

JOANA FREIRE GAIO

**SERÁ A AUTOEFICÁCIA UM MEDIADOR NA
RELAÇÃO ENTRE VITIMAÇÃO E SAÚDE MENTAL
NA IDADE ADULTA?**

Orientadora: Eunice Magalhães

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Dissertação em Psicologia Forense

Lisboa

2018

JOANA FREIRE GAIO

**SERÁ A AUTOEFICÁCIA UM MEDIADOR NA
RELAÇÃO ENTRE VITIMAÇÃO E SAÚDE
MENTAL NA IDADE ADULTA?**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense no Curso de Mestrado em Psicologia Forense, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 16 de janeiro de 2019, perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral, nº358/2018 com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professora Doutora Joana Carvalho

Arguente: Professora Doutora Laura Alho

Orientadora: Professora Doutora Eunice Magalhães

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Dissertação em Psicologia Forense

Lisboa

2018

Agradecimentos

Os meus primeiros agradecimentos são dirigidos a todos os professores que fizeram parte de toda a minha vida académica, que permitiram que obtivesse os conhecimentos que possuo, salientando a minha orientadora, a Professora Doutora Eunice Magalhães, que me apoiou de uma forma inexplicável, exigindo de mim o melhor que poderia dar.

Também agradeço às minhas colegas/amigas de orientação, que foram incríveis, à Ana Catarina, à Carolina e à Cheila. Agradecendo também a quatro amigas que fiz nos meus cinco anos universitários e que foram importantíssimas nesta caminhada, à Ana, à Orlanda, à Márcia e à Rute.

Um agradecimento muito especial às minhas amigas de sempre, Cristiana, Rita, Ana e Soraia.

Aos meus pais, por todo o esforço, por todo o amor e por todo o apoio, pois sem eles não teria consigo alcançar os meus sonhos e os meus objetivos. À minha irmã, por ser um verdadeiro exemplo de esforço e de luta. À tia Teresa e à Mariana por me apoiarem e me trazerem paz quando mais precisava.

A toda a restante família, tios e primos, por todo apoio prestado.

Ao Alexandre e ao Jóni, por terem sido pacientes e me terem apoiado nos momentos mais difíceis.

E um agradecimento muito especial aos meus avós, Fernanda, José, Manuel e Glória, por todas as bases de educação fantásticas que obtive dos meus pais.

Resumo

A violência na idade adulta é uma problemática que, cada vez mais, está a ser tida em conta para a sua consciencialização. Contudo, existe uma escassez de estudos multidimensionais que relacionem a mesma com, por exemplo, a saúde mental. O presente estudo teve como objetivo analisar se a autoeficácia é um mediador na relação entre vitimação e saúde mental na idade adulta. No mesmo estudo participaram 444 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos, maioritariamente do sexo feminino. Os resultados demonstraram que os níveis de autoeficácia são mais elevados nos participantes do sexo masculino. Analisando a mediação, também se pode garantir mediação significativa nas seguintes relações: Vitimação Física e Ansiedade ($\beta = -.05$, $p < .05$), Vitimação Psicológica e Ansiedade ($\beta = .03$, $p < .01$), Vitimação Psicológica e Depressão ($\beta = -.05$, $p < .01$) e Vitimação Psicológica e Satisfação com a Vida ($\beta = -.04$, $p < .01$). Os resultados obtidos revelam importantes informações para a prática, quer ao nível da prevenção de experiências de vitimação, quer ao nível da promoção da saúde mental na idade adulta.

Palavras-chave: Vitimação Psicológica; Vitimação Física; Vitimação Sexual; Experiências de Vitimação; Saúde Mental; Bem-estar Subjetivo; Autoeficácia

Abstract

Violence in adulthood is a problem that is increasingly being taken into account in raising awareness. However, there is a paucity of multidimensional studies that relate it to, for example, mental health. The present study aimed to analyze whether self-efficacy is a mediator in the relationship between victimization and mental health in adulthood. In the same study, there were 444 adults aged between 18 and 77, mostly female. The results demonstrated that the levels of self-efficacy are higher in the male participants. Analyzing the mediation, it is also possible to guarantee significant mediation in the following relations: Physical Victimization and Anxiety ($\beta = -.05, p < .05$), Psychological Victimization and Anxiety ($\beta = .03, p < .01$), Psychological Victimization and Depression ($\beta = -.05, p < .01$) and Psychological Victimization and Satisfaction with Life ($\beta = -.04, p < .01$). The results obtained reveal important information for practice, both in the prevention of victimization experiences and in the promotion of mental health in adulthood.

Keywords: Psychological Victimization; Physical Victimization; Sexual Victimization; Victimization Experiences; Mental health; Subjective well-being; Self-efficacy

Índice

Índice de Tabelas	7
Índice de Figuras	8
1. Introdução.....	9
2. Enquadramento Conceptual.....	10
2.1. Experiências de vitimação na idade adulta e saúde mental	10
2.2. Vitimação e saúde mental na idade adulta: o papel da autoeficácia	12
3. Método.....	16
3.1. Participantes	16
3.2. Instrumentos	16
3.3. Procedimentos de recolha e análise de dados	17
4. Resultados.....	19
4.1. Diferenças de médias nas variáveis em estudo em função do sexo.....	19
4.2. Análise correlacional entre as variáveis em estudo e a idade dos participantes	20
4.3. Modelo de Mediação da Autoeficácia na relação entre Vitimação e Saúde Mental	
.....	21
5. Discussão	24
6. Referências Bibliográficas.....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Diferenças de médias da vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, autoeficácia, depressão, ansiedade e satisfação com vida em função do sexo dos participantes.....	19
Tabela 2 – Correlações entre idade, vitimação psicológica, vitimação física, vitimação sexual, satisfação com a vida, depressão, ansiedade e autoeficácia.....	21

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de mediação da autoeficácia na relação entre vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, depressão, ansiedade e depressão com a vida.....23

1. Introdução

Ao longo dos anos, pôde assistir-se, através de alguns estudos, à consciencialização da sociedade relativamente à problemática da violência na idade adulta, assim como às suas consequências para a saúde e bem-estar dos indivíduos (Dahlberg & Krug, 2007; Gonçalves, 2006; Krug, Dahlberg, Mercy Zwi & Lozano, 2002). Contudo, a necessidade de compreender os mecanismos explicativos da relação entre experiências de vitimação e saúde mental carecem de investigação adicional. Com efeito, a escassez de estudos centrados numa perspetiva multidimensional da violência, assim como da saúde mental, constitui-se um argumento importante no desenvolvimento da presente dissertação.

No presente trabalho, a saúde mental é perspetivada não como sendo “simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas sim “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001, p. 2). Do mesmo modo, importa perceber que variáveis poderão mediar a relação entre as experiências de vitimação e resultados de saúde mental.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo explorar se autoeficácia é um mediador na relação entre vitimação e saúde mental na idade adulta.

A presente dissertação encontra-se organizada em diferentes secções, desde o Enquadramento Conceptual, que faz referência a diversos estudos relativos à evidência sobre a relação entre as variáveis estudadas (vitimação psicológica, sexual e física, autoeficácia, saúde mental e bem-estar subjetivo), seguido do Método, dos Resultados e da Discussão.

2. Enquadramento Conceptual

2.1 Experiências de vitimação na idade adulta e saúde mental

De acordo com a OMS, a violência pode ser definida como “o uso intencional da força física ou do poder, em forma de ameaça ou na prática, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem uma alta probabilidade de resultar em lesões, morte, danos psicológicos, baixo desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002, p.4). A definição abrange a violência interpessoal bem como comportamentos suicidas e conflitos de armas.

A literatura sugere que podemos dividir a violência em três diferentes categorias, sendo essas, a violência autoinfligida, a violência interpessoal e a violência coletiva. Os três tipos de violência também se subdividem, a violência autoinfligida em comportamentos suicidas e agressão autoinfligida/ autoabuso, a violência interpessoal divide-se em violência na família e na intimidade e em violência na comunidade e, por último, a violência coletiva, que se subdivide em económica, social e política (Dahlberg & Krug, 2007; Krug et al., 2002; Zuma, 2005, cit. *in* Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012). Relativamente ao primeiro tipo, a primeira subdivisão (comportamentos suicidas) diz respeito a pensamentos suicidas, tentativas de suicídio (parassuicídio/ autolesão deliberada) e suicídios, por sua vez, o auto abuso diz respeito a atos como a automutilação (Dahlberg & Krug, 2007).

Tendo em conta a subdivisão da violência interpessoal, a primeira, violência na família e na intimidade, refere-se à violência que ocorre entre familiares e/ou parceiros íntimos, normalmente no contexto doméstico (incluindo diversas formas de violência, como o abuso infantil, violência praticada pelo parceiro íntimo e abuso contra idosos) e a violência na comunidade diz respeito à violência entre indivíduos que se poderão conhecer ou não e que, normalmente, ocorre fora de casa (incluindo violência juvenil, atos aleatórios de violência, violação ou ataque sexual por estranhos, violência em grupos institucionais como escolas, local de trabalho (Dahlberg & Krug, 2007).

Por sua vez, a violência coletiva, que se relaciona com a violência cometida por países ou grandes grupos, possui as três subdivisões, sendo que, a económica é relativa a ataques de grandes grupos motivados pelo lucro económico, a social e a política tem relação com guerra, conflitos violentos e violência do estado (Dahlberg & Krug, 2007). Em suma, a divisão dos

tipos de violência é realizada de forma a distinguir a violência que a pessoa inflige a si mesma, a violência que é infligida por outro indivíduo ou por um grupo de poucas pessoas direcionada a alguém e a violência exercida por um grande grupo, como o Estado, os grupos políticos, organizações terroristas (Dahlberg & Krug, 2007; Krug et al., 2002).

No presente estudo, centrar-nos-emos na violência interpessoal e, especificamente, na idade adulta. Neste contexto, importa ainda distinguir subtipos de experiências de violência, nomeadamente, física, psicológica e sexual (Krug et al., 2002). Relativamente à violência física, segundo Fonseca et al. (2012), esta traduz-se em danos corporais infligidos às vítimas, através de, por exemplo, murros ou empurrões. Por sua vez, a violência sexual diz respeito ao envolvimento da vítima em práticas/relações sexuais não desejadas/consentidas. A violência psicológica, também designada por violência silenciosa, envolve danos emocionais (humilhação, coação) e ações que transgridam os valores morais (Fonseca et al., 2012).

A investigação sobre as experiências de vitimação na idade adulta revela-se, assim, importante do ponto de vista científico e social, na medida em que estas experiências tendem a estar associadas a um comprometimento da saúde mental dos indivíduos. De acordo com a OPAS (1993), a violência encontra-se relacionada com a presença de sintomatologia depressiva ou de ansiedade. Além disso, de acordo com a mesma organização, tendo em conta o número de vítimas e as extremas consequências orgânicas e emocionais que a violência produz, esta obteve um carácter particular, passando a considerar-se uma problemática de saúde pública em diversos países (Minayo, 1994). Com efeito, vítimas de experiências de vitimação nas suas relações interpessoais tendem a apresentar níveis elevados de depressão, ansiedade (Oliveira et al., 2005; Villela, 2008), perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) e reduzida qualidade de vida (Beeble, Bybee & Sullivan, 2010).

Por sua vez, alguns investigadores (Anderson, Saunders, Yoshihama, Bybee & Sullivan, 2003; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Campbell & Soeken, 1999) referem que a depressão diminui em concordância com a diminuição da violência, embora contrariamente Von Eye e Bogat (2006) sugeriram que, apesar de os níveis de abuso baixarem, os níveis de depressão mantêm-se iguais. Tal pôde concluir-se porque nos estudos de Anderson et al. (2003), Campbell et al. (1995) e de Campbell e Soeken (1999) teve-se em conta o apoio emocional/psicológico, ou seja, foi estudada a depressão e a violência, tendo

por base esse tipo de apoio na pós-vitimação, enquanto no estudo de Von Eye e Bogat (2006), apenas se teve em conta o apoio financeiro.

Estes resultados revelam a pertinência do tópico aqui explorado, na medida em que, apresenta implicações para o funcionamento adaptativo dos indivíduos, sendo a saúde mental perspectivada de forma cada vez mais holística e menos centrada na mera ausência de doença. Com efeito, a saúde mental é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não constituindo apenas na ausência de doença ou efemeridade” (OMS, 2001, p. 2).

Especificamente, no que diz respeito à dimensão de bem-estar, a literatura, segundo Ryan e Deci (2001, cit. in Siqueira & Padovam, 2008), sugere duas perspetivas centrais: a perspetiva hedónica - que aborda o estado subjetivo de felicidade, ou seja, adota uma visão de bem-estar como prazer ou felicidade, também nomeada de bem-estar subjetivo - e a perspetiva eudaimónica ou bem-estar psicológico - que investiga o potencial humano, apoiando a noção de que o bem-estar diz respeito ao pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa. De acordo com a literatura, as experiências de vitimação tendem a comprometer o bem-estar físico e mental (Douhou & van Soest, 2013), particularmente, quando se trata de experiências de vitimação recentes (Conway, Hu, Warshaw, Kim & Bullon, 1995).

No caso deste projeto de investigação, focar-nos-emos na perspetiva hedónica, ou seja, no bem-estar subjetivo, referindo-se esse, segundo Diener, Suh e Oishi (1997) à forma como as pessoas avaliam as suas vidas e inclui variáveis como satisfação com a vida, bom humor e emoções positivas, e a ausência de emoções negativas. Especificamente, o bem-estar subjetivo envolve uma dimensão afetiva (humor positivo e negativo) e outra cognitiva (satisfação com a vida). Assim, níveis de bem-estar subjetivo elevados envolvem emoções positivas, menos negativas e níveis mais elevados de satisfação com a vida (Vázquez & Chaves, 2016).

2.2 Vitimação e saúde mental na idade adulta: o papel da autoeficácia

O conceito de autoeficácia foi, inicialmente, reconhecido por Albert Bandura como o julgamento ou “a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade” (Barros & Batista-dos-Santos, 2010, p. 1). Segundo Bandura (1997),

as crenças de autoeficácia são importantes porque é através dessas que as pessoas conseguem exercer controlo sobre as suas próprias ações, condutas e pensamentos, sendo imprescindíveis para que se atinjam metas individuais e se executem as tarefas com sucesso.

Se por um lado, Bandura (1977) sugere que a autoeficácia influencia a decisão dos indivíduos se enfrentarão ou não determinadas situações, podendo apresentar diferentes níveis de autoconfiança em diferentes domínios ou perante diferentes situações, ou seja, a autoeficácia seria uma crença relativamente à competência para situações específicas. Podendo ser este constructo definido como "a medida em que as pessoas acreditam que são capazes de exercer influência e controlo sobre os eventos que afetam suas vidas" (Bandura, 1994, cit. in Danis, Yoon, & Anderson, 2007, p. 26). Por outro lado, outros autores apelam para uma visão mais geral da autoeficácia, sendo essa compreendida como uma crença que se mantém, independentemente da situação. (Scherbaum, Cohen-Charash & Kern, 2006; Araújo & Moura, 2011).

No presente trabalho, posicionamo-nos teoricamente numa perspetiva da autoeficácia global, enquanto traço motivacional e não contextualmente específica, estado motivacional. Independentemente do posicionamento, sabemos que a autoeficácia tem um papel determinante na quantidade de esforço utilizado pelos indivíduos, sendo por isso importante na forma como estes se adaptam a novos acontecimentos (Chen, Gully & Eden, 2001). Enquadrando-se a autoeficácia enquanto elemento central da Teoria Social Cognitiva (TSC), o comportamento humano decorre assim do papel recíproco de fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e do ambiente externo (Azzi & Polydoro, 2006 cit. in Barros & Batista-dos-Santos, 2010). Neste sentido, a autoeficácia tem um papel fundamental no processo individual de autorregulação, afetando os fatores cognitivos, motivacionais, decisivos e afetivos dos indivíduos, diretamente ou através do seu impacto (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003).

Segundo Schwarzer e Schmitz (2004 cit. in Araújo & Moura, 2011), níveis de autoeficácia elevados estão associados a níveis superiores de controlo de agressividade e impulsividade, sendo que, os indivíduos que têm uma crença mais elevada de autoeficácia geral possuem maior capacidade de controlarem situações stressantes (Judge, Locke & Durham, 1997 cit. in Chen, Gully & Eden, 2001; Gardner & Piercer, 1998; Judge et al., 1998

cit. *in* Araújo & Moura, 2011). Para sustentar esta ideia, Pascal (2013), no seu estudo sobre a violência doméstica, conclui que indivíduos com baixos níveis de autoeficácia manifestam uma maior tolerância a esse tipo de vitimação. Com efeito, as crenças de autoeficácia dos indivíduos podem ser influenciadas por acontecimentos potencialmente stressantes (Bandura, 1997), como por exemplo, experiências de vitimação. De acordo com Bandura (2004), existem quatro formas de desenvolver um forte senso de autoeficácia, sendo essas: a modelação social, ou seja, através da observação de outros indivíduos vistos como modelos bem-sucedidos, permitindo assim, que o sujeito consiga captar conhecimentos e habilidades para lidar com as exigências do meio; a persuasão social, que acontece quando as pessoas são levadas a atuar de forma a obter sucesso, elas confiam mais na sua capacidade, afastando-se assim de situações nas quais podem falhar, não se envolvendo em pensamentos que as façam duvidar das suas capacidades; os estados emocionais, pois as pessoas julgam as suas capacidades em função dos seus estados emocionais, entendendo os seus níveis de tensão, ansiedade e depressão como indicadores sinais de deficiência pessoal; e, por último, as experiências de mestria, isto é, as experiências de domínio relativamente à execução de atividades ou habilidades apresentadas, sendo esta última, vista como o recurso mais eficaz para fortalecer crenças de autoeficácia.

Do mesmo modo, não só as experiências de vitimação poderão afetar os julgamentos/crenças de autoeficácia dos indivíduos, como níveis reduzidos de autoeficácia estão associados a níveis mais elevados de psicopatologia (e.g., depressão e/ou ansiedade), e a um bem-estar reduzido, como baixa-autoestima e pensamentos pessimistas (Grau, Salanova & Peiró, 2001 cit. *in* Pocinho & Capelo., 2009). Assim, a autoeficácia pode ser vista enquanto mediadora entre as fontes de *stress* e as suas consequências (Grau, Salanova, & Peiró, 2001 cit. *in* Pocinho & Capelo, 2009). Por outro lado, níveis elevados de autoeficácia estão relacionados com um maior controlo percebido por parte dos indivíduos sobre si próprios, e com a utilização de estratégias de *coping* ativas face a situações de *stress* (Pocinho & Capelo, 2009). Assim, um julgamento positivo da autoeficácia está relacionado com níveis mais positivos de saúde em geral, e especificamente, com maior realização pessoal e melhor integração social (Bandura, 1997; Scholz, Doña, Sud & Schwarzer, 2002; Schwarzer, 1992).

Apesar da relevância destes resultados e pressupostos teóricos, a investigação desenvolvida nesta área não tem explorado o papel das experiências de vitimação na saúde

mental das vítimas, considerando simultaneamente uma abordagem multidimensional da vitimação e da saúde mental e não tem testado o papel mediador da autoeficácia nesta relação.

Desta forma, este estudo tem como principal objetivo compreender se a autoeficácia é um mediador na relação entre vitimação e saúde mental na idade adulta.

3. Método

3.1 Participantes

Participaram neste estudo 444 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos ($M= 30.12$, $DP=10.85$), maioritariamente do sexo feminino (84.2%). No que diz respeito ao estado civil dos participantes, 71.4% são solteiros, 22.3% casados, 5.9% divorciados e 0.2% viúvos. Do ponto da proveniência geográfica, a maioria dos participantes é de Lisboa (32.9%), Porto (28.6%) e Aveiro (10.8%).

3.2 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. O presente questionário inclui questões que permitem caracterizar os participantes, como a idade, o sexo, a profissão, as habilitações literárias ou o distrito onde reside.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 2007). Inventário constituído por 53 itens, avaliando os sintomas psicopatológicos tendo em conta nove dimensões: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo; e três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). Contudo, neste estudo apenas serão utilizados 12 itens que avaliam duas dimensões de psicopatologia: ansiedade e depressão. É avaliado por meio de uma escala de Likert, em que a possibilidade de resposta varia entre “nunca” a “muitíssimas vezes”. Na versão portuguesa a consistência interna obtida foi: Ansiedade ($\alpha=.77$) e Depressão ($\alpha=.73$) (Canavarro, 2007). No presente estudo foram obtidos os seguintes valores de consistência interna (α de Cronbach): Ansiedade (.86) e Depressão (.89) (Teixeira, 2015; Martins, 2010).

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Simões, 1992). Este instrumento é constituído por 5 itens que avaliam uma dimensão global de satisfação com a vida. As respostas nesta escala incluem cinco opções, desde discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito (5). Os resultados variam assim

entre 5 e 25 valores. A consistência interna na versão original é de .77, e no presente estudo foi obtido um valor de consistência interna (α de Cronbach) de (.89) (Nunes, 2009).

Escala de Auto-Eficácia Geral (Araújo & Moura, 2011). Escala constituída por 10 itens, que avaliam uma dimensão global de autoeficácia. Os 10 itens podem ser respondidos através de quatro opções, sendo essas, de modo nenhum e verdade (1), dificilmente é verdade (2), moderadamente é verdade (3) e exatamente verdade (4), podendo obter um total entre 10 e 40 pontos. Esta escala, ao nível das propriedades psicométricas, apresenta um valor global de consistência interna de .76. No presente estudo foi obtido um valor de consistência interna (α de Cronbach) de (.88) (Araújo & Moura, 2011).

Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta (Lisboa, Barroso, Patrício, & Leandro, 2009, adaptado por Magalhães, Antunes & Ferreira, 2017), é um questionário de autorrelato, do tipo inventário comportamental, que avalia eventuais experiências de vitimação durante o último ano, mas também a sua caracterização mais aprofundada ao nível do/a perpetrador/a. É composto por um total de 25 itens, correspondentes a 4 principais tipos de violência: Discriminação (6 itens); Violência Psicológica (9 itens); Violência Física (5 itens); Violência Sexual (5 itens) (Magalhães et al., 2017). Para cada item, é solicitado ao participante que indique se, durante o último ano, alguma vez foi alvo do respetivo comportamento, através de uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde 0 - Nunca a 4 - Frequentemente/Repetidamente/+ de 10 vezes). Relativamente à consistência interna do instrumento foi possível verificar indicadores satisfatórios (Discriminação α =.81; Violência Psicológica α =.84; Violência física α =.90; Violência sexual α =.89) (Magalhães et al., 2017). Contudo, no presente estudo apenas são utilizadas as seguintes dimensões: Violência Sexual, Violência Psicológica e Violência Física (19 itens). No presente estudo foram obtidos os seguintes valores de consistência interna (α de Cronbach): Violência sexual (.81), Violência psicológica (.90) e Violência física (.51) (Brás, 2017).

3.3 Procedimentos de recolha e análise de dados

O presente estudo enquadra-se num projeto mais alargado (*Experiências de vitimação na idade adulta e saúde mental: o papel de variáveis individuais e sociocognitivas*), tendo

este sido aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Posteriormente, o estudo foi disseminado em diferentes plataformas *online*, sendo preenchido por adultos depois de devidamente informados sobre os seus objetivos. Visto este protocolo conter itens sensíveis, podendo levar os participantes a reviver memórias e constrangimentos, gerando consequências, foi disponibilizado um *e-mail* de contacto dos profissionais que integram o projeto. Os dados recolhidos foram analisados através do *software IBM SPSS Statistics* (SPSS, versão 22.0) no que diz respeito às diferenças de médias e análise correlacional, e do AMOS v.21 ao nível do modelo de mediação. O modelo de mediação, proposto, foi testado através de um modelo *path analysis*, com recurso a uma abordagem *bootstrap* (95% - intervalos de confiança; *bias corrected bootstrapping*; 5000 reamostragens) para testar a significância dos efeitos indiretos.

4. Resultados

4.1 Diferenças de médias nas variáveis em estudo em função do sexo

As variáveis vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, autoeficácia, depressão, ansiedade e satisfação com vida foram analisadas tendo em conta o sexo dos participantes. Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas numa destas variáveis, mais concretamente, que os participantes do sexo masculino apresentam médias superiores na dimensão de Autoeficácia ($p < .05$).

Tabela 1.

Diferenças de médias da vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, autoeficácia, depressão, ansiedade e satisfação com vida em função do sexo dos participantes.

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t (p-value)
Satisfação com a vida	Feminino	374	3.14	0.88	.240 (.810)
	Masculino	70	3.11	0.94	
Depressão	Feminino	374	1.04	0.89	-.219 (.827)
	Masculino	70	1.06	0.91	
Ansiedade	Feminino	374	1.08	0.88	1.281 (.201)
	Masculino	70	0.94	0.83	
Autoeficácia	Feminino	374	2.99	0.51	-2.053 (.041)
	Masculino	70	3.12	0.46	
Vitimação Psicológica	Feminino	374	0.32	0.50	1.072 (.284)
	Masculino	70	0.25	0.40	
Vitimação Física	Feminino	374	0.07	0.36	.413 (.680)
	Masculino	70	0.05	0.16	
Vitimação Sexual	Feminino	374	0.02	0.13	-.282 (.778)
	Masculino	70	0.03	0.10	

4.2 Análise correlacional entre as variáveis em estudo e a idade dos participantes

Foi feita uma análise de correlações entre as variáveis que foram incluídas no modelo de mediação (vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, autoeficácia, depressão, ansiedade e satisfação com vida) e a idade. Os resultados mostram que a idade se correlaciona negativamente com a Violência Física, com a Satisfação com a Vida e com a Ansiedade. Por sua vez, os resultados referentes à vitimação, revelam que quanto maior a Vitimação Psicológica e Física, menor a Satisfação com a Vida e maior a Depressão. Focando apenas a Vitimação Psicológica, esta correlaciona-se positivamente com a Ansiedade (i.e., quanto mais Vitimação Psicológica, maior a Ansiedade). Quando analisada a Vitimação Física, esta correlaciona-se positivamente com a Autoeficácia (i.e. quanto maior a Vitimação Física, maior a Autoeficácia). Também é de salientar que a Vitimação Psicológica se correlaciona positivamente com a Vitimação Física e Sexual, ou seja, quanto mais Vitimação Psicológica, mais Vitimação Física e Sexual, e que a Vitimação Física se correlaciona, também positivamente com a Vitimação Sexual (i.e. quanto mais Vitimação Física, mais Vitimação Sexual).

Relativamente à Satisfação com a Vida, foi possível verificar uma correlação positiva com a Autoeficácia, ou seja, níveis mais elevados de Autoeficácia estão associados a níveis superiores de Satisfação com a Vida. Por sua vez, quando se analisa a Depressão e a Ansiedade, foram obtidas correlações negativas (i.e. quanto maiores os níveis da Satisfação com a Vida, menores os níveis de Depressão e de Ansiedade).

Os resultados mostram, ainda, que a dimensão Depressão se correlaciona de forma positiva com a Ansiedade e de forma negativa com a Autoeficácia (i.e. quanto maiores os níveis de Depressão, maiores os níveis de Ansiedade e menores os níveis de Autoeficácia). E que a Ansiedade se correlaciona de forma negativa com a Autoeficácia (i.e. quanto maiores os níveis de Ansiedade, menores os níveis de Autoeficácia). Desta forma, pode-se concluir que as correlações acima referidas são todas significativas, encontrando-se na tabela 2.

Tabela 2.

Correlações entre idade, vitimação psicológica, vitimação física, vitimação sexual, satisfação com a vida, depressão, ansiedade e autoeficácia.

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Idade	-.060	-.099*	-.071	-.199**	-.093	-.116*	.057
2. Vitimação Psicológica		.491**	.205**	-.271**	.378**	.432**	-.056
3. Vitimação Física			.260**	-.109*	.102*	.084	.119*
4. Vitimação Sexual				.006	.064	.051	-.048
5. Satisfação com a Vida					-.414**	-.267**	.321**
6. Depressão						.776**	-.360**
7. Ansiedade							-.270**
8. Autoeficácia							1

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

4.3 Modelo de Mediação da Autoeficácia na relação entre Vitimação e Saúde Mental

A partir das correlações e diferenças de médias analisadas previamente, verificámos um conjunto de diferenças estatisticamente significativas e, por esse motivo, o modelo de mediação foi testado controlando para a idade, sexo.

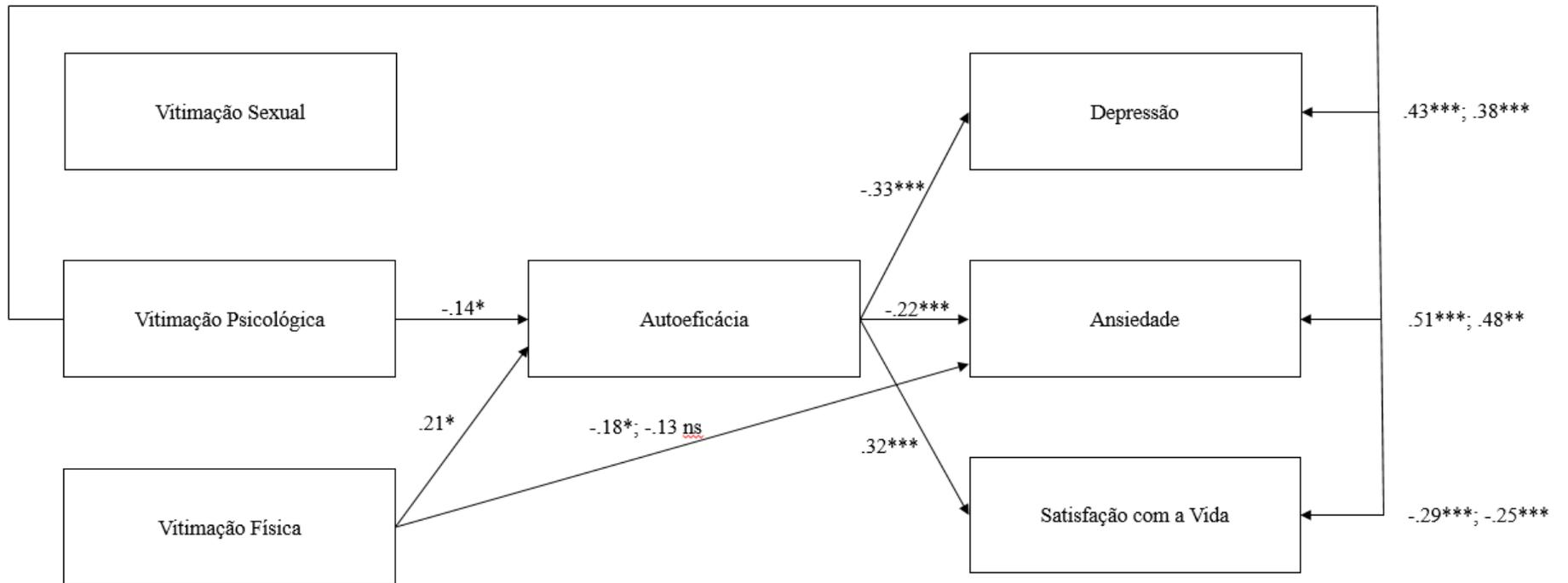
Foram encontrados efeitos de mediação significativos nas seguintes relações: Vitimação Física e Ansiedade ($\beta = -.05$, $p < .05$), Vitimação Psicológica e Ansiedade ($\beta = .03$, $p < .01$), Vitimação Psicológica e Depressão ($\beta = -.05$, $p < .01$) e Vitimação Psicológica e Satisfação com a Vida ($\beta = -.04$, $p < .01$). Assim, níveis mais elevados de Vitimação Física estão associados a níveis mais reduzidos de Ansiedade, através do papel mediador da Autoeficácia. Especificamente, níveis mais elevados de Vitimação Física estão associados a níveis mais elevados de Autoeficácia, sendo que, níveis mais elevados de Autoeficácia estão associados a níveis mais reduzidos de Ansiedade.

Do mesmo modo, níveis elevados de Vitimação Psicológica encontram-se associados a níveis mais elevados de Depressão e de Ansiedade e a níveis mais reduzidos de Satisfação com a Vida, através do papel mediador da autoeficácia. Assim, níveis mais elevados de Vitimação Psicológica estão associados a níveis mais reduzidos de Autoeficácia, sendo que,

níveis mais elevados de Autoeficácia estão associados a níveis mais reduzidos de Depressão e de Ansiedade e a níveis mais elevados de Satisfação com a Vida. Além disso, foram ainda encontrados efeitos indiretos (i.e., sem efeitos totais significativos) nas seguintes relações: Vitimação Física e Depressão ($\beta = -.07$, $p < .05$), Vitimação Física e Satisfação com a Vida ($\beta = .06$, $p < .05$). Assim, a Vitimação Física está significativamente associada à Depressão e à Satisfação com a Vida apenas através do papel indireto da Autoeficácia. Níveis mais elevados de Vitimação Física estão associados a níveis mais elevados de Autoeficácia, e níveis mais elevados de Autoeficácia estão associados a níveis mais reduzidos de Depressão e mais elevados de Satisfação com a Vida.

Figura 1.

Modelo de mediação da autoeficácia na relação entre vitimação sexual, vitimação psicológica, vitimação física, depressão, ansiedade e satisfação com a vida.



Nota. $^{***}p < .001$; $^{**}p < .01$; $^{*}p < .05$

5. Discussão

O presente estudo tinha como objetivo compreender se a autoeficácia se afigura um mediador na relação entre vitimação e saúde mental na idade adulta. Neste sentido, numa primeira fase, foram realizados testes de diferenças de médias e análises correlacionais, considerando as variáveis sexo e idade.

Os resultados obtidos sugerem que, relativamente ao sexo, os participantes do sexo masculino obtiveram resultados significativamente superiores na dimensão Autoeficácia. Este resultado é congruente com a literatura que sugere a menor propensão dos homens para situações stressantes que comprometam as suas crenças de autoeficácia (Bandura et al., 2003; Pocinho & Capelo, 2009). Relativamente à idade, verificámos, no presente estudo, associações significativas e negativas com a Vitimação Física, a Satisfação com a Vida e a Ansiedade. Assim, e de forma consistente com a literatura, quanto mais velhos os participantes, menos experiências de vitimação física reportam (Minayo, 2002), menos satisfação com a vida e menos sintomatologia ansiosa.

No que diz respeito ao modelo de mediação, verificámos que a Autoeficácia se afigura um mediador significativo na relação entre experiências de Vitimação específicas (psicológica e física) e indicadores de saúde mental, sendo particularmente evidente o seu papel mediador na relação entre a Vitimação Psicológica e todas as dimensões de Saúde Mental (i.e., psicopatologia e bem-estar). Com efeito, o papel mediador da Autoeficácia enquanto mecanismo explicativo da relação entre Vitimação e Saúde Mental é congruente com a literatura que sugere que níveis elevados de Autoeficácia estão associados a uma maior capacidade de controlo em situação de *stress*. Grau, Salanova e Peiró (2001 cit. in Pocinho & Capelo, 2009) defenderam que a autoeficácia pode ser vista enquanto mediadora entre as fontes de *stress* e as suas consequências, visto que baixos níveis de Autoeficácia decorrem de elevados níveis de *stress*, e consequentemente, estão associados a baixos níveis de bem-estar e autoestima. Do mesmo modo, a literatura sugere que níveis reduzidos de Autoeficácia estão associados a níveis mais elevados de Psicopatologia (e.g., depressão e/ou ansiedade), e a um Bem-Estar reduzido, como baixa-autoestima e pensamentos pessimistas (Araújo & Moura 2011).

Analisando em detalhe os resultados, verificamos que é a Vitimação Psicológica que parece comprometer de forma significativa as crenças de autoeficácia e as três dimensões de

Saúde Mental. Com efeito, sabe-se que este tipo de vitimação (muitas vezes descrita como uma forma de violência silenciosa) envolve danos emocionais (humilhação, coação) e ações que transgridem os valores morais (Fonseca et al., 2012). Silva, Coelho e Caponi (2007) sugerem como resultados das experiências de vitimação desta natureza as perturbações de pânico, a depressão, as tentativas de suicídio e os distúrbios alimentares.

Por sua vez, quanto mais elevados os níveis de Vitimação Física, maiores serão os da Depressão, da Ansiedade e da Autoeficácia. Desta forma, podemos concluir que as experiências de Vitimação Psicológica parecem ser mais comprometedoras das crenças de Autoeficácia do que a Física, na medida em que os processos de auto culpabilização poderão estar mais presentes no contexto da Vitimação Psicológica, sendo mais frequente o pedido de ajuda externa no contexto da Vitimação Física (Silva et al., 2007). Não obstante, importa salientar que diferentes experiências de Vitimação tendem a coocorrer (Silva et al., 2007), o que parece também emergir neste estudo ao observarmos correlações significativas entre os três tipos de violência.

Apesar da relevância e inovação dos resultados aqui descritos, importa identificar algumas limitações do presente estudo. Por um lado, a recolha de dados apenas via *online* limita a possibilidade de clarificação de dúvidas relacionadas com o preenchimento e do controlo do contexto de preenchimento por parte dos investigadores. Por outro lado, o facto de o protocolo ser um pouco extenso poderá condicionar o preenchimento, essencialmente decorrente da potencial fadiga experienciada.

No futuro, importa explorar de forma mais sistemática o papel das diferentes experiências de Vitimação nas crenças de Autoeficácia, atendendo aos resultados do presente trabalho que parecem sugerir diferenças significativas em função do tipo de vitimação.

6. Referências Bibliográficas

- Anderson, D. K., Saunders, D. G., Yoshihama, M., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). Long-term trends in depression among women separated from abusive partners. *Violence Against Women, 9*(7), 807–838. doi:10.1177/1077801203009007004
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da general self-efficacy scale (escala de auto-eficácia geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia, 9*(1), 95-105. Retirado de [https://www.octaviomoura.com/wp-content/uploads/docs/research/Moura\(2011\)_GSE.pdf](https://www.octaviomoura.com/wp-content/uploads/docs/research/Moura(2011)_GSE.pdf)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *Encyclopedia of human behavior, 4*, 71–81. Retirado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development, 74*(3), 769-782. doi: 10.1111/1467-8624.00567
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 613–630. doi: 10.1016/j.brat.2004.02.001
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Académico, 112*, 1519- 6186. Retirado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818/5961>
- Beeble, M. L., Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2010). The impact of resource constraints on the psychological well-being of survivors of intimate partner violence over time. *Journal of Community Psychology, 38*(8), 943-959. doi: 10.1002/jcop.20407

- Brás, C. S. A. (2017). *Vitimação, acontecimentos de vida e funcionamento psicológico na idade adulta* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona do Porto, Porto, Portugal. Retirado de <http://www.recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/8528/Catia%20Bras-CD.pdf?sequence=1>
- Campbell, R., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters: changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 237–255. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00290.x
- Campbell, J. C., & Soeken, K. L. (1999). Women’s responses to battering over time: an analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 21–40. doi: 10.1177/088626099014001002
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões. C. Machado. M. M. Gonçalves. & L. S. Almeida (Coord.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. 3, 305-331. Coimbra: Quarteto.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62- 83. doi: 10.1177/109442810141004
- Conway, T., Hu, T. C., Warshaw, C., Kim, P., & Bullon, A. (1995). Violence victims’ perception of functioning and well-being: a survey from an urban public hospital walk-in clinic. *Journal Of The National Medical Association*, 87(6), 407-412. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607836/?page=1>
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema de saúde pública. *Ciência & Saúde Colectiva*, 11, 1163-1178. doi: 10.1590/S1413-81232006000500007
- Danis, F. S., Yoon, D. P., & Anderson, K. M. (2007). The role of self-efficacy in mediating personal and environmental factors that influence practice with crime victims: implications for professional development. *Professional Development: The International Journal of Continuing Social Work Education*, 10(1), 25-36. Retirado de <http://www.profdevjournal.org/articles/101025.pdf>
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41. Retirado de <http://www.psycnet.apa.org/record/1997-43193-002>

- Douhou, S., & van Soest, A. (2013). Explaining subjective well-being: the role of victimization, trust, health, and social norms. *Sinergia Press*, 31(3), 52-78. Retirado de http://www.pe.cemi.rssi.ru/pe_2013_3_52-78.pdf
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24 (2), 307-314. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70. doi: 10.1177/1059601198231004
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 739-45. Retirado de [file:///C:/Users/user/Downloads/10306-10222-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/10306-10222-1-PB%20(2).pdf)
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. *Organização Mundial de Saúde Genebra*. Retirado de <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
- Magalhães, E., Antunes, C., & Ferreira, C. (2017). Violence in adulthood: validity and reliability evidence of the Adulthood Victimization Experiences Questionnaire. Unpublished manuscript.
- Martins, L. S. J. (2010). *Trauma e psicopatologia na dor somatoforme* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Coimbra, Portugal. Retirado de <http://www.repositorio.ismt.pt/handle/123456789/221>
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 1678-4464. doi: 10.1590/S0102-311X1994000500002
- Minayo, M. C. S. (2002). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 783-791. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do bem-estar subjectivo dos idosos através da intergeracionalidade* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retirado de <https://www.estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf>

- Oliveira, E. M., Barbosa, R. M., Moura, A. A. V. M., Kossel, K., Morelli, K., Botelho, L. F. F., & Stoianov, M. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Saúde Pública*, 39(3), 376-382. doi: 10.1590/S0034-89102005000300007
- Organização Mundial de Saúde (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Relatório sobre a saúde no mundo. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca.aspx>*
- Pascal, D. (2013). *Atitude dos parceiros sobre o fenómeno da violência doméstica, dependendo da duração da relação do casal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de <http://www.repositorio.ual.pt/handle/11144/300>
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao *stress*, estratégias de *coping* e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367. doi: 10.1590/S1517-97022009000200009
- Scherbaum, C. A., Cohen-Charash, Y., & Kern, M. J. (2006). Measuring general self-efficacy: a comparison of three measures using item response theory. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), 1047-1063. doi: 10.1177/0013164406288171
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct?: psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychology Assessment*, 18(3), 242-251. doi: 10.1027//1015-5759.18.3.242
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy: thought control of action. *Hemisphere*. doi: 10.1111/1467-8624.00567
- Silva, L. L., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface -Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 93-103. doi: 10.1590/S1414-32832007000100009
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXVI, 3*, 503-515.

- 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. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>
- Teixeira, J. M. N. A. (2015). *Procura de ajuda profissional, relação com os níveis de literacia em saúde mental e sintomatologia psicopatológica em estudantes universitários* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa do Porto, Porto, Portugal. Retirado de https://www.repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20558/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_vers%C3%A3ofinal_JoanaTeixeira.pdf
- Vázquez, C., & Chaves, C. (2016). Positive Psychology. *Encyclopedia of Mental Health*, 290-299. doi: 10.1016/b978-0-12-397045-9.00049-5
- Villela, W. (2008). Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces. In A. Nilo (Eds.), *Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces* (1ª ed., 107- 126). Recife: Gestos. Retirado de <http://www.serdigital.com.br/gerenciador/clientes/gestos/publicacoes/38.pdf>
- Von Eye, A., & Bogat, G. A. (2006). Mental health in women experiencing intimate partner violence as the efficiency goal of social welfare functions. *International Journal of Social Welfare*, 15, S31–S40. doi: 10.1111/j.1468-2397.2006.00442.x
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO. Retirado de http://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=74DE6089416EAD95CA979B7EB7E9743E?sequence=1