figura 2: Diagrama conceitual do modelo de moderação para a predição do bem-estar psicológico

Deste modo, estabelecemos as seguintes hipóteses (H) de estudo:

H1: A experiência de vitimação está positivamente correlacionada com a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão);

H2: O sexo modera a relação entre a experiência de vitimação e a sintomatologia psicopatológica, esperando-se que o efeito deste tipo de violência em cada um destes tipos de sintomatologia seja maior para o sexo feminino.

H3: A experiência de vitimação está negativamente correlacionada com cada uma das subdimensões do BEP: Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de si.

H4: O sexo modera a relação entre a experiência de vitimação e cada uma das subdimensões de bem-estar psicológico, esperando-se que o efeito deste tipo de violência no BEP seja no sexo feminino.

Capítulo IV - Estudo Empírico

4. Método

4.1. Participantes

A amostra foi constituída por 383 sujeitos. Tal como se ilustra na Tabela 1, a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (53%), com uma média de idades de 34.01 anos ($DP = 10.6$ anos), solteira (50.9%), com habilitações literárias ao nível do ensino secundário (39.6%) e com rendimentos categorizados como dando para viver razoavelmente (58.3%).

Uma percentagem bastante elevada era de nacionalidade portuguesa (95.7%), do distrito do Porto (33.2%), encontravam-se num relacionamento amoroso com coabitação (56.5%) .

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 383)

	<i>M (DP; Min., Max.) / % (N)</i>
Sexo	
Feminino	53 (203)
Masculino	47(180)
Idade	34.01(10.625;18,67)
Nacionalidade	
Portuguesa	94(360)
Outra	6(23)
Distrito	
Aveiro	10.3(38)
Beja	.3(1)
Braga	10(37)
Bragança	.5(2)
Coimbra	3(11)
Évora	1.1(4)
Faro	.5(2)
Guarda	.5(2)
Leiria	1.9(7)
Lisboa	22.2(82)
Portalegre	.3(1)
Porto	33(122)
Santarém	7.8(29)
Setúbal	2.4(9)
Viana do Castelo	1.9(7)
Vila Real	.5(2)
Viseu	1.1(4)
R.A. Açores	1.4(5)
R.A. Madeira	1.4(5)
Estado Civil	
Solteiro/a	51.4(196)
Casado/a	41.2(157)
Divorciado/a	6.8(26)
Viúvo/a	.5(2)
Envolvimento relacional/amoroso atual	
Sem Relação de Intimidade	21.8(81)
Com Relação de Intimidade, Sem coabitação	21.6(80)
Com Relação de Intimidade, Com coabitação	56.6(210)
NSE	
Baixo	8.6(33)
Médio-Baixo	38.7(148)
Médio	45.3(173)
Médio-Alto	6.5(25)
Alto	.8(3)
Escolaridade	
1º Ciclo EB	.3(1)
2º Ciclo EB	.8(3)
3º Ciclo EB	7.1(27)
Secundário	40.3(153)
1º Ciclo ES/Licenciatura	30.8(117)
2º Ciclo ES/Mestrado	18.9(72)

3º Ciclo ES/Doutoramento	1.1(4)
Outro	.8(3)
Condição Escolar/Profissional atual	
Estudante	13.9(53)
Trabalhador	59.9(229)
Trabalhador-Estudante	18.6(71)
Desempregado	6.8(26)
Reformado	.8(3)

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

4.2. Instrumentos

Para o estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

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

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Ryff, 1989, versão adaptada para a população portuguesa por Novo, 2003): É um instrumento de autorrelato utilizada para avaliar as dimensões de BEP. Este instrumento é composto por um total de 84 itens, organizados em seis dimensões (cada uma das quais com 14 itens) associadas ao BEP. Dimensões: *autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos na vida e aceitação de si.* Todos os itens são avaliados numa escala de *Likert* de seis pontos variando de *discordo completamente (1)* a *concordo completamente (6)*. O instrumento tem revelado bons índices de fidelidade e consistência interna, como a escala original de Ryff (1989) (Machado & Bandeira, 2012; Soares, 2014).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982, versão adaptada para a população portuguesa por Canavarro, 2007): Este instrumento de autorrelato foi selecionado por fornecer uma avaliação sumária de sintomatologia psicopatológica, em nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três índices globais. Apesar de ser constituído por um total de 53 itens (organizados nas nove dimensões), para este estudo foram incluídos apenas 12 itens, correspondentes às subescalas de Ansiedade (6 itens) e Depressão (6 itens). Cada item é respondido numa

escala de tipo *Likert* com 5 pontos, desde *Nunca* (0) a *Muitíssimas vezes* (4). O instrumento tem revelado bons índices de fidelidade e consistência interna.

Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta (QEVIA; Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016), adaptado de Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, (2009): QEVIA é um questionário de autorrelato, do tipo inventário comportamental, que permite avaliar eventuais experiências de vitimação sofridas pelo participante durante o último ano. É composto por um total de 25 itens, correspondentes a 4 tipos principais de violência: Discriminação sociocultural – 6 itens; Violência Psicológica – 9 itens, Violência Física – 5itens; Violência Sexual – 5 itens. Cada item, é respondido numa escala tipo Likert de cinco pontos, desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Frequentemente/Repetidamente - + de 10 vezes”) nunca 0 pontos), a frequentemente 4 pontos). Este questionário permite, avaliar a experiência de vitimação durante o último ano (tipologia), mas também a sua caracterização mais aprofundada, nomeadamente, ao nível do/a autor/a. Na amostra em estudo, relativamente aos valores de consistência interna da experiência de vitimação, no QEVIA foi possível verificar: Discriminação.890; Violência Psicológica.844; Violência física.904; Violência sexual.894.

4.3. Procedimentos

Este estudo enquadra-se num projeto de investigação conduzido por uma equipa de investigadores da Universidade Lusófona do Porto (ULP). Os dados do estudo foram recolhidos através de uma plataforma *online*. A recolha ocorreu entre maio e julho (2016) e para este propósito, o questionário foi disponibilizado numa plataforma informática (*GoogleForms*); tendo sido o *link* divulgado através de contactos institucionais (*e.g.*, *mailing list* de instituições de ensino superior) e redes sociais (*e.g.*, *Facebook*). Considerando os princípios éticos e deontológicos de investigação, os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo, carácter voluntário da participação, garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, sendo recolhido o devido consentimento informado. A informação foi analisada através do software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0)

4.4. Resultados

4.4.1. Medidas descritivas das variáveis em estudo

Começa-se por apresentar, na Tabela 2, as medidas descritivas (Média, Desvio-Padrão, Mínimo/Máximo) das variáveis em estudo: QEVIA (Subescalas Violência Psicológica, Física e Sexual), BSI (Total e subescalas Depressão/Ansiedade) e 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, BSI e EBEP

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>
QEVIA	Discriminação (D)	1.23	2.67	0	18
	Violência Psicológica (VP)	2.13	3.98	0	32
	Violência Física (VF)	.38	1.85	0	16
	Violência Sexual (VS)	.34	1.65	0	20
BSI	Ansiedade (Ans)	4.98	4.60	0	24
	Depressão (Dep)	4.79	4.77	0	23
EBEP	Autonomia (A)	65.08	9.79	39	84
	Domínio do meio (DM)	61.62	9.09	34	84
	Crescimento pessoal (CP)	69.13	8.78	44	84
	Relações positivas (RP)	65.16	11.00	31	84
	Objetivos na vida (OV)	66.5	9.96	31	84
	Aceitação de Si (AS)	63.27	10.35	33	84

4.4.2. Vitimação e sintomatologia psicopatológica – Teste da Hipótese 1

Apresentam-se, na Tabela 3, os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação e as subescalas de Depressão e Ansiedade. Tal como se ilustra, foram encontradas correlações positivamente significativas entre todas as experiências de vitimação e ambas 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: Análises de Correlação

	1	2	3	4	5	6
1. QEVIA_D	-					
2. QEVIA_VP	.560***	-				
3. QEVIA_VF	.433**	.620**	-			
4. QEVIA_VS	.464**	.434**	.598**	-		
5. BSI Ans	.310**	.440**	.186**	.197**	-	
6. BSI_Dep	.257**	.366**	.155**	.165**	.754**	-

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

4.4.3. Vitimação, sexo e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 2

Na análise do potencial efeito moderador do Sexo na relação entre vitimação e sintomatologia psicopatológica, efetuaram-se duas análises de regressão linear múltipla (VD₁: Depressão; VD₂: Ansiedade). Para tal, procedeu-se à centralização dos valores das variáveis independentes/preditoras (Discriminação, Violência Física, Psicológica e Sexual) e da variável moderadora (S), por forma a eliminar a colinearidade não essencial.

Tal como se ilustra na Tabela 4, os resultados têm efeito de interação/moderação estatisticamente significativo entre Violência Psicológica e o Sexo ($\beta = -1.549$ $p = .001$), assim como entre a Violência Física e o Sexo ($\beta = -1.375$ $p = .001$) na análise de regressão linear múltipla da VD₁. Na análise VD₂ os resultados indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo entre todas as variáveis independentes e a variável moderadora. Entre a Discriminação e o Sexo ($\beta = -.938$ $p = .044$), Violência Psicológica e Sexo ($\beta = -1.865$ $p = .044$), Violência Sexual e Sexo ($\beta = -1.265$ $p = .029$).

Tabela 4

Vitimação, sexo e Sintomatologia Psicopatológica de internalização: Testes de moderação

		R ²	F (df ₁ , df ₂)	p	β	p
BSI_Dep	Discriminação					
	QEVIA_D	.133	(3,364)	.000	1.802	.000
	Fem_D		18.663		1.667	.000
	QEVIA_D*Fem				-.702	.152
	Violência Psicológica					
	QEVIA_VP		(3,366)	.000	3.057	.000
	Fem_D	.249	40.407		1.655	.000
	QEVIA_VP*Fem				-1.549	.001
	Violência Física					
	QEVIA_D	.105	(3,372)	.000	1.761	.000
	Fem_D		14.527		2.155	.000
	QEVIA_D*Fem				-1.375	.006
Violência Sexual						
QEVIA_VS	.091	(3,370)	.000	.756	.008	
Fem_D		12.393		2.103	.000	
QEVIA_VS*Fem				.548	.272	
BSI_Ans	Discriminação					
	QEVIA_D		(3,358)		1.590	.000
	Fem_D	.126	17.272	.000	2.040	.000
	QEVIA_D*Fem				-.938	.044
	Violência Psicológica					
	QEVIA_VP		(3,359)	.000	2.760	.000
	Fem_D	.220	33.733		1.990	.000
	QEVIA_VP*Fem				-1.865	.000
	Violência Física					
	QEVIA_VF	.120	(3,365)	.000	1.565	.000
	Fem_D		16.524		2.461	.000
	QEVIA_VF*Fem				-1.456	.002
Violência Sexual						
QEVIA_VS	.106	(3,363)	.000	1.566	.000	
Fem_D		14.326	.000	2.346	.000	
QEVIA_VS*Fem				-1.265	.029	

Posteriormente, recorreu-se ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados encontrados (cf., Gráficos de 2 a 6).

Gráfico 2

Efeito moderador do sexo na relação entre Depressão e Violência Psicológica

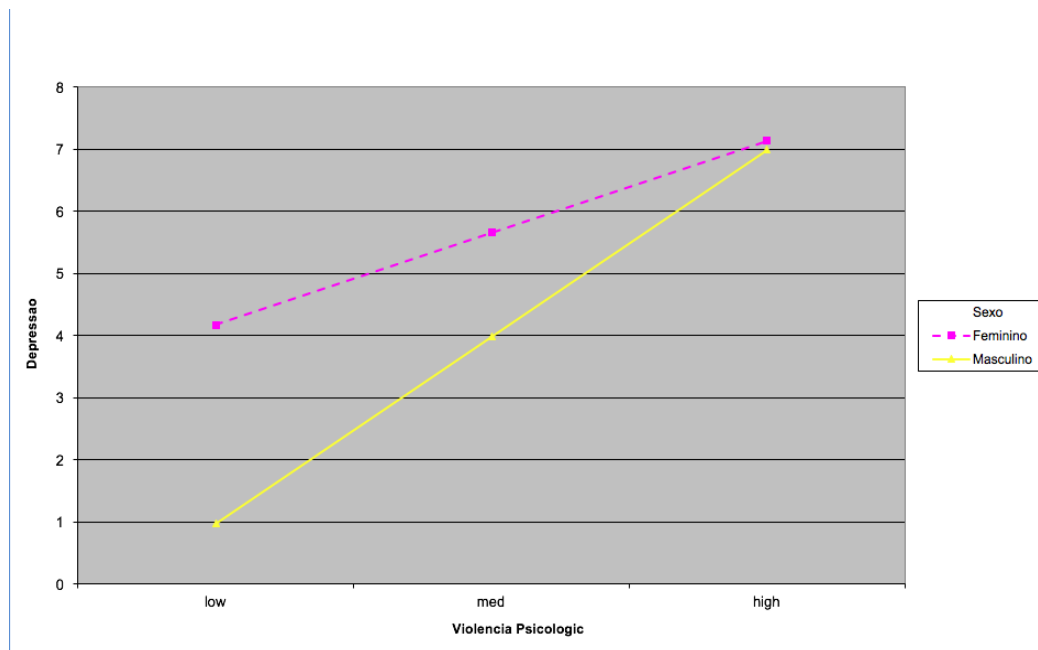
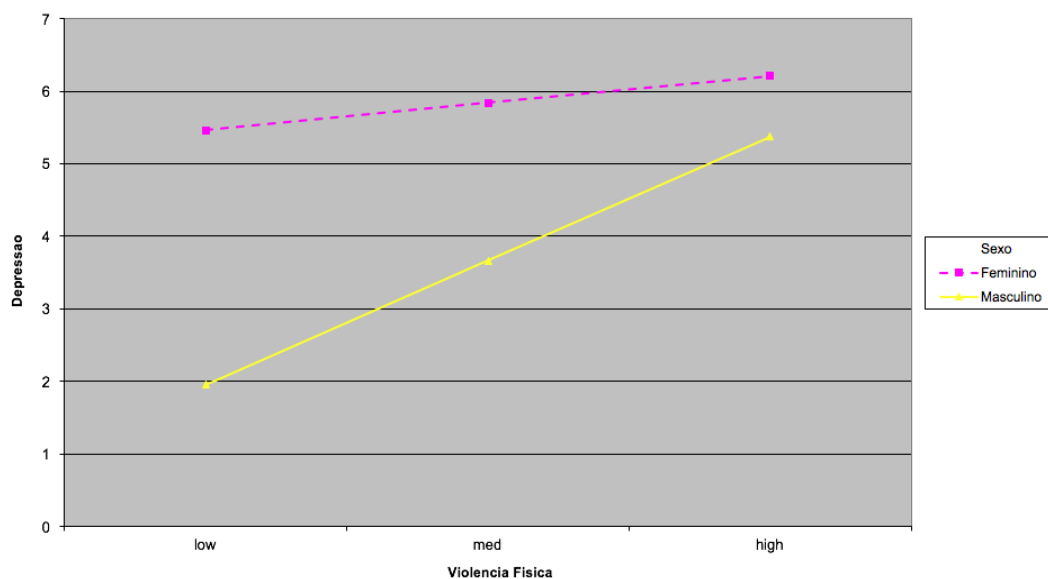


Gráfico 3

Efeito moderador do sexo na relação entre Depressão e Violência Física



Quanto mais vitimação psicológica (Gráfico-2) e física (Gráfico-3) mais sintomatologia depressiva. Quando os níveis de vitimação psicológica e física são reduzidos que homens e

mulheres se distinguem mais e, em ambos, são as mulheres que apresentam mais problemas desta natureza.

Gráfico 4

Efeito moderador do sexo na relação entre Ansiedade e Discriminação

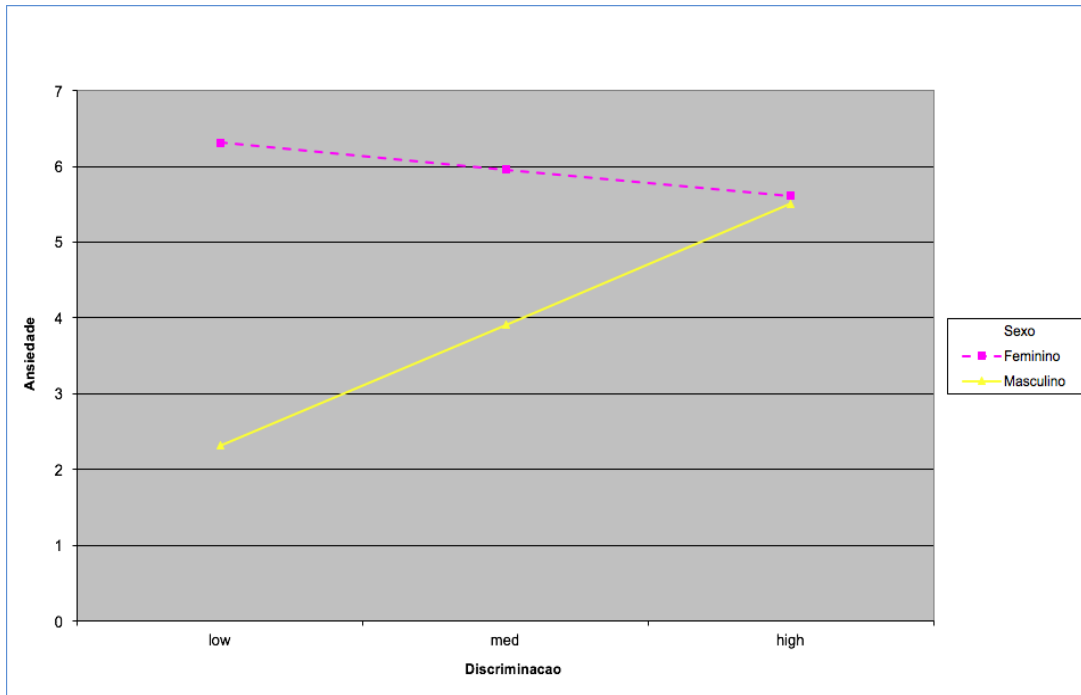


Gráfico 5

Efeito moderador do sexo na relação entre Ansiedade e Violência psicológica

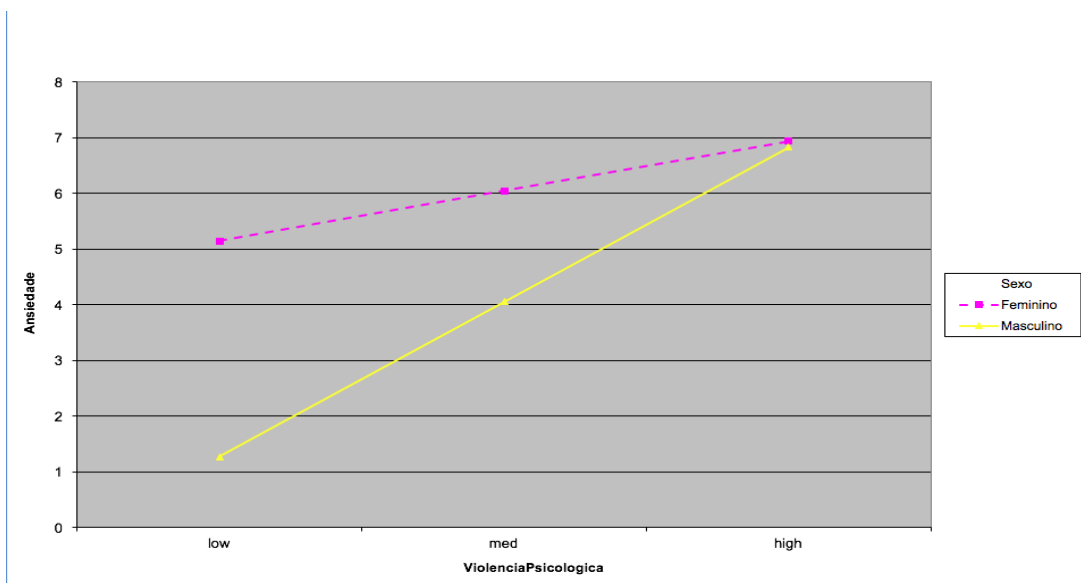


Gráfico 6

Efeito moderador do sexo na relação entre Ansiedade e Violência Física

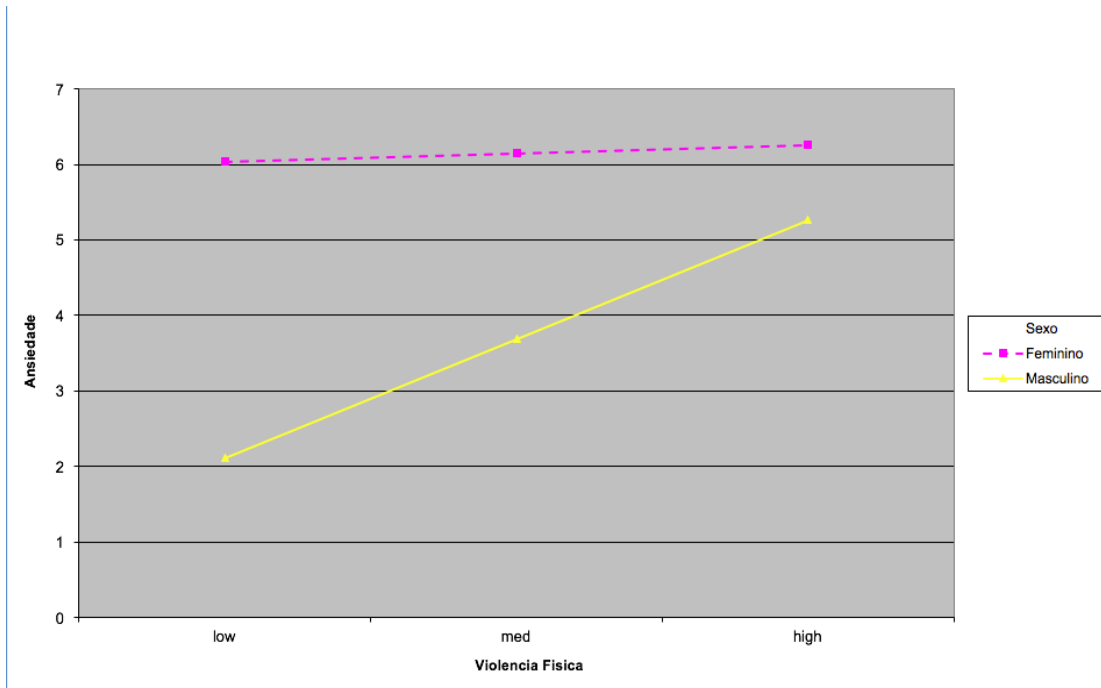
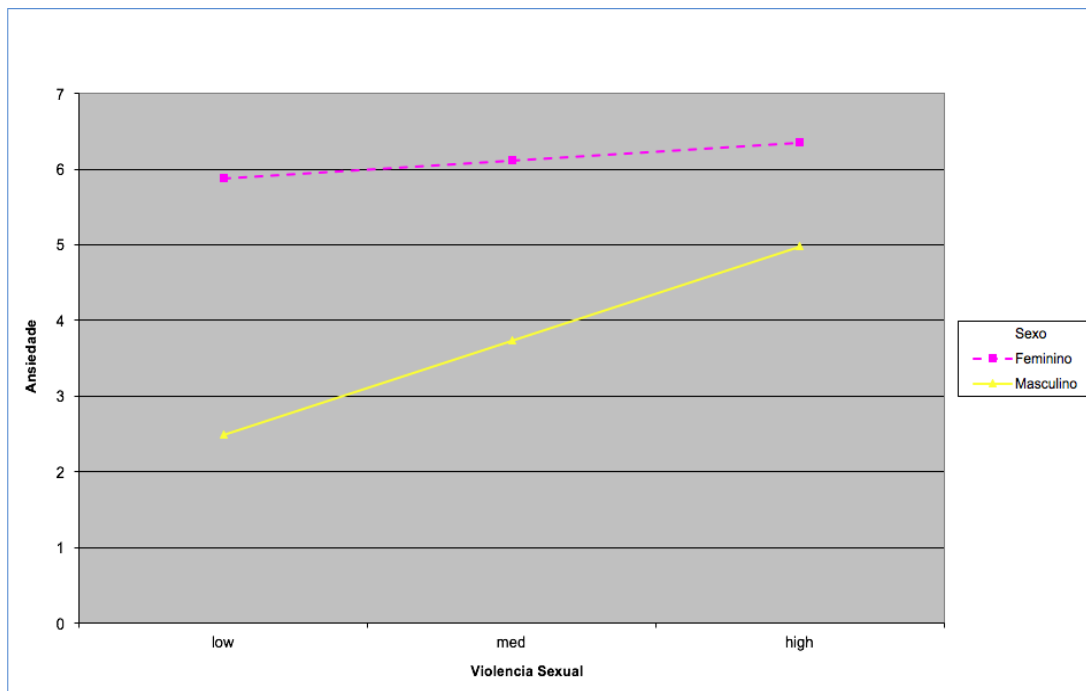


Gráfico 7

Efeito moderador do sexo na relação entre Ansiedade e Violência Sexual



Quanto mais discriminação (Gráfico-4), violência psicológica (Gráfico-5), física (Gráfico-6) e sexual (Gráfico-7) mais sintomatologia depressiva. Contudo, é quando os

níveis de vitimação são reduzidos que homens e mulheres se distinguem mais e, em ambos os casos, são as mulheres que apresentam mais problemas desta natureza.

4.4.4. Vitimação e BEP – Teste da Hipótese 3

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

Tabela 5

Correlações entre as experiências de vitimação e as dimensões do BEP

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. QEVIA_D	-									
2. QEVIA_VP	.560**	-								
3. QEVIA_VF	.433**	.620**	-							
4. QEVIA_VS	.464**	.434**	.598**	-						
5. EBEP_A	-.216**	-.174**	.152**	-.189**	-					
6. EBEP_DM	-.255**	-.283**	-.133*	-.176**	.585**	-				
7. EBEP_CP	-.228**	-.123*	-.108*	-.182**	.532**	.609**	-			
8. EBEP_RP	-.268**	-.320**	.149**	-.153**	.441**	.674**	.649**	-		
9. EBEP_OV	-.203**	-.206**	-.129*	-.171**	.516**	.756**	.701**	.682**	-	
10. EBEP_AS	-.192**	-.316**	.172**	-.159**	.646**	.784**	.607**	.716**	.774**	-

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

4.4.5. Vitimação, sexo e BEP: Testes de moderação – Teste da Hipótese 4

Com o intuito de analisar o potencial efeito moderador do sexo na relação entre vitimação e BEP, foi efetuado um conjunto de análises de regressão linear múltipla (seis), considerando agora como VD's cada uma das dimensões do BE (VD₁: Autonomia; VD₂: Domínio da Meio; VD₃: Crescimento Pessoal; VD₄: Relações Positivas; VD₅: Objetivos na Vida; VD₆: Aceitação de Si). Foram utilizados para o efeito os valores centrados das

variáveis independentes/preditoras (Discriminação, Violência Física, Psicológica e Sexual) e da variável moderadora (S), de forma a eliminar a colinearidade não essencial. Os resultados obtidos e apresentados na Tabela 6, indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do Sexo entre a Violência Psicológica e a dimensão relativa à Relações Positivas ($\beta = 2.485$, $p = .033$), entre a Violência Psicológica e a dimensão Objetivos de Vida ($\beta = 2.275$, $p = .039$), assim como, entre a Violência Psicológica e Aceitação de Si ($\beta = 2.262$, $p = .040$). Não foram encontrados outros efeitos de interação/moderação estatisticamente significativos do Sexo.

Tabela 6

Vitimação, sexo e BEP: Testes de moderação

	R ²	F (df ₁ , df ₂)	p	β	p	
EBEP_A	Discriminação					
	QE VIA_D		(3,344)	.001	-2.373	.003
	Fem	.047	5.604		.207	.842
	QE VIA_D*Fem				.143	.899
	Violência Psicológica					
	QE VIA_VP		(3,345)		-1.842	.035
	Fem	.030	3.604	.014	-.026	.981
	QE VIA_VP*Fem				.228	.834
	Violência Física					
	QE VIA_VF	.028	(3,351)		-2.261	.004
	Fem		3.405	.018	-.437	.737
	QE VIA_VF*Fem				1.374	.180
Violência Sexual						
QE VIA_VS		(3,349)		-1.519	.013	
Fem	.038	4.656	.003	-.286	.781	
QE VIA_VS*Fem				-1.104	.327	
EBEP_DM	Discriminação					
	QE VIA_D		(3,340)	.000	-2.167	.005
	Fem	.107	13.594		-3.783	.000
	QE VIA_D*Fem				.035	.972
	Violência Psicológica					
	QE VIA_VP		(3,342)		-3.159	.000
	Fem	.129	16.865	.000	-3.845	.000
	QE VIA_VP*Fem				1.259	.211
	Violência Física					
	QE VIA_VF	.081	(3,348)	.000	-1.583	.052
	Fem		10.198		-4.547	.000
	QE VIA_VF*Fem				.651	.517
Violência Sexual						
QE VIA_VS		(3,347)	.000	-1.522	.005	
Fem	.089	11.368		-4.333	.000	
QE VIA_VS*Fem				-.266	.791	
Discriminação						
QE VIA_D		(3,349)	.000	-2.337	.002	
Fem	.058	7.140		1.334	.151	
QE VIA_D*Fem				.208	.833	
Violência Psicológica						

EBEP_CP	QE VIA_V P		(3,350)		-1.518	.069
	Fem	.021	2.480	.061	1.284	.176
	QE VIA_V P*Fem				.484	.633
	Violência Física					
	QE VIA_V F	.017	(3,356)		-1.502	.051
	Fem		2.023	.110	.976	.293
	QE VIA_V F*S				.850	.380
	Violência Sexual					
	QE VIA_V S	.036	(3,354)	.004	-1.511	.006
Fem		4.450		.975	.290	
QE VIA_V S*Fem				-.287	.777	
EBEP_RP	Discriminação					
	QE VIA_D	.073	(3,344)	.000	-3.350	.000
	Fem		8.987		.050	.966
	QE VIA_D*Fem				.601	.612
	Violência Psicológica					
	QE VIA_V P	.114	(3,346)	.000	-5.067	.000
	Fem		14.834		-.029	.980
	QE VIA_V P*Fem				2.485	.033
	Violência Física					
	QE VIA_V F		(3,352)		-2.148	.016
	Fem	.025	3.020	.030	-.783	.500
	QE VIA_V F*Fem				.929	.421
	Violência Sexual					
	QE VIA_V S	.025	(3,349)	.033	-1.485	.030
	Fem		2.944		-.532	.646
QE VIA_V S*Fem				-.632	.618	
EBEP_OV	Discriminação					
	QE VIA_D		(3,345)		-3.045	.000
	Fem	.052	6.335	.000	-1.027	.334
	QE VIA_D*Fem				1.826	.090
	Violência Psicológica					
	QE VIA_V P		(3,344)	.000	-3.426	.000
	Fem	.058	7.043		-1.152	.279
	QE VIA_V P*Fem				2.275	.039
	Violência Física					
	QE VIA_V F	.032	(3,351)	.010	-2.389	.003
	Fem		3.825		-1.526	.148
	QE VIA_V F*Fem				1.920	.067
	Violência Sexual					
	QE VIA_V S	.035	(3,349)	.006	-1.908	.002
	Fem		4.209		-1.313	.210
QE VIA_V S*Fem				.794	.466	
EBEP_AS	Discriminação					
	QE VIA_D		(3,342)		-2.528	.003
	Fem	.051	6.164	.000	-2.178	.047
	QE VIA_D*Fem				1.148	.309
	Violência Psicológica					
	QE VIA_V P		(3,346)	.000	-4.576	.000
	Fem	.120	15.724		-1.963	.065
	QE VIA_V P*S				2.262	.040
	Violência Física					
	QE VIA_V F	.050	(3,349)	.000	-2.373	.004
	Fem		6.106		-2.767	.011
	QE VIA_V F*Fem				1.098	.306
	Violência Sexual					
	QE VIA_V S		(3,348)		-2.145	.027
	Fem	.040	4.836	.003	-2.506	.022
QE VIA_V S*Fem				.166	.905	

Posteriormente, recorreu-se ao *ModGraph* de modo a apresentar graficamente os resultados encontrados (cf., Gráficos de 8 a 10).

Gráfico 8

Efeito moderador do sexo na relação entre Relações Positivas e Violência Psicológica

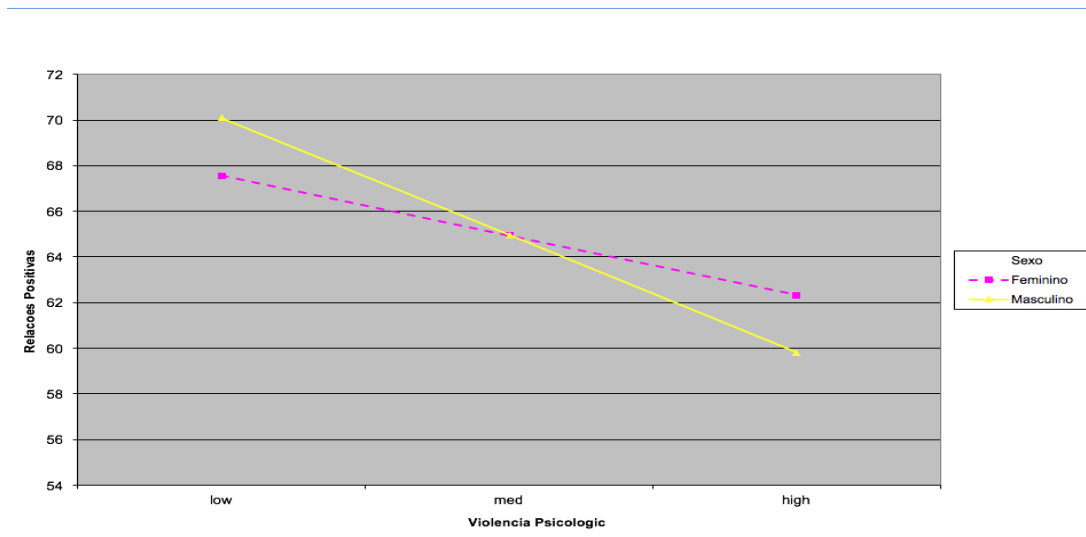


Gráfico 9

Efeito moderador do sexo na relação entre Objetivos de Vida e Violência Psicológica

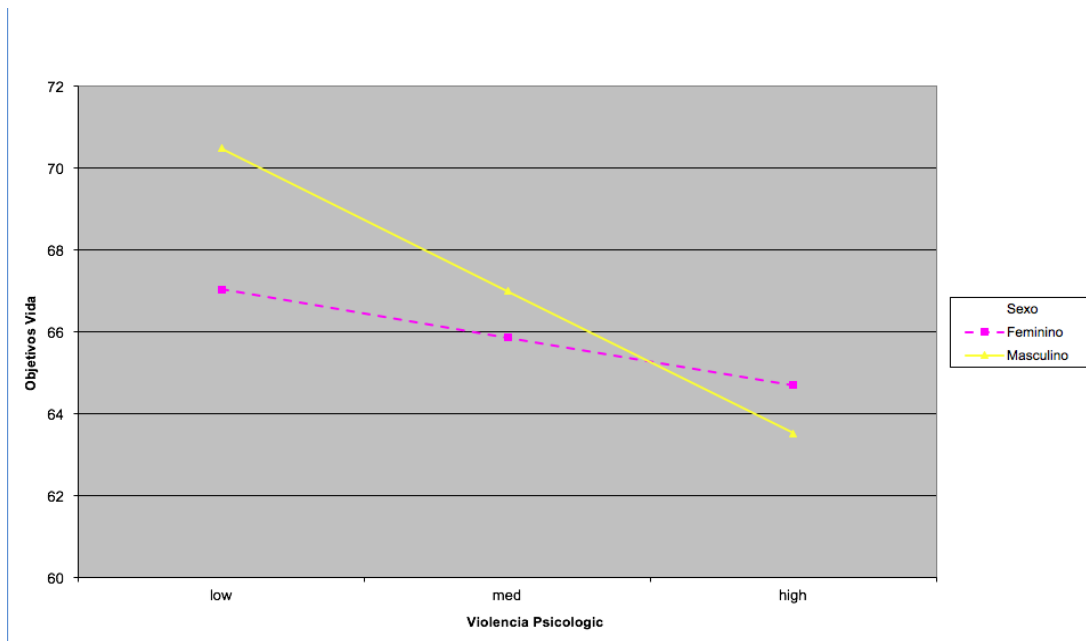
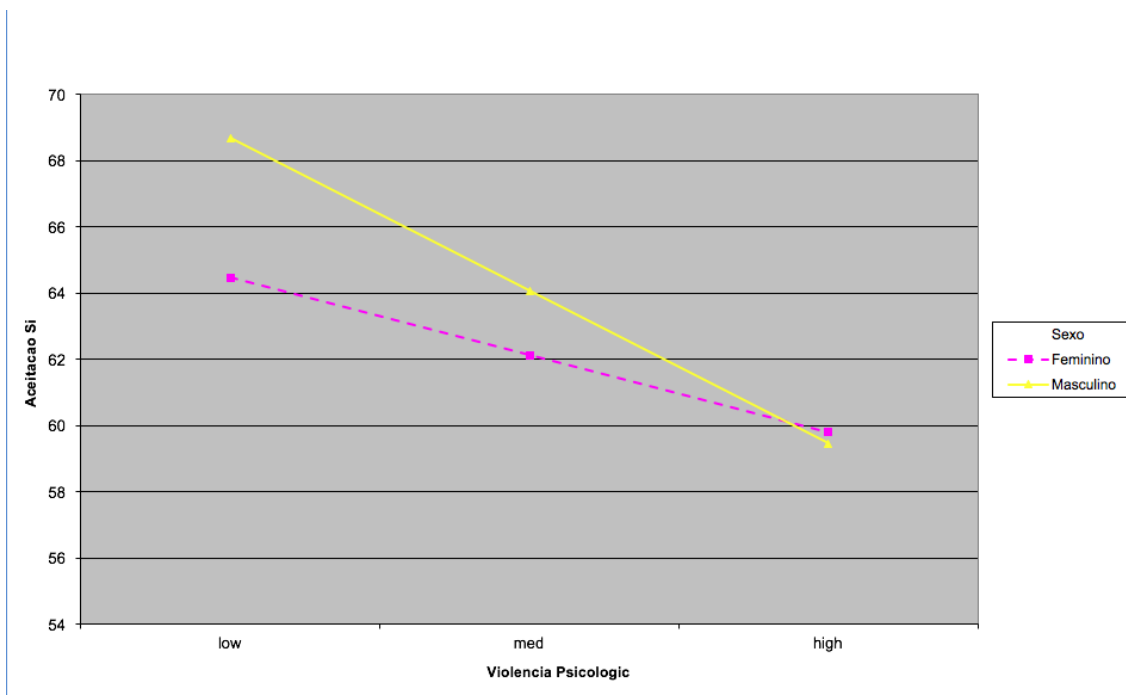


Gráfico 10

Efeito moderador do sexo na relação entre Aceitação de si e Violência Psicológica



Por outro lado, quanto mais vitimação psicológica menos BE ao nível das dimensões Relações Positivas (Gráfico-8), Objetivos na Vida (Gráfico-9) e Aceitação de Si (Gráfico-10). Contudo, quando os níveis de vitimação são reduzidos, verifica-se que homens e mulheres distinguem-se mais ao nível dos Objetivos de Vida e Aceitação de Si, sendo as mulheres quem apresenta menos BE desta natureza. Por outro lado, em situações de mais Vitimação psicológica, as mulheres reportam índices superiores de relações positivas.

Capítulo V – Discussão dos resultados

O presente capítulo diz respeito à discussão dos resultados do estudo, à luz dos dados teóricos e empíricos que lhes serviram de referência. A estrutura adotada para a discussão dos resultados seguirá a ordem das hipóteses formuladas e testadas.

Na Hipótese 1, que se reportava à correlação entre a experiência de vitimação e a sintomatologia psicopatológica, os resultados permitiram confirmar esta hipótese, pois constatou-se que níveis superiores de vitimação associam-se a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos. Estes dados são suportados pela literatura disponível neste domínio, existindo um vasto corpo teórico que encontra uma associação entre as experiências de vitimação e sintomas psicopatológicos (Amar & Gennaro, 2005; Atkeson

et al., 1982; Green & Diaz, 2007; Koss, Woodruff, & Koss, 1991; Montero et al., 2011). Entre as consequências da vitimação, destacam-se a depressão e a ansiedade (Bonomi et al., 2007; Freeman & Smith, 2014; Green, Streeter, & Pomeroy, 2005; Kilpatrick et al., 1985; Norris & Kaniasty, 1994; Ribeiro et al., 2009).

A Hipótese 2, previa que a variável Sexo teria um efeito moderador da relação entre a experiência de vitimação e a sintomatologia psicopatológica. Esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois os resultados atestam que a variável Sexo exerce um efeito moderador na relação entre: a Violência Psicológica e a Depressão e a Violência Física e a Depressão. Para além disso, permitiram constatar que o Sexo exerce um efeito moderador na relação entre todas as formas de violência estudadas e a Ansiedade. Para além disso, quando os níveis de vitimação psicológica e física são reduzidos, as mulheres são as que apresentam mais psicopatologia.

Estes dados corroboram os resultados obtidos noutros estudos, como por exemplo Howard et al. (2010), os quais relataram que existem claras diferenças de sexo em relação à vitimação e aos resultados da mesma, sendo que as mulheres apresentam mais ansiedade e depressão. Freeman e Smith (2014), também, investigaram o sexo no efeito da vitimação na SM e constataram que tornar-se vítima de crimes violentos tem um impacto significativo e negativo na SM, para ambos os sexos. No entanto, os investigadores realçam que o efeito da vitimação violenta é muito mais pronunciado no caso das mulheres. Isto está em consonância com os resultados obtidos no estudo de Jordan, Campbell, e Follingstad (2010), segundo os quais as taxas de incidência de depressão e de ansiedade são mais elevadas nas mulheres que sofrem violência física.

Quanto ao tipo de violência, no presente estudo, constatou-se que, enquanto para a ansiedade, o sexo teve um efeito moderador em todos os tipos de violência estudados; no caso da depressão, o sexo só teve um efeito moderador para a violência física e violência psicológica. Não foram encontrados estudos com os mesmos resultados que possibilitassem uma possível explicitação para estes achados. No entanto, não se pode deixar de destacar que estas duas formas de violência – física e psicológica - parecem ter um peso significativo no desenvolvimento de psicopatologia.

Tolin e Foa (2006), com base num estudo por eles desenvolvido, referem que são, precisamente, as mulheres vítimas de crime as que têm maior tendência para a depressão e ansiedade, e salientam que as expectativas sociais de género podem estar na base desta

diferença, pois são as responsáveis por perpetuar a visão dos homens como ativos/agressivos, e a visão das mulheres como passivas/emocionais.

No que respeita à *Hipótese 3*, esta previa que a experiência de vitimação estaria correlacionada com cada uma das subdimensões do BEP: Autonomia, Domínio do meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objetivos na Vida e Aceitação de Si. Esta hipótese foi confirmada, pois os resultados obtidos indicaram a existência de correlações negativamente significativas entre todas as experiências de vitimação e todas as dimensões do BEP, ou seja, níveis superiores de vitimação estavam associados a níveis inferiores de BE.

Os resultados do presente estudo são consonantes com a literatura disponível neste domínio. Antunes et al. (2018) efetuaram uma revisão de literatura através da qual constataram que os estudos revistos sugeriram, consistentemente, que as experiências individuais de vitimação (e.g., abuso físico ou psicológico do parceiro íntimo, assédio sexual e racial, perseguição) têm um impacto negativo sobre o BE dos participantes (e.g., BES ou BEP) (Ferreira et al., 2018).

De facto, a experiência de vitimação pode condicionar todas as esferas da vida da pessoa e limitar, indiretamente, a visão que a vítima tem de si própria, gerando um impacto na autoimagem e autoestima, com possíveis consequências para as relações interpessoais e projetos de vida, ou seja, com profundo impacto, precisamente, no BEP (Kulle, 2014).

Denkers e Winkel (1998) foram ainda mais além e diferenciaram os resultados ao nível do BE em função do tipo de crime. Assim, para estes investigadores, as vítimas de crimes violentos foram as que relataram menor BEP, quando comparadas com as vítimas de crimes contra a propriedade.

Relativamente à *Hipótese 4*, esta previa que a variável sexo tivesse um efeito moderador na relação entre a experiência de vitimação e cada uma das subdimensões de BEP. Esta hipótese foi parcialmente confirmada pois os resultados obtidos indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do Sexo: entre a Violência psicológica e a dimensão relativa às Relações Positivas; entre a Violência Psicológica e a dimensão Objetivos de Vida; bem como entre a Violência Psicológica e a Aceitação de Si. Ademais, constatou-se que os referidos efeitos são mais significativos no sexo feminino.

Ingram et al. (1996), também, desenvolveram um estudo no qual constataram que as experiências de vitimação foram preditores significativos de BEP. Mas tratou-se de um

estudo com uma amostra constituída apenas por mulheres, de contextos sociais muito específicos (113 mulheres sem abrigo e 116 mulheres em situação de pobreza).

No presente estudo, numa amostra mista, verificou-se que o sexo moderou a relação entre a condição de ser vítima de violência psicológica e algumas dimensões do BEP. Revisitando os valores das médias das tipologias de violência selecionadas para o presente estudo foi, precisamente, a violência psicológica aquela que apresentou os valores mais elevados. Este tipo de violência deixa marcas profundas, mas pouco visíveis, e é a que tem sido menos estudada (Lisboa et al., 2009), o que pode ter contribuído para o facto de não terem sido encontrados outros estudos com os mesmos resultados, em função da variável sexo, que facilitassem a compreensão destes achados. No entanto, considera-se que a vitimação por violência psicológica, pela sua menor visibilidade, pode condicionar uma experiência mais recôndita e íntima, ou seja, menos partilhada no contexto da relação com os outros. Envolve, ainda, em muito preconceito, esta tipologia de violência é, geralmente, vivida em silêncio o que não permite a obtenção de respostas empáticas por parte de outros, aspeto profundamente valorizado, especialmente, pelo sexo feminino. Por ser uma experiência de vitimação que, muito frequentemente, é oculta, também, pode ser mais perniciosa em termos de BEP, afetando sobretudo os vários aspetos do *self*, da autoestima e da autorrealização pessoal.

Capítulo VI - Conclusão

A OMS define a SM como um completo estado de BE no qual o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutiferamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade (OMS, 2001). Partindo desta definição multidimensional do funcionamento psicológico, o estudo do impacto das experiências de vitimação requer uma abordagem complexa e holística (Grych, Hamby, & Banyard, 2015), que não se restrinja à psicopatologia ou negligencie o BE dos indivíduos.

Por outro lado, a vitimação também requer uma abordagem mais abrangente, sobretudo, quando se procura conhecer o efeito da variável sexo, pois denota-se que abundam os estudos dirigidos unicamente ao sexo feminino, em contextos muito delimitados e com tipologias de violência específicos, tal como a violência sexual e/ou violência física nos relacionamentos íntimos.

Assim, o modelo teórico-conceitual adotado no presente estudo teve por base esta conceptualização integrativa do funcionamento psicológico individual das vítimas (Bonanno, 2004; Grych et al., 2015), abrangendo o crime de forma ampla. Para além disso, procurou-se estudar o funcionamento psicológico positivo sob a perspetiva eudaimónica do BE – BEP, perscrutando, também, o efeito da variável sexo. Perspetivou-se que esta análise mais integrativa seria fundamental, não só para a compreensão das experiências de vitimação, mas também para a otimização das práticas de suporte e intervenção clínica com vítimas de crime.

Na análise da variável sexo na relação entre a vitimação e os sintomas psicopatológicos, constatou-se que o sexo exerce um efeito moderador na relação entre a violência psicológica e a depressão, e na relação entre a violência física e a depressão. Contudo, é quando os níveis de vitimação psicológica e física são reduzidos, que homens e mulheres se distinguem mais e, em ambos os casos, são as mulheres quem apresentam mais problemas dessa natureza. Verificou-se que o sexo exerce um efeito moderador na relação entre as três formas de violência (física/sexual/psicológica) e a ansiedade, a destacar-se o sexo feminino. No que respeita à vitimação e ao BEP, conclui-se que níveis superiores de vitimação estão associados a níveis inferiores de BEP. Na análise do efeito do sexo na relação entre a vitimação e o BEP, o sexo exerce um efeito moderador na relação entre a violência psicológica nas seguintes dimensões do BEP: Relações Positivas, Objetivos de Vida e Aceitação de si.

Considera-se que futuras investigações deveriam explorar mais detalhadamente a, eventual, influência de outras variáveis, tal como características pessoais das vítimas, recursos e apoios, tipo de relação com o agressor, entre outras. Por fim, considera-se que, numa perspetiva holística, e atendendo à complementaridade de ambas as perspetivas, poderá ser útil estudar os efeitos da vitimação no BE, não só sob a perspetiva eudaimónica, mas também, sob a perspetiva hedónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, B., Brewin, C., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427.
- Antunes, C., Magalhães, E., & Ferreira, C. (2018). *Impacto da vitimação na saúde mental: Resultados e implicações a partir de uma revisão sistemática da literatura*. Trabalho apresentado no IV Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), Portugal, Braga, Fórum Braga.
- Atkeson, B., Calhoun, K., Resick, P., & Ellis, E. (1982). Victims of rape: repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 96-102.
- Azziz-Baumgartner, E., McKeown, L., Melvin, P., Dang, Q., & Reed, J. (2011). Rates of femicide in women of different races, ethnicities, and places of birth: Massachusetts, 1993-2007. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(5), 1077-1090.
- Bengel, J., Strttmatter, R., & Willmann, H. (1999). *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health* (Vol. 4). Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 59*(1), 20-28.
- Bonomi, A., Anderson, M., Rivara, F., & Thompson, R. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal Womens Health (Larchmt), 16*(7), 987-997.
- Bonomi, A., Thompson, R., Anderson, M., Reid, R., Carrell, D., Dimer, J., & Rivara, F. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(6), 458-466.
- Buchanan, N., Bergman, M., Bruce, T., Woods, K., & Lichty, L. (2009). Unique and joint effects of sexual and racial harassment on college students' well-being. *Basic and Applied Social Psychology, 31*, 267-285.
- Caetano, A., & Silva, S. (2010). Bem-estar subjetivo e saúde no trabalho. In M. Lopes, P. Palma, R. Bártolo-Ribeiro, & M. Cunha (Eds.), *Psicologia Aplicada*. Lisboa: Rh Editora.

- Caetano, R., & Cunradi, C. (2003). Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Annals of Epidemiology*, 13(10), 661-665.
- Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Card, N., & Hodges, E. (2008). Peer victimization among schoolchildren: Correlations, causes, consequences, and considerations in assessment and intervention. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 451-461.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.
- Comissão Nacional para a Saúde Mental. (2007). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.
- Comissão Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. (2011). The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207.
- Denkers, A., & Winkel, F. (1998). Crime Victims' Well-Being and Fear in a Prospective and Longitudinal Study. *International Review of Victimology*, 5(2), 141-162.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being Is Essential to Well-Being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener*. (pp. 247-266). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

- Dressing, H., Gass, P., & Kuehner, C. (2007). What can we learn from the first community-based epidemiological study on stalking in Germany? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(1), 10-17.
- Dressing, H., Kuehner, C., & Gass, P. (2005). Lifetime prevalence and impact of stalking in a European population: epidemiological data from a middle-sized German city. *British Journal of Psychiatry*, 187, 168-172.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043.
- Ferreira, C., Magalhães, E., & Antunes, C. (2018). *Vitimação na idade adulta: Resultados e implicações a partir de uma revisão sistemática da literatura*. Trabalho apresentado no IV Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), Portugal, Braga, Fórum Braga.
- Freeman, K., & Smith, N. (2014). Understanding the relationship between crime victimisation and mental health: A longitudinal analysis of population data. *Crime and justice bulletin: contemporary issues in crime and justice* (177).
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38, 184-188.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo - Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.
- Green, D., & Diaz, N. (2007). Predictors of Emotional Stress in Crime Victims: Implications for Treatment. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 7(3).
- Green, D., Streeter, C., & Pomeroy, E. (2005). A Multivariate Model of the Stress and Coping Process for Victims of Crime. *Stress, Trauma, and Crisis*, 8(1), 61-73.
- 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.
- Henderson, L., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 196-221.

- Howard, L., Trevillion, K., & Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525-534.
- Huta, V., & Ryan, R. (2010). Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735-762.
- Ingram, K., Corning, A., & Schmidt, L. (1996). The relationship of victimization experiences to psychological well-being among homeless women and low-income housed women. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 218-227.
- Jordan, C., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-628.
- Keyes, C., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In B. OG, R. CD, & K. RC (Eds.), *How healthy are we: A national study of well-being at midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal Public Health*, 100(12), 2366-2371.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kilpatrick, D., Best, C., Veronen, L., Amick, A., Villepontoux, L., & Ruff, G. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 866-873.
- Koelen, M., & Ban, A. (2004). *Health education and Health Promotion*. Netherlands: Wageningen Academic Publishers.
- Koss, M., Woodruff, W., & Koss, P. (1991). Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Sciences and the Law*, 9(1), 85-96.

- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., ten Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110.
- Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). *Violência e Género: Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Machado, W., & Bandeira, D. (2012). BEP: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas), 29*, 587-595.
- Manderscheid, R., Ryff, C., Freeman, E., McKnight-Eily, L., Dhingra, S., & Strine, T. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease, 7*(1).
- Marques, A. (2017). *Vitimação e funcionamento psicológico na adolescência: o papel moderador do sexo*. (Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde), Universidade Lusófona do Porto. Retrieved from <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/8526>
- Matos, A., André, R., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica, 131*, 1647-8606.
- Misra, R., & Mckean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies, 16*(1), 41-51.
- Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Perez, I., Vives-Cases, C., Martin-Baena, D., Talavera, M., & Plazaola, J. (2011). Interpersonal violence and women's psychological well-being. *Journal of Womens Health (Larchmt), 20*(2), 295-301.
- Mrug, S., & Windle, M. (2010). Prospective Effects of Violence Exposure across Multiple Contexts on Early Adolescents' Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 51*(8),
- Norris, F., & Kaniasty, K. (1994). Psychological distress following criminal victimization in the general population: cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 111-123.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia - O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

- O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 4-5.
- OMS. (1996). WHA49.25 *Prevention of violence: a public health priority*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA49_25_eng.pdf.
- OMS. (1946). *Constitution of World Health Organization*.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud - Resumen*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- OMS. (2014). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência*.
- OMS. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Piedrola, G. (1994). *Medicina Preventiva y Salud Publica*. Barcelona: Ediciones Cientificas y Técnicas S. A. Mason Salvat Medicina.
- Prinstein, M., Cheah, C., & Guyer, A. (2005). Peer victimization, cue interpretation, and internalizing symptoms: preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 11-24.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. M. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454.
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde?*. Lisboa: Vega.
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 Suppl 2, S49-57.
- Robinson, F., & Keithley, J. (2000). The impacts of crime on health and health services: A literature review. *Health, Risk & Society*, 2(3), 253-266.
- Romito, P., & Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1222-1234.
- Rosenfield, S., & Smith, D. (2010). Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problems? *A handbook for the study of mental health:*

- Social contexts, theories, and systems, 2nd ed.* (pp. 256-267). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2013). The polarities of psychological well being and their response to treatment. *Terapia psicológica, 31*, 49-57.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C. (1989). 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., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry, 9*(1), 1-28.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 13-39.
- Santos, E., Ferreira, J., Silva, C., & Almeida, J. (2010). Saúde e Felicidade: Prospectos positivos. In E. J. R. Santos, J. A. Ferreira, P. B. Santos, J. P. Leitão, R. David, C. S. Figueiredo, C. M. S. Silva, & J. G. Almeida (Eds.), *Aconselhamento na Saúde: Perspetivas integradoras* (pp. 343-356). Viseu: Psicossoma.
- Santos, M. (2011). *Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. (Tese de Doutoramento em Saúde Mental), Universidade de Aveiro.
- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. H. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade Autêntica: os princípios da Psicologia Positiva* (T. Bernardes, Trans.). Cascais: Pergaminho.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychology, 55*(1), 5-14.

- Soares, M. (2014). *BEP em estudantes do ensino superior: caracterização, correlatos e propostas de intervenção*. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retrieved from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4546/3/DM_MariaLuciliaSoares.pdf
- Strack, F., Argyle, M., & Schwarz, N. (1991). *Subjective Well-Being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal Public Health, 65*(10), 1037-1045.
- Tolin, D., & Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992.
- Turton, S., & Campbell, C. (2005). Tend and Befriend Versus Fight or Flight: Gender Differences in Behavioral Response to Stress Among University Students. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 10*(4), 209-232.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Pavez, P., Lillo, S., Bello, F., Díaz, N., & López, W. (2012). Money, Age and Happiness: Association of Subjective Wellbeing with Socio-Demographic Variables. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*, 155-163.
- Waterman, A., Schwartz, S., & Conti, R. (2008). The Implications of Two Conceptions of Happiness (Hedonic Enjoyment and Eudaimonia) for the Understanding of Intrinsic Motivation. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 41-79.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.
- Woyciekoski, C., Natividade, J. C., & Hutz, C. S. (2014). As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*, 401-409.