

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

# PSIQUE

**January** Janeiro - **December** Dezembro 2017

VOLUME **XIII**

UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

# PSIQUE

**January** Janeiro - **December** Dezembro 2017

VOLUME **XIII**



**PSIQUE | Volume XIII** | January- December 2017

Annual Publication. Scientific Journal of the Centre for Research in Psychology - CIP - from the Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

Psique is an annual Journal, published by the Centre for Research in Psychology of the Universidade Autónoma de Lisboa. Since 2005, publishes original papers and communications in the scientific area of psychology, in the several fields of specialization.

Aims particularly at psychology researchers, teachers and students but also at general readers, who are interested in this science.

This journal publishes papers in English, Portuguese, Spanish and French. Assures free access and free of charge.

The journal is indexed to Academic Search Ultimate and Fuente Academic Premier from EBSCO.

**PSIQUE | Volume XIII** | Janeiro - Dezembro 2017

Publicação anual. Revista Científica do Centro de Investigação em Psicologia - CIP - da Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

A Psique é um periódico anual, publicado pelo Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa. Publica, desde 2005, artigos originais e comunicações na área científica da Psicologia, nos seus vários domínios de especialização.

A Psique dirige-se particularmente a investigadores, docentes e estudantes em Psicologia mas também aos leitores em geral que se interessem pelo conhecimento desta ciência.

A revista publica artigos em Inglês, Português, Castelhana e Francês. Assegura o acesso livre e gratuito.

A Psique está indexada nas bases de dados Academic Search Ultimate e Fuente Academic Premier da EBSCO.

#### **PUBLISHER EDITORA**

**EDIUAL Universidade Autónoma Editora**

Rua de Santa Marta, n.º 56

1169-023 Lisboa

Tel.: +351 213 177 640

E-mail: [ediual@autonoma.pt](mailto:ediual@autonoma.pt)

#### **PROPERTY PROPRIEDADE**

**CEU – Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L.**

Rua de Santa Marta, n.º 47

1169-023 Lisboa – Portugal

Phone Telefone: +351 213 177 600/46

Fax: +351 213 533 702

N.I.E.: 501 641 238

#### **DESIGN COMPOSIÇÃO GRÁFICA**

**Rita Romeiras**

e-ISSN: 1647-2284

Title Título: **Psique**

Site: <http://journals.ual.pt/psique/>

Registration Status: **Under Publishing** Situação de Registo: **Em Publicação**

Support Suporte: **Online**

Registration Inscrição: **ERC 126656** Date Data: **03-03-2015**

Periodicity: **Annual** Periodicidade: **Anual**

Editor in Chief Director: **Iolanda Costa Galinha**

Publisher Editor: **EDIUAL Universidade Autónoma de Lisboa.**

Headquarters Sede de Redacção: **Rua de Santa Marta, 47, 1169-023**

Property Proprietário: **CEU C cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L.**

Phone Telefone: **(+351) 213 177 640**

Fax: **(+351) 213 533 702**

Cell Phone Telemóvel: **(+351) 915 600 362**

Email Correio Electrónico: [ediual@autonoma.pt](mailto:ediual@autonoma.pt)

Inscrição Inscription: **220129**

## EDITOR IN CHIEF EDITORA DIRECTORA

**Iolanda Costa Galinha** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [igalinha@ual.pt](mailto:igalinha@ual.pt)

## ASSOCIATE EDITORS COEDITORES

**Gina Lemos** Universidade do Minho, Portugal [gclemos@gmail.com](mailto:gclemos@gmail.com)  
**Isabel Silva** Universidade Fernando Pessoa, Portugal [isabels@ufp.edu.pt](mailto:isabels@ufp.edu.pt)  
**José Magalhães** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [jose.magalhaes@ine.pt](mailto:jose.magalhaes@ine.pt)  
**Melanie Vauclair** ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal [melanie.vauclair@gmail.com](mailto:melanie.vauclair@gmail.com)  
**Nuno Colaço** Universidade de Évora, Portugal [nunocolaco@uevora.pt](mailto:nunocolaco@uevora.pt)  
**Ricardo B. Rodrigues** ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa Portugal [rfprs@iscte.pt](mailto:rfprs@iscte.pt)

## EDITORIAL BOARD CONSELHO EDITORIAL

**Ana Antunes** Universidade da Madeira, Portugal [aantunes@uma.pt](mailto:aantunes@uma.pt)  
**Ana Gomes** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [ana.m28.gomes@gmail.com](mailto:ana.m28.gomes@gmail.com)  
**Anne-Marie Vonthron** Université Paris Ouest-Nanterre, França [anne-marie.vonthron@u-paris10.fr](mailto:anne-marie.vonthron@u-paris10.fr)  
**António Mendes Pedro** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [amendespedro@netcabo.pt](mailto:amendespedro@netcabo.pt)  
**Aristides Ferreira** ISCTE, Lisboa, Portugal [aristides.ferreira@iscte.pt](mailto:aristides.ferreira@iscte.pt)  
**Carla Moleiro** ISCTE, Lisboa, Portugal [carla.moleiro@iscte.pt](mailto:carla.moleiro@iscte.pt)  
**Carmen Ferrándiz García** Universidad de Murcia, Spain [carmenfg@um.es](mailto:carmenfg@um.es)  
**Catarina Silva** ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal [catarinagonzalez@gmail.com](mailto:catarinagonzalez@gmail.com)  
**Célia Oliveira** Universidade Lusófona Porto, Portugal [celiargoliveira@gmail.com](mailto:celiargoliveira@gmail.com)  
**Daniel Roque Gomes** Instituto Politécnico de Coimbra [drmgomes@gmail.com](mailto:drmgomes@gmail.com)  
**David Rodrigues** ISCTE, Lisboa, Portugal [rodriguesvid@gmail.com](mailto:rodriguesvid@gmail.com)  
**Florence Sordes-Ader** Universidade de Toulouse, França [sordes@univ-tlse2.fr](mailto:sordes@univ-tlse2.fr)  
**Isabel Leite** Universidade de Évora, Portugal [imss@uevora.pt](mailto:imss@uevora.pt)  
**Isabel Mesquita** Universidade de Évora, Portugal [isamesqui@gmail.com](mailto:isamesqui@gmail.com)  
**João Hipólito** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [jhipolito@ual.pt](mailto:jhipolito@ual.pt)  
**Jorge Gomes** ISEG – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal [jorgegomes@iseg.utl.pt](mailto:jorgegomes@iseg.utl.pt)  
**Liliana Faria** Universidade Europeia, Portugal [liliana.faria@europeia.pt](mailto:liliana.faria@europeia.pt)  
**Luis Rey Yedra** Universidad Veracruzana, México [lyedra@uv.mx](mailto:lyedra@uv.mx)  
**Luis Sérgio Vieira** Universidade do Algarve, Portugal [lsvieira@ualg.pt](mailto:lsvieira@ualg.pt)  
**Magda Sofia Roberto** Universidade da Beira Interior, Portugal [magda.roberto@labcom.ubi.pt](mailto:magda.roberto@labcom.ubi.pt)  
**Manuel Sommer** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [manuel.Sommer@gmail.com](mailto:manuel.Sommer@gmail.com)  
**Maria del Pilar G. Flores** Universidad Veracruzana, México [pgonzalez@uv.mx](mailto:pgonzalez@uv.mx)  
**Marjorie Poussin** Universidade de Lyon II, França [marjorie.poussin@univ-lyon2.fr](mailto:marjorie.poussin@univ-lyon2.fr)  
**Miguel Ángel Garcia-Martin** Universidad de Málaga, Espanha [magarcia@uma.es](mailto:magarcia@uma.es)  
**Miguel Pereira Lopes** ISCSP – Universidade de Lisboa, Portugal [mplopes@iscsp.ulisboa.pt](mailto:mplopes@iscsp.ulisboa.pt)  
**Odete Nunes** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [odete.nunes@ual.pt](mailto:odete.nunes@ual.pt)  
**Patrícia Jardim de Palma** ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal [ppalma@iscsp.ulisboa.pt](mailto:ppalma@iscsp.ulisboa.pt)  
**Pedro Duarte** Universidad Veracruzana, México [pdias@uv.mx](mailto:pdias@uv.mx)  
**Rosa Novo** Universidade de Lisboa, Portugal [rnovo@psicologia.ulisboa.pt](mailto:rnovo@psicologia.ulisboa.pt)  
**Rui Costa Lopes** ICS – Universidade de Lisboa, Portugal [rui.lopes@ics.ulisboa.pt](mailto:rui.lopes@ics.ulisboa.pt)  
**Rute Brites** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [brites.rute@gmail.com](mailto:brites.rute@gmail.com)  
**Saul Neves de Jesus** Universidade do Algarve, Portugal [snjesus@ualg.pt](mailto:snjesus@ualg.pt)  
**Tito Laneiro** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [tlaneiro@gmail.com](mailto:tlaneiro@gmail.com)  
**Vera Engler Cury** Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil [vency2985@gmail.com](mailto:vency2985@gmail.com)

## ASSISTANT EDITORS EDITORES ASSISTENTES

**Beatriz Silva**  
**João Viseu**  
**Joana Pereira**  
**Patrícia Gouveia**

## SOCIAL & MIDIA COORDINATION COORDENAÇÃO COMUNICAÇÃO & MIDIA

**Madalena Mira** Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal [mmira@autonoma.pt](mailto:mmira@autonoma.pt)

## TABLE OF CONTENTS ÍNDICE

### Editorial

Iolanda Costa Galinha 6

---

### The content boundaries of natural categories in high-functioning young adults with autism spectrum disorders

Joana Costa do Carmo, Elsa Margarida Rodrigues Dias Duarte, Sandra Kátia Lopes Ferreira de Pinho,  
Carlos Nunes Filipe, José Frederico Marques 7

---

### Vivências amorosas em adolescentes: das dinâmicas abusivas às consequências no seu (des)ajustamento psicossocial

Intimate experiences in adolescents: the abusive dynamics to the consequences for their psychosocial (mal)adjustment

Maria Rosa da Rocha Pereira dos Santos, Sónia Maria Martins Caridade 18

---

### The impact of positive psychological capital on psychological distress of primary and secondary school teachers

Rosa Isabel da Costa Vicente Rodrigues, José-António Baião Carochinho, Maria Margarida Oliveira Rendeiro 40

---

### Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar

Positive mental health in young adults: relationships between psychopathology and well-being

Carla Alexandra Martins da Fonte, Cristiana Maria Fernandes Ferreira, Sónia Alexandra Pimentel Alves 57

---

### Consumo de álcool e comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA: emergência de um novo grupo de vulnerabilidade acrescida?

Alcohol consumption and HIV/AIDS risk behaviors: emergence of a new vulnerable group?

Margarida Maria Soliz Machado Pinto Fernandes, Zélia Ângela Tato de Macedo Teixeira 75

---

### Instruções para os Autores Instructions to the Authors

99

---

## EDITORIAL

A *Psique* é, atualmente, uma revista indexada em bases de dados internacionais. Após a assinatura do contrato de indexação com a EBSCO, em 2015, os artigos da *Psique* já se encontram disponíveis na Academic Search Ultimate e na Fuente Academic Premier. Durante o último ano, submetemos a candidatura da *Psique* para a indexação na base de dados Redalyc, em relação à qual aguardamos resposta. A indexação da *Psique* em bases de dados internacionais, coloca a revista num novo patamar de projeção dos seus conteúdos, de exigência nos critérios de publicação e de responsabilidade para toda a equipa editorial. Por outro lado, constitui-se como um forte fator de motivação para o trabalho que estamos a desenvolver. Sabemos que o reconhecimento internacional trará mais submissões de artigos e que será mais fácil selecionar os trabalhos de melhor qualidade científica para publicação. Outro marco importante no trabalho da *Psique*, no último ano, consistiu em integrar novos coeditores para a equipa editorial, alterando consideravelmente a dinâmica de funcionamento da revista. A equipa de novos coeditores, contribuiu decisivamente para o reforço da qualidade e da diversidade da coordenação editorial da revista, para a diversidade das submissões que recebemos e para a qualidade dos artigos que publicamos, garantindo que a *Psique* se enquadra progressivamente em parâmetros internacionais de qualidade científica. Durante este ano, testámos um modelo de revisão de pares algo complexo. Para além da revisão de dois especialistas na área científica dos artigos, os artigos receberam sugestões de reformulação, tanto dos coeditores como da editora. Pretendemos com este processo promover a qualidade dos artigos e acompanhar a integração dos novos coeditores. Se é certo que a melhoria da qualidade dos artigos se observou, é certo também que a morosidade acrescida nos processos de revisão comprometeu a celeridade nas respostas a que já tínhamos habituado os nossos autores e conselheiros. Com este processo perdemos também algum tempo de vantagem que tínhamos recuperado no processo editorial em relação aos volumes anteriores. Este é o momento em que a equipa de coordenação editorial reflete sobre o trabalho desenvolvido e toma decisões acerca de novas formas de trabalho a desenvolver no próximo ano. Também este processo é estimulante, a reflexão no contexto de uma equipa que se autorregula e toma decisões. Os fatores humanos que estão presentes, o fato, simultaneamente curioso e poderoso, de três coeditores da equipa terem sido pais durante os últimos dois anos. A riqueza da humanidade e o empoderamento da paternidade, que em nada se separa e enriquece os processos científicos e profissionais, que são intrinsecamente humanos. É na humanidade que está a força da ciência, em particular, na área da Psicologia. Acrescentamos à nota editorial deste volume, a nossa reflexão sobre a importância do debate atual sobre o sistema de publicação científica. Viver, simultaneamente, como investigadores e editores, dois papéis que em nada se contradizem, permite compreender intimamente o funcionamento do sistema de publicação científica internacional atual. Um sistema em que autores, reviso-

res, conselheiros e editores trabalham numa atividade altamente especializada, morosa e com responsabilidade ética elevada, muitas vezes, sem remuneração direta. Neste sistema, o trabalho dos autores é muitas vezes embargado pelas editoras, durante anos, limitando o acesso e a projeção do seu trabalho.

Por outro lado, a publicação científica atual é um ramo da atividade económica e financeira importante e muito lucrativa. Esta atividade, porém, é sustentada em muitas de trabalho humano não remunerado diretamente, ameaçando a qualidade e a ética no trabalho desenvolvido. Certamente que a discussão sobre os processos e o financiamento da publicação científica atual é importante e urgente. Devido aos múltiplos atores, setores económicos e dimensões da sociedade que afeta, recriar o sistema de publicação científica exige uma reflexão e um debate aprofundados. Se uma política de acesso aberto responde a todos os problemas no sistema de publicação científica atuais, não é consensual. Se existem alternativas mais eficazes, é a solução que precisamos procurar.

Pelo que acabámos de expor, a contribuição humana no trabalho desenvolvido para a *Psique*, surpreende-nos positivamente quase todos os dias. Começamos por reconhecer a disponibilidade demonstrada pelos revisores e conselheiros editoriais, que colaboram com assiduidade e pontualidade, contribuindo de formas intangíveis para que este projeto seja possível. Observamos a disponibilidade contínua dos autores para corresponder às expectativas da equipa editorial, sem resistências ou argumentações. Não deixamos de reconhecer o nosso próprio esforço, como editores, para garantir a isenção e o rigor no trabalho de revisão e seleção, procurando sempre justificar para os autores, de modo claro e objetivo, as nossas decisões e sugestões de reformulação.

Foi com especial apreço que recebemos, ainda, a colaboração importante dos nossos editores assistentes, no apoio à divulgação da *Psique* e à revisão formal dos artigos. Sendo este o primeiro e mais visível indicador da qualidade de um artigo, é um critério importante para a indexação da revista em bases de dados internacionais. Testemunhar o seu empenho, o desenvolvimento das suas competências técnicas neste trabalho e a confiança que já sentimos no seu trabalho, é algo a que estamos muito reconhecidos.

Resta-nos agradecer o apoio da EDIUAL, editora da Universidade Autónoma de Lisboa, na pessoa da Dra. Madalena Mira, pelos serviços de divulgação, edição e tradução e pelo contínuo incentivo à projeção internacional da revista.

Terminamos esta nota editorial referindo que os nossos objetivos para os próximos anos consistem em submeter a revista à indexação em outras bases de dados científicas internacionais, em manter a isenção, o rigor e a ética no trabalho editorial desenvolvido e, ainda, no contexto de uma equipa motivada e coesa.

**Iolanda Costa Galinha**

*Editora Directora Psique*

Universidade Autónoma de Lisboa

# THE CONTENT BOUNDARIES OF NATURAL CATEGORIES IN HIGH-FUNCTIONING YOUNG ADULTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.

Joana Costa do Carmo<sup>1\*</sup>  
Elsa Margarida Rodrigues Dias Duarte<sup>2</sup>  
Sandra Kátia Lopes Ferreira de Pinho<sup>3</sup>  
Carlos Nunes Filipe<sup>4</sup>  
José Frederico Marques<sup>†</sup>

PSIQUE • e-ISSN 1647-2284 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 7-17

Submitted on June 30th, 2015 | Accepted on August 29th, 2016

Submetido em 30 Junho, 2015 | Aceite a 29 de Agosto, 2016

## Abstract

The present study evaluated the functioning and structuring of semantic knowledge for natural categories in Autism Spectrum Disorders (ASD). A sample of high-functioning adults (HFA) with ASD ( $n = 20$ ) and a sample of typical developed individuals ( $n = 20$ ) (matched for age, education, and verbal IQ) performed two tasks with natural concepts: a task of semantic access from pictures (the Camel and Cactus test) and a semantic matching-to-sample task, designed to evaluate category boundaries and structure. Overall, the HFA group showed preserved access to conceptual knowledge but some irregularities in category structure as reflected by the increased in typical errors found in the matching-to-sample task. This pattern of under generalization is suggestive of categories that have an abnormal and restricted content, missing out the typical instances.

**Keywords:** autism spectrum disorders, categorization, semantic memory, typicality

Semantic memory is a long-term memory system that organizes and stores our knowledge about the meaning of words, objects, facts, and people (Martin & Chao 2001; Tulving, 1972). Conceptual knowledge in semantic memory includes information about individual instances as well as the relations between them, which are a product of an extraction process of common properties (Murphy, 2004). In this context, categorization processes are especially important to promote cognitive economy, as they enable the grouping and organisation of individual items in our semantic system (Murphy, 2004; Rosch, 1978). Categorization is thus a central function of the semantic system that allows us to efficiently recall, use and produce information needed for language, communication and reasoning (Martin & Chao, 2001; Murphy, 2004; Rosch, 1978).

O’Riordan and Plaisted (2001) consider that categorization processes may be impaired in individuals with Autism Spectrum Disorders (ASD) as they showed enhanced discrimination abilities on a visual search task. In particular, higher discriminability could result in a reduction of the amount of information that can be generalized and extrapolated from one situation to another, which is detrimental to categorization (O’Riordan & Plaisted, 2001). In agreement with this

---

<sup>1</sup> Faculty of Psychology, University of Lisbon, Lisbon, Portugal. E-mail: carmo@psicologia.ulisboa.pt. \*Corresponding author

<sup>2</sup> Faculty of Psychology, University of Lisbon, Lisbon, Portugal. E-mail: elsadiasduarte@gmail.com

<sup>3</sup> Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (Child Development Support Centre), Cascais, Portugal. E-mail: sandra.pinho@cadin.net

<sup>4</sup> Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Lisbon, Portugal. E-mail: carlos.nunes.filipe@gmail.com

<sup>†</sup> Deceased in 2014, participated in this research and discussed an earlier version of this paper.

perspective, children with ASD have been found to have difficulties in categorizing stimuli according to more abstract criteria like sports vs. games (Ropar & Peebles, 2007). The presence of categorization abnormalities supports the idea that there may be a deficit in the development and organisation of the conceptual system underlying the language and communication disturbances commonly found in ASD (Tager-Flusberg, 1996). The present study aimed to evaluate this possibility, considering both access and structure of conceptual knowledge in adult individuals with ASD.

Several studies have tested the ability of ASD individuals to learn new artificial categories and form prototypes, corresponding to a summary representation of multiple experienced items that go together in a category (Froelich *et al.*, 2012). A mixed pattern of results has emerged from these studies with some reporting no prototype effects (e.g., Church *et al.*, 2010; Klinger & Dawson, 2001) while others report significant prototype effects (e.g., Froehlich *et al.*, 2012; Molesworth, Bowler, & Hampton, 2005) or preserved non-linear categorical classification curve of perceptual stimuli (Soulières, Mottron, Saumier, & Laroche, 2007), similar to what is found in individuals with typical development.

Nevertheless, these latter studies showed some abnormalities in categorization for ASD individuals. For example, Soulières *et al.* (2007) did not find for this group the usual discrimination pattern of facilitation around the category boundaries observed in individuals with typical development. Froehlich *et al.* (2012) reported difficulties in categorization of highly distorted items as compared to a control group, and suggested that although there was an intact prototype formation in the ASD group, there were signs of impaired generalization. Moreover, Molesworth, Bowler, and Hampton (2008) results question the homogeneity of ASD individuals' performance in terms of the prototype effect. While two thirds of their ASD sample showed a standard prototype effect, the remaining group, defined by their performance on a control task, did not show the effect.

Another set of studies have reported preserved formation of new categories in individuals with ASD but consistently found that this group was slower and needed higher exposure to the materials in terms of the amount of training sessions during the learning phase (e.g., Bott, Brock, Brockdorff, Boucher, & Lamberts, 2006; Soulières, Mottron, Saumier, & Laroche, 2011; Vladusich, Olu-Lafe, Kim, Tager-Flusberg, & Grossberg, 2010).

Taken together these studies indicate that although there are no consistent or gross deficits in the ability to categorize new material in ASD individuals, they learn slower than typically developed individuals and nevertheless show some abnormalities in category structure and organization. However, the fact that these studies have used artificial categories may not be informative of ASD individuals' performance with natural categories. In fact, artificial categories, being usually simpler than natural categories, may have offered an easier learning context and, as such, overestimated ASD group performance.

Few studies have evaluated the structure of natural categories in ASD individuals and the findings are mixed. For example, Tager-Flusberg (1985) showed that ASD children categorize items accurately both at basic and superordinate levels. Moreover, when categorizing items that varied in typicality, a normal pattern of both under and overgeneralization was reported. In particular, children with ASD and a control group showed a similar pattern of under-generalization errors, i.e., missing to correctly identify peripheral exemplars (e.g., categorizing a penguin as a bird). Also, no differences emerged between the two groups in over-generalization errors, such as incorrectly identifying items that shared perceptual or functional features as members of the category (e.g., categorizing a whale as a fish).

In another study using natural categories, Gastgeb, Strauss, and Minshew (2006) showed that both children and adolescents with ASD were slower in classifying atypical exemplars, as compared to control participants. This latter pattern of results led Gastgeb and Strauss (2012) to suggest that in individuals with ASD, the categories had an abnormal structure and fuzzier boundaries that impaired categorization of atypical members, which fall at category boundaries. As such, it is not clear whether categorization performance of ASD individuals in natural categories is impaired in comparison to individuals with typical development and, if so, on which particular aspects or functions of semantic memory these differences emerge.

The present study aimed to evaluate two different functions of the semantic system in ASD in the context of natural categories: the access to semantic information related to a given concept (task 1), and the structuring of natural categories (task 2). For this purpose, we tested a group of high-functioning young adults with ASD and a group of typically developing individuals matched for age, gender, education level and verbal IQ in the Camel and Cactus test (Bozeat, Lambon-Ralph, Patterson, Garrard, & Hodges, 2000). In this task, participants are required to explicitly select from four alternative images which one is more semantically associated to a target image (task 1). The Camel and Cactus tests were designed along the principles of the Pyramids and Palm Tree test (Adlam, Patterson, Bozeat, & Hodges, 2010). This latter test can determine the degree to which an individual can access meaning from pictures (or words). Information from the Camel and Cactus test will enable us to establish whether a subject's difficulty in naming or pointing to a picture is due to a difficulty in retrieving semantic information from pictures (Howard & Patterson, 1992).

Participants were further tested in a semantic matching-to-sample test (adapted from Lambon-Ralph, Sage, Jones, & Mayberry, 2010) that was designed to pit surface similarity against category membership (task 2). Items that vary in typicality (typical and atypical items) were presented along with items that have shared superficial similarities (pseudo-typical items). Importantly, task 2 allows us to examine the location of category boundaries by evaluating simultaneously under- and over-generalization errors. In the first case, the reduced surface similarity of atypical items would lead to a failure to identify an object as belonging to the category. In the case of pseudo-typical items, the surface similarity would lead objects to be swallowed up into a wrong category.

Consistent with earlier results showing compromised generalization (e.g., Froehlich *et al.*, 2012) it is expected that the ASD group will show more under-generalization errors, reflecting the presence of conceptual categories with abnormal boundaries and more limited content. Critically, this difference in category boundary and content could nevertheless be independent of the amount of knowledge associated with a given category (as assessed by task 1), a separate function of the semantic system that is expected to be preserved in ASD in accordance with previous literature.

## Methods

### Participants

Twenty high-functioning young adults with ASD (HFA) (one female) and twenty young adults with typical development (one female) participated in the study. HFA were selected if they scored above 70 points in both the verbal and performance subscales of the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), and had been diagnosed with Autism or Autism Spectrum Disorders. The diagnosis of autism was based on DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994). The diagnostic evaluations and interviews were independently performed by two observers with large clinical experience in autism. To be included in the study, the diagnosis had to be confirmed by both observers. Asperger’s Syndrome Diagnostic Scale (ASDS, Myles, Bock, & Simpson, 2001), and/or the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS, Lord, Rutter, DiLavore, & Risi, 1999) were used to confirm the clinical evaluation diagnosis.

Both groups of participants were matched on age ( $p > .9$ ), verbal IQ (WAIS,  $p > .1$ ), and education, measured in number of school years ( $p > .7$ ) (see demographic table below).

Table 1  
*Demographical Information about the Two Groups. Mean (Standard Deviation) and Range are Provided for Each Group (N = 40)*

	Controls	HFA
N	20	20
Age (years)	25.05 (7.63); 18-41	25.25(6.71); 18-42
Verbal IQ (WAIS)	109.9(13.82); 75-128	103.8 (9.11); 88-126
Education (years)	12.9 (2.34); 9-18	13.15 (2.06); 10-17

Participants with ASD were recruited through the clinical database of the CADIN – *Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil* (Cascais, Portugal). Control participants were recruited from the community by public advertisements and flyers and were administered an intelligence scale (WAIS, verbal subscale) by the experimenters. Ethical permission for the study was granted by the Ethical committee of the Faculty of Psychology – University of Lisbon (Portugal). Each participant gave written informed consent, where they were informed among other things of the aim of the study, that their participation was voluntary, and that they could leave any task at hand without the need for an explanation.

### Materials and Procedure

**Task 1: Camel & Cactus test.** The Camel and Cactus test comprises 64 items (Bozeat *et al.*, 2000). Two of the items were adapted to the Portuguese culture, as they involved information that was culture-specific. In this task, one target coloured image (displayed at the top of the screen) and four alternative coloured images are presented on each trial. Participants were asked to select which of the four same-category alternative images was more associated with the target item. For example, in one of the trials, the target “camel” must be paired with one of

four types of plants: “cactus” (the correct answer), “tree”, “sunflower” or “rose”. Alternatives were identified with the numbers one to four and participants were asked to press one of four corresponding keys. At the beginning of the test the instructions were presented on the computer screen and four practice trials were run and supervised by the experimenter. If instructions were understood correctly the task started and the 64 trials were presented in random order. Presentation and timing of stimuli were controlled using EPrime 2 software (www.psnet.com). Both accuracy and response times were registered.

**Task 2: Semantic matching-to-sample.** The task comprised 26 trials, from which 13 were living and 13 non-living target items. In each trial an array of nine numbered coloured images was displayed. The number of target items presented in each array varied between two to four to prevent any strategies in terms of number of targets per trial; two to four images were basic foils, and one to four were unrelated items ( $n = 54$ ), that were from a different domain than the target item. The target items were either a typical item of a given category or an atypical item from that same category. Typical and atypical items were selected from a pre-test, in which participants saw images of exemplars and had to evaluate in a 5-point scale whether the item was a good or bad exemplar of a given category (from one – very typical to five – very atypical). The participants included in the pre-tests did not take part in the actual study. A total of 45 typical items and 36 atypical items were selected. Paired sample *t* tests confirmed that the typicality ratings were significantly different between the typical and atypical set (Typical items:  $M = 1.34$ ,  $SD = .23$ ; Atypical items:  $M = 3.92$ ,  $SD = .75$ ,  $p < .001$ ).

Foils comprised both Pseudo-typical items ( $n = 57$ ) and Partially-related items ( $n = 42$ ). Pseudo-typical items were items that belonged to the same domain, had shared features with the target item, were visually similar and belonged from the same superordinate level. Partially-related items were also from the same domain and superordinate level but shared fewer features and were visually dissimilar to the target items. A second pre-test was run to evaluate the visual complexity of all images ( $n = 234$ ). Participants were asked to evaluate in a 5-point Likert-scale (from one – very simple to five – very complex) the complexity of the image itself, in terms of detail, elaboration and relation between the parts (and not the object depicted in it). A *t* test comparisons showed that target images ( $M = 2.99$ ) did not differ in terms of visual complexity from the Pseudo-typical items ( $M = 2.81$ ,  $p = .2$ ), Partially-related items ( $M = 2.90$ ,  $p = .49$ ) and Unrelated items ( $M = 3.00$ ,  $p = .928$ ). Before the beginning of the task, instructions were displayed on the computer screen and one practice trial was performed. Participants were told that in each trial they would have to choose (as many images as they wanted, from one to nine) the images that corresponded to a probe-name (e.g., Spiders) that was shown on the top of the screen. Participants responded by pressing the corresponding numbers’ buttons. Their responses would appear on the bottom of the screen and could be corrected. Having selected one or more items, participants were then instructed to press Enter when they were certain of their answer and to proceed to the next trial.

The two tasks were applied in the same session, and the order of administration was counterbalanced between subjects.

## Results

### Task 1: Camel and Cactus Test

In the Camel and Cactus test both accuracy (percentage of correct answers) and response times (in milliseconds) for correct answers were analysed (Figure 1). Although accuracy was slightly higher for the control group ( $M = 88.98$ ,  $SD = 6.13$ ) as compared to the HFA group ( $M = 86.33$ ,  $SD = 11.55$ ), independent sample t tests revealed that this difference was not statistically significant ( $t(1,38) = .91$ ,  $p > .3$ ). Incorrect answers were excluded from the response time (RT) analyses as well as answers that fell out of a 2 standard deviation from the grand mean for each participant. The RT analyses showed that it took significantly longer for the HFA group to respond ( $M = 8700.34$ ,  $SD = 3952.27$ ) when compared to the control group ( $M = 6066.13$ ,  $SD = 2206.98$ ) ( $t(1,38) = 2.60$ ,  $p = .013$ ).

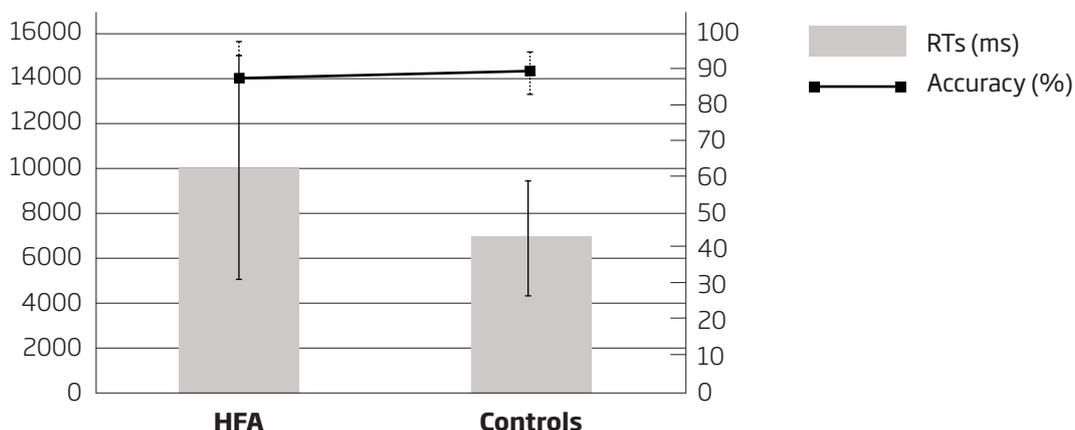


Figure 1.

Mean percentage of correct responses and of Reaction Times (in ms) for both the HFA group and the control group. Error bars represent standard deviation from the mean.

Our findings indicate that this semantic access task is more difficult for HFA than controls. Alternatively, it may also suggest that the HFA group performed it more carefully, as revealed by larger RTs. However, the fact that both groups showed unnoticeable differences in accuracy suggests that conceptual knowledge seems to be intact and accessible in HFA individuals.

### Task 2: Semantic Matching-to-Sample

For each participant we calculated the total number of errors and the proportion of different error types. Participants could either fail to select an item as belonging to a particular category or to incorrectly select an item as belonging to the category. There were five types of

<sup>5</sup> For  $n$  equals 20 the normality of the data can be assumed and it is safe to use parametric tests (Myers & Hansen, 2012). Moreover, the normality of residuals was analysed with the Shapiro-Wilk test, for Total errors, and  $p$  values are higher than .001. Regarding the homogeneity of the variance the results do not differ if assuming unequal variances, and are reported accordingly

errors: two were omission errors (i.e., participants failed to select either the typical or the atypical items as target items); three were commission errors (i.e., participants incorrectly selected as targets either pseudo-typical items, partially-related items, or unrelated items). Independent sample *t* tests<sup>5</sup> were run for each error type given that the total number of possible error differed between categories. Errors of omission of typical items differed significantly between the groups ( $t(1,38) = 2.17, p = .039$ ). No differences were observed between groups for either atypical items, pseudo-typical items, partially related items, or unrelated items (all  $p$ s > .26).

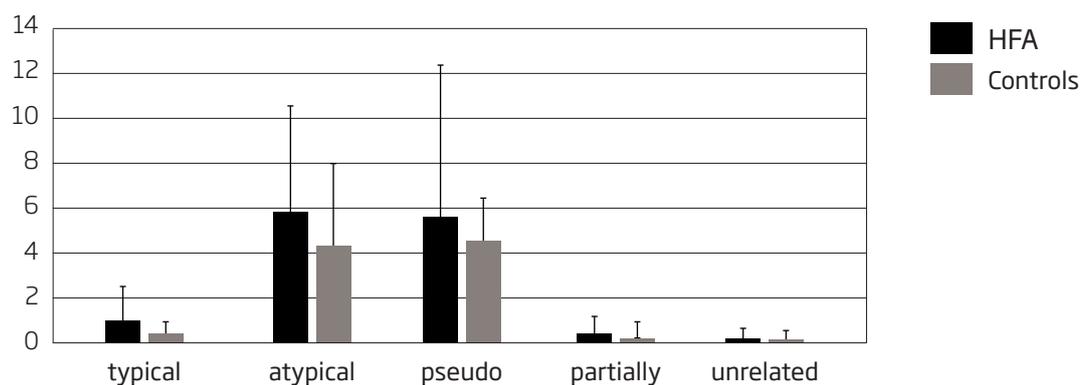


Figure 2.

Mean of errors for the HFA and the control group for the five different possible error types. Error bars represent standard deviation from the mean. Error bars represent standard deviation from the mean.

The fact that the amount of errors differed significantly between the HFA and control groups for typical items suggests that, in accordance with our predictions, there is a clear pattern of under-generalization of concepts.

## Discussion

In the present study we aimed at evaluating different functions of the semantic system in high-functioning young adults with ASD. In task 1 we tackled the knowledge associated with semantic concepts and in task 2 we evaluated the content of natural and existing categories and of their boundaries. A differential pattern emerged as we found that while the access to semantic knowledge was intact in high-functioning individuals with ASD, when given enough time to successfully retrieve it, the access to the content of natural categories in this population seems to be anomalous.

Results from task 2 indicated that categories were in fact irregularly formed with a significant increase of errors in typical items in individuals with ASD. This pattern is consistent with the existence of categories in which the boundaries are irregular and highly restricted.

Few studies have analysed the content of natural categories and our data is apparently in contrast with the results of Tager-Flusberg (1985), who observed normal categorization for categories of both basic and superordinate level. In this study however the trials had always a fixed number of correct responses, which could have led to the development of strategies,

leading to an underestimation of both under- and over-generalization errors. Importantly to our data, a fixed number of correct responses could have resulted in a reduced number of miss responses of the target items (both typical and atypical), which could explain in part the inconsistency with the study of Tager-Flusberg (1985).

Besides, considerable heterogeneity has been recognized as a characteristic of ASD. In particular, in tasks where developmental variables can contribute to performance such as in the tasks used here that evaluated the content of natural categories (as opposed to tasks that employ artificial categories), a less homogeneous performance can be expected.

The fact that a poor performance of high-functioning individuals with ASD in comparison with the matched control sample was only found for typical exemplars of a given category is quite puzzling. A full pattern of under generalization could be expected with substantial differences both on typical and atypical items. This was not case, and surprisingly individuals with ASD failed on the most regular exemplars. Thus, we cannot rule out the explanation that atypical items are being stored as individual items and not as a member of a category, and this hypothesis would benefit from further testing.

An alternative way to look to our results is by taking into account a recent proposal – the hyper-systemising theory (Baron-Cohen, 2006). According to it, the level of systemising that span in a *continuum* in the population is set high in individuals with ASD. This would provide an explanation to why individuals with ASD have preference for highly lawful systems and explain why they have trouble when faced with complex systems or less lawful change (e.g., emotions) (Baron-Cohen, 2006). The hyper-systemising theory hence argues that the excellent attention to details is directed towards extracting rules and has a positive and functional role. This account predicts that over time and experience, individuals with ASD may achieve an excellent understanding of a whole system (Baron-Cohen, 2009). In the case of the stimuli use in our experiment it could be the case that they are not considerably lawful not allowing the full extraction of regularities.

Moreover, the fact that we used coloured images (as well as Gastgeb *et al.*, 2006) could have led to an attentional bias towards local processing and attention to details in individuals with ASD (see for instances Brown & Bebko, 2012).

The identification of variables that affect performance on this task is a limitation of the current study. Ideally a comparison to the scores obtained in autism specific scales and, in particular, to their sub-scales, could be of value and highly informative. Hence and despite the dissociation found between the two semantic functions evaluated, where the HFA group performed at comparable levels as the control group when accessing information related to a core concept, in contrast with a poorer performance when having to categorize items correctly, it would be premature to conclude that these two functions of the semantic system can be selectively preserved/impaired. Nevertheless, the study of semantic related skills in autism spectrum disorders could be a promising field providing a study model for the functioning of the semantic system.

In agreement with Gastgeb and Strauss (2012) it could be the case that individuals with ASD could gain with teaching formats that stress the formation of appropriate categories and correct category membership, with for instance, the explicit teaching of both typical exemplars and less typical members. This experience could promote a broader understanding of word knowledge, and contribute in this way to the improvement of language skills in the ASD population.

One limitation of the current study is the fact that we have tested only high-functioning individuals with ASD which it was a methodological option, but prevents us from generalizing

to the whole spectrum. Conversely, by doing this so, allowed us to more reliably interpret our results and exclude the involvement of deficits (e.g., comprehension) that were not under scrutiny. Another limitation to our study is the fact that we matched our samples, only, on an IQ verbal subscale, and not on the performance IQ.

Taken together, the present study seems to point out a pattern of both preserved and impaired semantic function in high-functioning individuals with ASD. On the one hand results suggest that these individuals with ASD have intact access to conceptual knowledge associated with core concepts. On the other hand, results suggest that the access to the content of their natural categories is more restricted (as characterized by under-generalization errors). This finding could lead to the development of more explicit teaching techniques and/or promote the exposure to higher lawful systems (see also Baron-Cohen, 2009) that could overcome this apparent deficit.

## References

- Adlam, A-LR., Patterson, K., Bozeat S., & Hodges, J. R. (2010). The Cambridge semantic memory test battery: Detection of semantic deficits in semantic dementia and Alzheimer's disease. *Neurocase*, 16, 193-207. doi: 10.1080/13554790903405693
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition). Washington, D.C.: Author.
- Baron-Cohen, S. (2006). Two new theories of autism: Hyper-systemising and assortative mating. *Archives of Diseases in Childhood*, 91, 2-5. doi: 10.1136/adc.2005.075846
- Baron-Cohen, S. (2009). The Empathizing-Systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 68-80. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x
- Bott, L., Brock, J., Brockdorff, N., Boucher, J., & Lamberts, L. (2006). Perceptual similarity in autism. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 59, 1237-1254. doi: 10.1080/02724980543000196
- Bozeat, S., Lambon-Ralph, M. A., Patterson, K., Garrard, P., & Hodges, J. R. (2000). Non-verbal semantic impairment in semantic dementia. *Neuropsychologia*, 38, 1207-1215. doi: 10.1016/S0028-3932(00)00034-8
- Brown, S. M., & Bebko, M. M. (2012) Generalization, overselectivity, and discrimination in the autism phenotype: A review. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 733-740. doi: 10.1016/j.rasd.2011.10.012
- Church, B. A., Strauss, M. S., Lopata, C., Toomey, J. A., Thomeer, M. L., Coutinho, M. V.,... Mercado III, E. (2010). Atypical categorization in children with high functioning autism spectrum disorder. *Psychonomic Bulletin Review*, 17, 862-868. doi: 10.3758/PBR.17.6.862
- Froehlich, A. L. , Anderson, J.S., Bigler, E. D., Miller, J. S., Lange, N. T., DuBray, M. B.,... Lainhart, J. E. (2012). Intact prototype formation but impaired generalization in autism. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 921-930. doi: 10.1016/j.rasd.2011.12.006
- Gastgeb, H. J., & Strauss, M. S. (2012). Categorization in ASD: The role of typicality and development. *Perspectives in Language, Learning and Education*, 19, 66-74. doi: 10.1044/lle.19.2.66
- Gastgeb, H. J., Strauss, M. S., & Minshew, N. (2006). Do individuals with autism process categories differently? The effect of typicality and development. *Child Development*, 77, 1717-1729. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00969.x
- Howard, D., & Patterson, K. (1992). *Pyramids and palm trees: A test of semantic access from pictures and words*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- Klinger, L. G., & Dawson, G. (2001). Prototype formation in autism. *Development and Psychopathology*, 13, 111-124.
- Lambon-Ralph, M. A., Sage, K., Jones, R. W., & Mayberry, E. J. (2010). Coherent concepts are computed in the anterior temporal lobes. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 107, 2717-2722. doi: 10.1073/pnas.0907307107
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule – WPS (ADOS-WPS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Martin, A., & Chao, L. (2001). Semantic memory and the brain: Structure and processes. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 194-201. doi: 10.1016/S0959-4388(00)00196-3
- Molesworth, C. J., Bowler, D. M., & Hampton, J. A. (2005). The prototype effect in recognition memory: Intact in autism? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 661-672. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00383.x
- Molesworth, C. J., Bowler, D. M., & Hampton, J. A. (2008). When prototypes are not best: Judgments made by children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1721-1730. doi: 10.1007/s10803-008-0557-7
- Murphy, G. L. (2004). *The big book of concepts*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Myers, A., & Hansen, C. (2012). *Experimental psychology*. Wadsworth, OH: Cengage Learning.
- Myles, B. S., Bock, S. J., & Simpson, R. L. (2001). *Asperger syndrome diagnostic scale (ASDS)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- O'Riordan, M., & Plaisted, K. (2001). Enhanced discrimination in autism. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 54, 961-979. doi: 10.1080/713756000
- Ropar, D., & Peebles, D. (2007). Sorting preference in children with autism: The dominance of concrete features. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 270-280. doi: 10.1007/s10803-006-0166-2
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (pp. 27-48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Soulières, I., Mottron, L., Giguère, G., & Larochelle, S. (2011). Category induction in autism: Slower perhaps different, but certainly possible. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 64, 311-327. doi: 10.1080/17470218.2010.492994
- Soulières, I., Mottron, L., Saumier, D., & Larochelle, S. (2007). Atypical categorical perception in autism: Autonomy of discrimination. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 481-490. doi: 10.1007/s10803-006-0172-4
- Tager-Flusberg, H. (1985). The conceptual basis for referential word meaning in children with autism. *Child Development*, 56, 1167-1178. doi: 10.2307/1130231
- Tager-Flusberg, H. (1996). Current theory and research on language and communication in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 169-172. doi: 10.1007/BF02172006
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory* (pp. 381-403.). New York, NY: Academic Press.
- Vladusich, T., Olu-Lafe, O., Kim, D-S., Tager-Flusberg, H., & Grossberg, S. (2010). Prototypical category learning in high-functioning autism. *Autism Research*, 3, 226-236. doi: 10.1002/aur.148

# VIVÊNCIAS AMOROSAS EM ADOLESCENTES: DAS DINÂMICAS ABUSIVAS ÀS CONSEQUÊNCIAS NO SEU (DES)AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL

## INTIMATE EXPERIENCES IN ADOLESCENTS: THE ABUSIVE DYNAMICS TO THE CONSEQUENCES FOR THEIR PSYCHOSOCIAL (MAL)ADJUSTMENT

Maria Rosa da Rocha Pereira dos Santos<sup>1</sup>  
Sónia Maria Martins Caridade<sup>2</sup>

PSIQUE • e-ISSN 1647-2284 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 18-39

Submitted on February 6th, 2016 | Accepted on October 12th, 2016  
Submetido em 6 de Fevereiro, 2016 | Aceite em 12 de Outubro, 2016

### Resumo

É sabido que a violência nas relações de namoro acarreta, não raras vezes, consequências muito nefastas para o ajustamento psicossocial dos jovens a diferentes níveis. O presente estudo visa conhecer e caracterizar as vivências amorosas abusivas dos adolescentes e analisar em que medida estas influenciam o seu ajustamento psicossocial. Para tal, foi administrado o Questionário sobre Vivências Amorosas Abusivas (QVAA), construído para o efeito. A amostra foi constituída por 196 estudantes, a grande maioria (63.3%) do sexo masculino, cuja média de idades era de 16 anos ( $DP = 1.58$ ) e que admitiram estar envolvidos em relações amorosas atuais e/ou passadas. Os principais resultados obtidos apontam para uma predominância da violência psicológica, não se registando diferenças estatisticamente significativas quanto ao género, idade, ano de escolaridade e áreas de estudo. Os adolescentes vítimas verbalizaram não procurar ajuda e os poucos (3) que o fizeram optaram por recorrer a ajuda informal. As raparigas relataram mais queixas decorrentes da experiência de vitimação (e.g., tristeza, raiva, perda do apetite) e com potencial comprometimento no seu ajustamento psicossocial. Os resultados deste estudo vêm, assim, reforçar a necessidade de se apostar no desenvolvimento de estratégias interventivas para fazer face à violência nas relações amorosas, o mais precocemente possível.

**Palavras-chave:** vivências amorosas; adolescência; dinâmicas abusivas; (des)ajustamento psicossocial

### Abstract

It is known that violence in dating relationships leads, often, very harmful consequences for the psychosocial adjustment of young people at different levels. This study aims to understand and characterize the abusive intimate experiences of adolescents and to analyse to what extent they contribute to their psychosocial (mal)adjustment. To do this, it was administered the Abusive Dating Experiences Questionnaire (QVAA), built for this purpose. The sample consisted of 196 students, the vast majority (63.3%) were male, whose average age was 16 years ( $SD = 1.58$ )

---

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: mrrpsantos@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: soniac@ufp.edu.pt.

and admitted to being involved in current intimate relationships or past ones. The main results indicate a predominance of psychological violence, which does not statistically significant differences in gender, age, grade and subject areas. Teens victims admitted do not seek help and the few (3) did chose to resort to informal help. Girls reported more complaints associated with victimization experience (e.g., sadness, anger, loss of appetite) with potential involvement in their psychosocial adjustment. The results of this study see thus reinforcing the need to increase interventional strategies to cope with violence in dating relationships, as early as possible.

**Keywords:** intimate experiences; adolescence; abusive dynamics; psychosocial (mal)adjustment

A adolescência constitui uma etapa desenvolvimental em que se encetam as primeiras relações amorosas, comprovando-se que é também um período propício ao desenvolvimento dos primeiros padrões de violência na intimidade (Caridade & Machado, 2006), e que, no namoro, tendem a ser mútuos (e.g., Matos, Machado, Caridade, & Silva, 2006; Paiva & Figueiredo, 2005). Esta maior vulnerabilidade, registada na adolescência, para a ocorrência de violência na intimidade, tem sido sobretudo associada às alterações desenvolvimentais e à grande instabilidade emocional que se verifica nesta fase (Jackson, Cram, & Seymour, 2000).

A violência no namoro tem vindo progressivamente, e à semelhança da violência conjugal, a alcançar grande visibilidade a nível social e científico, sendo atualmente considerada como um problema social relevante e merecedor de atenção em si mesmo (Callahan, Tolman, & Saunders, 2003). Não obstante o reconhecimento científico e social atuais e da sua prática ser transversal a todos os tempos, será de referir que só a partir da década de sessenta é que o fenómeno da violência íntima, sob as diferentes formas, surge reconhecido como um problema social específico (Caridade & Machado, 2006). Desde então, a violência exercida contra as mulheres no contexto das relações íntimas tem sido objeto de forte e crescente atenção social e científica ao nível internacional. Também em Portugal, sobretudo a partir do início da década de 90, assiste-se a uma maior consciencialização sobre a gravidade e dimensão do problema da violência na intimidade (Caridade & Machado, 2006).

A investigação neste âmbito começou por privilegiar o estudo da violência física no contexto dos relacionamentos íntimos. Progressivamente, os estudos foram contemplando outras formas de violência neste contexto relacional, tais como o abuso verbal, o psicológico e o sexual (Hickman, Jaycox, & Aronoff, 2004).

A violência física implica o uso exagerado de violência/agressividade e compreende ações como empurrar, puxar o cabelo, pontapear ou dar murros, queimar, apertar os braços, entre outras. Estes comportamentos podem, ou não, deixar marcas evidentes na vítima, sendo que as formas mais graves de violência podem resultar na morte da mesma (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV, 2011; Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009; Wekerle & Wolfe, 1999).

A violência psicológica/emocional, por sua vez, consiste em criticar, humilhar e desprezar a vítima, através de palavras e/ou comportamentos (e.g., intimidação, ameaças, desvalorização, destruição e/ou retenção de objetos), isolamento, humilhação e culpabilização (APAV, 2011; Manita et al., 2009; Wekerle & Wolfe, 1999). Esta forma de violência é apontada na literatura como sendo a mais frequente nas relações do namoro, perpetrada quer por mulheres quer por homens. Não obstante, vários autores (e.g., Rubio-Garay, López-González, Saúl, & Sánchez-Elvira-Paniagua, 2012; Shorey et al., 2012) defendem que é a mulher quem mais usa esta forma de violência.

Já a violência sexual abrange toda a forma de imposição de práticas de cariz sexual contra a vontade da vítima (e.g., violação), recorrendo a ameaças e coação ou ao uso da força física para a obrigar a práticas e/ou contactos sexuais forçados (e.g., beijar e acariciar sem o seu consentimento) (APAV, 2011; Manita et al., 2009; Wekerle & Wolfe, 1999).

Embora haja alguma controvérsia quanto à sua real prevalência e distribuição em termos de género (Hickman et al., 2004), alguns estudos têm revelado a existência de níveis preocupantes de violência nas relações de namoro, incluindo violência física (Straus, 2004).

Makepeace (1981) foi o grande pioneiro no estudo da violência no namoro, desenvolvendo uma investigação nos Estados Unidos da América com o objetivo de estudar a ocorrência de relações abusivas entre os jovens. O autor concluiu que um em cada cinco estudantes universitários tinha sido vítima de violência física por parte do(a) seu(sua) companheiro(a) e que 61% da sua amostra conhecia alguém que já tinha sido alvo de comportamentos abusivos no namoro (Makepeace, 1981). A partir de então, o estudo da violência nas relações de intimidade juvenis despertou um progressivo interesse na comunidade científica internacional, sendo hoje possível encontrar vários estudos dispersos por diferentes países (Caridade, 2011).

A grande maioria dos estudos está, contudo, localizada nos Estados Unidos da América. A título exemplificativo, cita-se um estudo intercultural de Straus (2004) que envolveu 31 universidades de 16 países, cujo principal objetivo era caracterizar a prevalência da violência, física e física severa, ocorrida nas relações de namoro no último ano. Participaram no estudo 8.666 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, tendo-se verificado que 29% dos alunos já teriam praticado agressões físicas contra o(a) seu(sua) companheiro(a) nos últimos 12 meses. Apurou-se que em média 9.4% dos estudantes sofreu violência física severa no último ano. Neste estudo, comprovou-se ainda a existência de uma grande variabilidade nas taxas de prevalência nas diversas universidades, em que a percentagem de ofensores oscilou entre 17% e 45%.

A nível nacional, a investigação nesta área tem vindo igualmente a proliferar. Um estudo desenvolvido por Caridade (2011) que contemplou uma amostra de grandes dimensões (4.667 jovens), com participantes de diferentes graus formativos e provenientes de diferentes áreas geográficas, comprovou que 19.5% dos jovens envolvidos em relações amorosas admitiram ter sofrido algum tipo de violência emocional, 13.4% de violência física e 6.7% de agressões mais graves. Em relação aos agressores (30.6%), verificou-se que 22.4% admitiram ter recorrido à violência emocional, 18.1% à violência física e 7.3% a agressões mais graves (Caridade, 2011).

Mais recentemente, um outro estudo (Oliveira, 2014) mais específico no que respeita à área geográfica (limitado à zona norte de Portugal), procurou analisar a transmissão intergeracional da violência, levando em conta o contexto familiar, as relações de intimidade e as crenças evidenciadas pelos jovens. Participaram no estudo 1.476 jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, de diferentes distritos da zona norte do país e que frequentavam o ensino secundário e profissional. Os resultados obtidos indicaram que dos 46.5% jovens que mantinham atualmente uma relação de intimidade, 24.8% admitiram ter perpetrado pelo menos um comportamento abusivo nos seus relacionamentos, sendo que 53.5% eram do sexo feminino e 46.5% do sexo masculino. No que diz respeito à vitimação, 22.4% referiram ter sofrido por parte do(a) seu (sua) parceiro(a) pelo menos um ato abusivo, destes, 42.9% eram do sexo masculino e 57.1% do sexo feminino.

Face a todas estas evidências e não obstante o já referenciado progresso em termos da investigação neste domínio, a verdade é que a literatura, internacional e nacional, tem-se centrado essencialmente na caracterização da prevalência do fenómeno e na identificação dos fatores de risco associados à violência íntima. Desta forma, e para melhor compreender o fenómeno da violência nas relações amorosas juvenis, torna-se premente a emergência de estudos que procurem explorar os contextos em que a violência é praticada (e.g., autodefesa, controlo, expressão de raiva, etc.), a influência do consumo do álcool nos comportamentos abusivos, as reações das vítimas às agressões, bem como o ajustamento psicossocial das vítimas mais jovens de violência nas relações de namoro (Caridade & Machado, 2013).

De referir que a literatura internacional tem vindo a comprovar que a violência nas relações de namoro acarreta, não raras vezes, consequências muito nefastas para o ajustamento psicossocial dos jovens, sejam vítimas, agressores ou mesmo até para aqueles que presenciaram estas dinâmicas abusivas (Close, 2005), a diferentes níveis: individual, académico e social. De entre as diferentes consequências associadas à experiência de violência no namoro, destaca-se a depressão, a ansiedade, a somatização, os ataques de pânico, o abuso de álcool, o uso de drogas, o consumo de tabaco, o consumo de marijuana, os problemas de autoestima e de bem-estar emocional, os distúrbios alimentares, a sensibilidade e hostilidade, a automutilação, a ideação/tentativa de suicídio, alguns com a intenção de morrer (Chan, Straus, Brownridge, Tiwari, & Leung, 2008; Exner-Cortens, Eckenrode, & Rothman, 2013). A literatura da especialidade tem vindo igualmente a comprovar que rapazes e raparigas parecem apresentar diferentes reações quando confrontados com episódios de violência por parte do(a) parceiro(a): as raparigas apresentam distúrbios alimentares, baixa autoestima e mal-estar emocional, ataques de pânico, consumo de bebidas alcoólicas, sintomatologia depressiva, ideação suicida e tabagismo (Ackard, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2007; Ackard & Neumark-Sztainer, 2002; Romito & Grassi, 2007). Os rapazes, por sua vez, propendem para a adoção de comportamentos antissociais, ideação/tentativa de suicídio, ataques de pânico, consumo de substâncias (álcool, marijuana e outras drogas ilícitas) (Romito & Grassi, 2007).

A investigação nacional em torno dos efeitos que a violência pode ter nas suas vítimas é escassa. O presente estudo procura assim colmatar algumas lacunas da investigação neste domínio e, para além de procurar conhecer e caracterizar as vivências amorosas abusivas dos adolescentes, procura analisar em que medida estas poderão influenciar o seu (des)ajustamento psicossocial. De forma mais específica, procurar-se-á: i) caracterizar as vivências pessoais e familiares dos participantes; ii) caracterizar a prevalência do abuso íntimo sofrido e perpetrado; iii) conhecer e caracterizar as dinâmicas abusivas presentes e admitidas pelos participantes nas suas relações amorosas (e.g., tipo de abuso sofrido, contexto de ocorrência das dinâmicas abusivas, reações apresentadas e pedido de ajuda); iv) caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes que se identificaram como vítimas e ofensores; v) caracterizar as implicações decorrentes da experiência da vitimação com potencial determinante no (des)ajustamento psicossocial dos participantes.

## Método

### Participantes

A amostra é constituída por participantes com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos de idade. Como critério de inclusão, foi estabelecido o facto de estarem envolvidos em relações amorosas no momento do preenchimento dos inquéritos ou terem tido uma relação amorosa nos últimos 12 meses.

Responderam aos inquéritos 258 sujeitos, com residência no concelho de Gondomar, com 196 (76%) dos inquiridos a afirmar que estão ou já estiveram envolvidos numa relação amorosa. Os restantes 62 (24%) nunca estiveram envolvidos em qualquer relação amorosa, tendo sido excluídos do presente estudo. A amostra deste estudo é, por isso, constituída por 196 sujeitos que relataram possuir experiência de relacionamentos íntimos, dos quais, 91 relataram estar envolvidos atualmente numa relação amorosa, (no momento do preenchimento dos questionários) e 105 referiram não ter qualquer relação atualmente, mas tiveram no passado.

Ao nível da caracterização sociodemográfica, a amostra de 196 estudantes que referiram possuir experiência relacional é constituída por 124 indivíduos do sexo masculino (63.3%) e 72 do sexo feminino (36.7%), com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos de idade ( $M = 16$ ;  $DP = 1.58$ ); 55 afirmaram residir em área rural (28.1%) e 141 em área urbana (71.9%). No que se refere às áreas de estudo, a grande maioria encontra-se no ensino profissional (46.4%), seguindo-se o 3.º ciclo (24.5%) e o ensino secundário (17.3%); com menor expressão surge o percurso alternativo (7.7%) e o PIEF-Programa Integrado de Educação e Formação (4.1%). Quanto ao ano de escolaridade dos participantes, este varia do 7.º ao 12.º ano, predominando na amostra estudantes do 10.º e do 9.º ano, com incidências de 34.7% e 25%, respetivamente. O tempo de duração da relação amorosa (contabilizada em meses) rondava em média os 9.6 meses ( $DP = 1.29$ ), um mínimo de 1 e máximo de 60 meses. De referir ainda que 1.5% dos inquiridos indicou estar envolvido numa relação homossexual, 94.4% assumiu encontrar-se envolvido numa relação de natureza heterossexual e 3.1% indicou estar numa relação bissexual.

### Material e Procedimentos

No presente estudo utilizou-se o Questionário sobre Vivências Amorosas Abusivas – QVAA, construído para o efeito do presente estudo, tendo por base a revisão da literatura da especialidade. Este questionário foi, posteriormente, submetido a um pré-teste, acompanhado de reflexão discutida com dez potenciais participantes, tendo sido igualmente analisado por três especialistas, em relação ao conteúdo deste questionário, sobre a violência nas relações amorosas juvenis. Tal procedimento afigurou-se extremamente importante na medida em que permitiu: a deteção de erros técnicos e gramaticais (Fortin, 1999); aferir a clareza da formulação das perguntas; a existência de possíveis resistências em responder a determinadas perguntas; analisar a adequação e suficiência das opções de resposta; a adequação e transição dos blocos temáticos e tempo necessário para o seu preenchimento (Gil, 1987).

O questionário encontra-se estruturado em 4 secções distintas. A primeira secção é relativa à recolha de dados sociodemográficos (e.g., sexo, idade, ano de escolaridade, área de estudos, residência e nacionalidade). Segue-se a segunda secção relativa à situação relacional (e.g., estado e tipo de relação). De seguida, a terceira secção procura analisar as vivências pessoais e familiares (e.g., averiguar a existência de eventuais consumos de álcool, de tabaco e de outras drogas

ilegais; a eventual experiência de outro tipo de maus tratos; a eventual exposição a outras formas de violência). Por último, a quarta secção destina-se à caracterização das vivências amorosas, procurando-se analisar as experiências de abuso sofridas, o contexto de ocorrência das mesmas, a reação dos participantes à violência, os fatores de manutenção na relação abusiva e o pedido de ajuda. De forma a identificar e compreender as implicações que a experiencição de abuso íntimo poderá ter no ajustamento psicossocial dos participantes foram, ainda, confrontados com uma subsecção, constituída por um conjunto de 21 itens (e.g., explorando-se eventuais dificuldades em realizar qualquer tipo de tarefa/atividade, dificuldades em estar atento/a nas aulas, sentimentos de vergonha, tristeza, o consumo de álcool para lidar com o sofrimento e/ou esquecer problemas), face aos quais os sujeitos tinham de classificar o grau em que cada problema os afetou nos últimos 12 meses, numa escala em que a resposta variava entre um (*Nunca*) e cinco (*Sempre*). Através do cálculo do alfa de *Cronbach* foi possível perceber que estes 21 itens apresentam uma boa consistência interna (.94).

### **Procedimento**

Para a realização do presente estudo foram recolhidas todas as autorizações necessárias junto das entidades com competência para tal. Assim e uma vez obtida a autorização por parte do Ministério da Educação, foram contactadas as direções das respetivas escolas para dar a conhecer o projeto, combinando-se os pormenores para a recolha de dados (seleção dos horários, das turmas com potencial interesse, apresentação do estudo aos diretores de turma). Atendendo à idade dos participantes que integram a amostra deste estudo (menores de 18 anos), foi necessário solicitar aos encarregados de educação a permissão para os seus educandos integrarem o presente estudo (assinatura de consentimento informado), sendo certo que os jovens poderiam recusar participar a qualquer momento, se assim o entendessem, não havendo qualquer prejuízo para eles. Aos participantes com idades iguais ou superiores a 18 anos foi igualmente solicitado o consentimento informado, sublinhando-se sempre o caráter anónimo e confidencial dos dados, bem como da sua participação voluntária e de que poderiam igualmente desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo para eles.

O questionário foi administrado de forma coletiva, em contexto de sala de aula, sendo que previamente, a investigadora procedeu à explicação dos objetivos do estudo e do caráter voluntário e anónimo da participação no mesmo e de que poderiam desistir do estudo a qualquer momento. Aquando da administração do instrumento, a investigadora recolheu primeiramente o consentimento informado de todos os participantes, colocando-os num envelope destinado para esse efeito de forma a não permitir que estes fossem emparelhados com o questionário, salvaguardando-se assim o anonimato dos participantes. De salientar ainda que o tempo médio de preenchimento do questionário foi de cerca de 20 minutos, sendo que a investigadora esteve presente durante o processo, de modo a esclarecer as dúvidas dos participantes, quando necessário. No final do preenchimento do instrumento, eram apresentados aos participantes alguns contactos de linhas/instituições de apoio (e.g., APAV, União de Mulheres Alternativa e Resposta - UMAR, Comissão Cidadania e Igualdade de Género – CIG) a que poderiam recorrer, se assim entendessem, de forma a obter mais informação sobre o tema em análise, ou, eventualmente, algum tipo de apoio.

## Resultados

### Caracterização das Vivências Pessoais e Familiares dos Participantes

Um dos primeiros objetivos do presente estudo era o de caracterizar as vivências pessoais e familiares dos participantes. Assim, dos 196 participantes que relataram estar envolvidos em vivências amorosas, uma percentagem considerável admitiu consumos de álcool (38.1%) e de tabaco (31.6%). Uma percentagem não tão elevada de participantes (12.2%) referiu ainda o consumo de outras drogas, tais como haxixe e marijuana.

A exploração das vivências abusivas dos inquiridos, fora do contexto das relações amorosas, revelou, de um modo geral, resultados preocupantes com 8.7% a declarar ter sido alvo de maus tratos no passado, 9.2% a afirmar já ter sido exposto e/ou observado algum tipo de violência no contexto familiar e 5.6% a apontar ter sido exposto e/ou observado algum tipo de violência na área de residência. Os inquiridos que vivenciaram estas experiências afirmaram que os maus tratos (físicos ou psicológicos) foram praticados pelos colegas de turma e pelo pai/padrasto, que a violência no contexto familiar foi perpetrada pelo pai (6.1%) e que as situações abusivas na área de residência foram, na maior parte das vezes, entre vizinhos (3.1%), resultando essencialmente em agressões físicas (3.1%) ou físicas/verbais (2%). A exposição e/ou observação de algum tipo de violência entre os pares/amigos foi reconhecida por 18.9% dos participantes, os quais referiram que esta foi praticada, na maior parte dos casos, pelos amigos (14.8%).

### Caracterização das Vivências Amorosas Abusivas dos Participantes e suas Dinâmicas

No que tange à prevalência dos comportamentos abusivos recebidos e perpetrados no âmbito das relações amorosas, atuais e passadas, verificamos que 27% dos participantes admitiu ter sido vítima de pelo menos um comportamento abusivo. Destes, 40.7% dos inquiridos relatou ter sido vítima no âmbito das suas relações amorosas atuais e 15.2% nas relações passadas.

A perpetração da violência foi relatada por 26.5% dos participantes, sendo que destes, 40.7% admitiram condutas agressivas nos seus relacionamentos atuais e 14.3% nas relações amorosas passadas (cf. Tabela 1).

O recurso ao qui-quadrado permitiu-nos perceber uma elevação da prevalência dos comportamentos abusivos nas relações atuais, comparativamente com as relações passadas, quer em termos de vitimação ( $\chi^2(1) = 15.97; p < .001$ ), quer em termos de perpetração ( $\chi^2(1) = 17.40; p < .001$ ) (cf. Tabela 1).

Tabela 1  
*Vitimação e Perpetração vs Estado Relacional*

Estado Relacional	Vitimação			Perpetração			
		Não	Sim	$\chi^2$	Não	Sim	$\chi^2$
Relações Atuais	<i>n</i>	54	37		54	37	
	%	59.3	40.7		59.3	40.7	
Relações Passadas	<i>n</i>	89	16	15.97***	90	15	17.40***
	%	84.8	15.2		85.7	14.3	
Total	<i>n</i>	143	53		144	52	
	%	73	27		73.5	26.5	

Nota. \*\*\* $p < .001$

A análise dos tipos de violência recebidos/sofridos denuncia uma preponderância do abuso emocional comparativamente ao abuso físico, em particular, relativamente aos abusos físicos muito severos.

Ao nível da vitimação por ofensas psicológicas, 27% dos sujeitos que foram vítimas, 16.9% afirmaram que já foram insultados uma ou mais vezes, 13.9% foram impedidos de ter ou de falar com outros amigos, 12.2% foram impedidos de sair com os amigos e 13.8% viram o seu telemóvel e/ou a mochila revistados. Seguem-se, os gritos para assustar com 11.3% e o perseguir e vigiar os movimentos do/a namorado/a com 9.7%.

Ao nível da violência física, os participantes admitiram terem sido alvo de empurrões (9.7%), estaladas (9.2%) e de arremesso de objetos (8.2%). Ainda que com menor expressividade, os participantes relataram também a experiência de ofensas físicas mais severas, nomeadamente, 5.6% dos inquiridos afirmaram que “já lhe puxaram os cabelos” e 4% admitiram terem sido “violentados com pontapés ou que lhe apertaram o pescoço” (cf. Tabela 2).

Analisando a perpetração dos diferentes comportamentos abusivos, observa-se igualmente uma maior preponderância das formas mais leves de violência. Assim, tal como sucede na vitimação, os inquiridos admitiram já ter praticado um ou mais insultos (14.8%), revistar o telemóvel e/ou a mochila (12.7%), impedir o(a) companheiro (a) de ter ou falar com outros amigos (11.2%), gritar com o(a) parceiro(a) para assustar (10.2%), dar empurrões (9.1%), perseguir e vigiar os movimentos do(a) namorado(a) (8.2%) e, ainda, fazer chantagens (7%).

De igual modo, também ao nível da perpetração se registou o recurso a comportamentos de maior gravidade no seio das relações amorosas, nomeadamente: puxar os cabelos (3%), pontapear (2.5%), pressionar para manter relações sexuais (2.5%), forçar a manter atos sexuais contra a vontade (2%) e apertar o pescoço (1.5%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2  
*Comportamentos Recebidos/Sofridos*

Itens QVAA	Perpretação (26.5%)			Vitimação (27%)		
	1 vez	Mais de 1 vez	Total	1 vez	Mais de 1 vez	Total
Insultos	3%	11.8%	14.8%	3.6%	13.3%	16.9%
Impedir de Teres ou Falares com Outros/as Amigos/as	7.2%	4%	11.2%	8.3%	5.6%	13.9%
Gritos para Assustar	1%	9.2%	10.2%	1.5%	9.8%	11.3%
Chantagens	3%	4%	7%	6.2%	3%	9.2%
Ameaças	2.5%	3.4%	6.1%	2.6%	4.6%	7.2%
Impedir o Uso de Determinadas Roupas	2.5%	3.5%	6%	4%	3%	7%
Impedir de Saíres com os/as Amigos/as	1.5%	4%	5.5%	5.6%	6.6%	12.2%
Revistar o Telemóvel e/ou a Mochila	3%	9.7%	12.7%	3.6%	10.2%	13.8%
Empurrões	2.5%	6.6%	9.1%	4.6%	6.6%	11.2%
Perseguir e Vigiar os Movimentos do/a Namorado/a	4.6%	3.6%	8.2%	4.6%	5.1%	9.7%
Atirar com Objetos	3.6%	4%	7.6%	4.6%	3.6%	8.2%
Estaladas	2.5%	2.5%	5%	4.6%	3.6%	9.2%
Puxar os Cabelos	1.5%	1.5%	3%	3%	2.6%	5.6%
Beijos Forçados	2%	1%	3%	2%	1%	3%
Pontapés	.5%	2%	2.5%	.5%	3.5%	4%
Pressionar para Manter Relações Sexuais	1%	1.5%	2.5%	1%	1%	2%
Forçar a Manter Atos Sexuais Contra Vontade	1.5%	.5%	2%	.5%	.5%	1%
Apertar o Pescoço	1%	.5%	1.5%	2%	2%	4%

Ao nível da caracterização das dinâmicas abusivas presentes e assumidas pelos participantes nas suas relações amorosas, os inquiridos afirmaram reagir aos comportamentos de violência sofridos de várias formas: tentar conversar com o(a) namorado(a) (11.2%); defender-se (fazendo uso de algum tipo de violência) (10.7%); chorar/ficar triste (10.2%); e sair/abandonar o contexto (7%). O uso de comportamentos abusivos por parte do(a) namorado(a) nas suas relações de intimidade é, para 24% dos inquiridos, consequência de ciúmes.

A perpetração dos comportamentos abusivos foi, segundo os participantes, iniciada pelo par em 10.7% dos casos. Quando questionados sobre quem recorria mais aqueles comportamentos, 11.2% dos inquiridos apontaram o(a) namorado(a). Relativamente ao contexto onde decorriam os abusos, 16.3% relatou que aconteciam mais frequentemente em privado, seguindo-se os espaços públicos (rua, escola) (8.2%).

Uma percentagem considerável dos participantes (13.8%) afirmou que já pensou em sair/ abandonar a relação amorosa, enquanto 8.7% declarou que já abandonou a relação amorosa, tendo havido posteriormente reconciliação e que isso aconteceu algumas vezes (7.1%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3  
*Caracterização das Dinâmicas Abusivas*

<b>Dinâmicas Abusivas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Habitualmente, Como Reagias a Esses Comportamentos Usados Pelo/a Teu/Tua Namorado/a	<i>n</i>	%
Tentar Conversar Com o/a Meu/Minha Namorado/a	22	11.2
Procurar Defender-me (Fazendo Uso de Algum Tipo de Violência)	21	10.7
Chorar/Ficar Triste	20	10.2
Sair/Abandonar o Contexto	14	7.1
Pedir Ajuda a Amigos e/ou Familiares	7	3.6
Ficar Sozinho/a	5	2.6
No teu Entender, o que é que Levava/Leva o Teu/Tua Namorado/a Ter estes Comportamentos Para Contigo	<i>n</i>	%
Ciúmes	47	24
Controlar	13	6.6
Caraterísticas Pessoais do Teu/Tua Namorado/a (ex.: Impulsividade, Agressividade)	7	3.6
O facto de o/a Teu/Tua Namorado/a Ter Sofrido Violência na Infância/Contexto Familiar	5	2.6
Consumir Outras Drogas Ilegais	5	2.6
Consumir Álcool	3	1.5
Infidelidade	0	0
Quem Recorreu, pela Primeira Vez, a Algum Daqueles Comportamentos	<i>n</i>	%
Eu	8	4.1
O/a Meu/Minha Namorado/a	21	10.7
Não Sei/Não me Lembro	23	11.7
Habitualmente, Quem é que Recorre/Recorria Mais Aqueles Comportamentos	<i>n</i>	%
Eu	9	4.6
O/a Meu/Minha Namorado/a	22	11.2
Não Sei/Não Me Lembro	21	10.7
Habitualmente, Onde Aconteciam/Acontecem os Comportamentos	<i>n</i>	%
Em Privado	32	16.3
Espaços Públicos (Rua, Escola)	16	8.2
Ao Telemóvel	2	1
Outros Locais	1	.5

(continua)

<b>Dinâmicas Abusivas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Habitualmente, Onde Aconteciam/Acontecem os Comportamentos	n	%
Casa Dela	1	.5
Geralmente, os Comportamentos Acontecem/Aconteciam na Presença de Terceiros	6	3.1
Indica Quem Estava Presente	n	%
Amigos	3	1.5
Colegas de Turma	2	1
Amigos e Pais	1	.5
Já Alguma Vez Pensaste em Sair/Abandonar a Tua Relação Amorosa	27	13.8
Já Alguma Vez Abandonaste a Tua Relação Amorosa, Tendo Havido Posteriormente Reconciliação	17	8.7
Quantas Vezes Aconteceu	n	%
Algumas Vezes	14	7.1
Muitas Vezes	3	1.5
Se Nunca Abandonaste a Tua Relação, Quais os Motivos que Contribuíram Para Tal	n	%
Por Amor	37	18.9
Vergonha (em Contar a Situação em que Te Encontravas)	13	6.6
Acreditar/Esperança na Mudança do/a Namorado/a	12	6.1
Receio de Sofrer Retaliações/Represálias por Parte do/a Namorado/a	8	4.1
Receio que Não Acreditassem em Mim	5	2.6
Manipulação Psicológica/Chantagem	2	1
Já Alguma Vez Procuraste Algum Tipo de Ajuda/Apoio	3	1.5
Junto de Quem	n	%
Amigos	1	.5
Amigos e Polícia	1	.5
Psicóloga e Família	1	.5

### **Perfil Sociodemográfico dos Participantes que se Identificaram como Vítimas e Agressores**

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos participantes que se identificaram como tendo sido vítimas e/ou agressores, de modo a relacionar o género com a experiência de vitimação, fez-se uso do teste do qui-quadrado<sup>3</sup>. Com base no mesmo, não se verificou existir uma associação significativa entre o género dos sujeitos e a experiência de vitimação ( $\chi^2(1) = .26$ ;  $p = .610$ ) ou de perpetração ( $\chi^2(1) = 0$ ;  $p = .973$ ).

Também no que respeita à área de estudos, os resultados indicam que não existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis em análise, tanto para experiência de vitimação ( $\chi^2(1) = 3.57$ ;  $p = .468$ ), como para a perpetração ( $\chi^2(1) = 4.31$ ;  $p = .366$ ).

<sup>3</sup> No presente estudo foram utilizados testes não paramétricos dado não estarem cumpridos os pressupostos para o cálculo de testes paramétricos.

## Caracterização das Consequências do Abuso Íntimo com Potencial Influência no (Des)Ajustamento Psicossocial dos Participantes

Quando procuramos identificar as implicações que a experiência do abuso íntimo poderá ter no ajustamento psicossocial de rapazes e raparigas, com recurso ao Teste de *Mann-Whitney*<sup>4</sup>, apenas se registaram valores estatisticamente significativos em três itens: sentir-se triste ( $U=213$ ;  $p=.030$ ); sentir-se irritado/a, com raiva ( $U=205.50$ ;  $p=.020$ ); perda de apetite ( $U=211.50$ ;  $p=.023$ ) e em dois itens apuraram-se valores marginalmente significativos (preferir estar sozinho/a ( $U=225$ ;  $p=.053$ ); dificuldades em adormecer ( $U=227$ ;  $p=.052$ ). De forma mais específica, verificou-se que existe uma tendência para as raparigas, com experiência de vitimação, relatarem mais queixas (tristeza, irritação, raiva), suscetíveis de interferir com o seu ajustamento psicológico (cf. Tabela 4).

Tabela 4

*Género Versus Indicadores de (Des)Ajustamento Psicossocial do QVAA*

Indicadores do QVAA	Rapazes (n=31) Ordem Média	Raparigas (n=21) Ordem Média	Mann-Whitney- U
Dificuldades em Realizar Qualquer Tipo de Tarefa/Atividade	25.19	28.43	285
Dificuldades em Estar Atento/a nas Aulas	27.23	25.43	303
Dificuldades em Concentrar nos Estudos	27.73	24.69	287.50
Apresentar Maus Resultados Escolares/Académicos	26.84	26	315
Faltar às Aulas	25.68	27.71	300
Preferir Estar Sozinho/a	23.26	31.29 <sup>+</sup>	225 <sup>+</sup>
Ter Vergonha	24.76	29.07	271.50
Envolver Facilmente em Conflitos com Amigos e/ou Colegas	23.71	30.62	239
Afastar dos Amigos e/ou Colegas	26.16	27	315
Envolver Facilmente em Conflitos com a Família	25.37	28.17	290.50
Afastar da Família	24.90	28.86	276
Sentir Triste	22.87	31.86 <sup>*</sup>	213 <sup>*</sup>
Sentir Irritado/a, com Raiva	22.63	32.21 <sup>*</sup>	205.50 <sup>*</sup>
Ter Pensamentos de Acabar com a Vida	24.31	29.74	257.50
Alguma Tentativa para pôr Fim à Própria Vida	26.18	26.98	315.50

(continua)

<sup>4</sup> No presente estudo foram utilizados testes não paramétricos dado não estarem cumpridos os pressupostos para o cálculo de testes paramétricos.

<b>Indicadores do QVAA</b>	<b>Rapazes (n=31) Ordem Média</b>	<b>Raparigas (n=21) Ordem Média</b>	<b>Mann-Whitney- U</b>
Consumir Álcool para Lidar com o Sofrimento e/ou Esquecer os Problemas	27.34	25.26	299.50
Consumir outras Drogas Ilegais para Lidar com o Sofrimento e/ou Esquecer os Problemas	26.90	25.90	313
Ter Sentimentos de Culpa	25.23	28.38	286
Dificuldades em Adormecer	23.32	31.19 <sup>+</sup>	227 <sup>+</sup>
Perda de Apetite	22.82	31.93 <sup>*</sup>	211.50 <sup>*</sup>
Sentir Sozinho/a	23.79	30.50	241.50
Total dos Itens	1.876	2.152	-1.503

Nota. <sup>+</sup> Marginalmente significativo; <sup>\*</sup>  $p < .05$

## Discussão

O presente estudo procurou caracterizar as dinâmicas abusivas presentes nas vivências amorosas dos adolescentes, procurando perceber em que medida poderão interferir com o seu (des)ajustamento psicossocial.

De uma forma global, este estudo veio corroborar a existência de elevados indicadores de violência nas relações amorosas juvenis, à semelhança do verificado em outros estudos nacionais (e.g., Barros, 2014; Caridade, 2011; Ferreira, 2011; Machado, Caridade, & Martins, 2010; Simas, 2011) e internacionais (Aldrighi, 2004; Amar & Gennaro, 2005; Boladale, Yetunde, Adesanmi, Olutayo, & Olanrewaju, 2014; Haynie et al., 2013; Sugarman & Hotaling, 1989). Aliás, no presente estudo apuraram-se taxas de prevalência ligeiramente elevadas ao apurado em outros estudos nacionais, sobretudo ao nível das relações atuais (Machado, Gonçalves, Matos, & Dias, 2007; Machado, Matos, & Moreira, 2003), o que pode estar relacionado com a medida usada para a recolha de dados. Assim, e como foi oportunamente descrito, optámos por neste estudo construir um inquérito de vitimação que, para além de questionar os jovens sobre se alguma vez sofreram e/ou perpetraram algum tipo de violência no âmbito das suas relações amorosas, também questionasse os indivíduos sobre as dinâmicas abusivas, o contexto de ocorrência do abuso íntimo, entre outros aspetos.

À semelhança do verificado em outras investigações internacionais (e.g., Archer, 2000; Barnes, Greenwood, & Sommer, 1991; Doroszewicz & Forbes, 2008; Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Muñoz-Rivas, Gomez, O'Leary, & Lozano, 2007; Ramírez, 2002; Sears & Byers, 2010) e nacionais (Barros, 2014; Caridade, 2011; Machado, et al., 2003; Paiva & Figueiredo, 2005), no presente estudo, as ofensas psicológicas foram as mais admitidas pelos participantes, ao nível da perpetração e da vitimação. Atendendo a que a literatura documenta que a violência psicológica constitui um preditor da violência física e que esta poderá acarretar consequências tão ou mais nefastas do que outras formas de violência (e.g., Shwartz, Magee, & Griffin, 2004, citados por Cáceres & Cáceres, 2006). Estes dados suscitam alguma preocupação e não deverão de todo con-

duzir a uma desvalorização do problema da violência neste contexto relacional. Não será ainda de negligenciar a evidência sobre a existência de uma escalada da violência (e.g., Wekerle & Wolfe, 1999).

Um outro dado que merece algum destaque no presente estudo relaciona-se com o facto de não se terem encontrado diferenças de género estatisticamente significativas para nenhuma tipologia de violência estudada. Tais evidências parecem, assim, apontar para uma certa paridade de género ao nível do abuso íntimo, a qual tem sido de resto também documentada por outros estudos (Aldrighi, 2004; Haynie et al., 2013; Kaura & Allen, 2004; Lewis & Fremouw, 2001; Machado, et al., 2010; Machado et al., 2003; Marcus, 2008; Matos et al., 2006; Paiva & Figueiredo, 2005; Straus, 2004). Esta não é, contudo, uma questão consensual ao nível da literatura, existindo estudos que não só refutam esta tese da paridade de género como apontam para resultados opostos (cf. Caridade & Machado, 2013). Assim, se os primeiros estudos empíricos (e.g., Makepeace, 1981) apontavam o homem como principal ofensor e a mulher como a principal vítima, mais recentemente, estudos nacionais (e.g., Caridade, 2011) e internacionais (e.g., Windle & Mrug, 2009) encontraram resultados mais ambíguos em termos de género. Os estudos evidenciam, por exemplo, que os rapazes poderão experienciar níveis mais elevados de vitimação do abuso íntimo e de que as raparigas admitem recorrer mais frequentemente à violência (cf. Caridade & Machado, 2013). Contudo, outros estudos referem que os dados da violência das raparigas poderão dever-se a agirem em autodefesa e em resposta às ofensas verbais dos companheiros (Caridade, 2011; Hickman et al., 2004); a reportarem mais a violência de que são vítimas ou agressoras; e de tenderem a exagerar nos dados relatados, responsabilizando-se pelos atos cometidos (Jackson, 1999); por sua vez, os rapazes, tendem a desvalorizar ou minimizar os seus comportamentos agressivos (O’Keefe, 2005). Sabe-se ainda que ambos os géneros parecem ter perceções diferentes do tipo de violência de que são vítimas ou agressores, o que poderá influenciar no relato deste tipo de experiências abusivas. A título exemplificativo, a violência psicológica apesar de ser mais prevalente, é ainda subvalorizada, e muitas das vezes, não identificada como forma de violência pelos jovens (Paiva & Figueiredo, 2005; Straus & Sweet, 1992), o que também poderá promover algum viés nos resultados encontrados.

Em suma, do nosso ponto de vista, a assimetria/simetria da perpetração/vitimação em função do género, não poderá ser vista na sua globalidade, mas sim pelo tipo de violência praticada/recebida, no tipo de contexto, em que condições a violência acontece e o tipo de instrumento utilizado na recolha dos dados. Não havendo consenso sobre a explicação deste fenómeno da uni ou bidirecionalidade na relação entre violência e género, é particularmente complexa e requer exploração subsequente (Caridade, 2011).

Como já fora referido, no presente estudo procuramos explorar dimensões do fenómeno que frequentemente não são contempladas noutros estudos (e.g., dinâmicas abusivas, reação ao abuso, contexto, etc.) e efetivamente verificámos que os participantes do nosso estudo raramente revelam os abusos de que são alvo, intentando antes outro tipo de ações (e.g., abordar o/a companheiro/a; reagindo com agressividade; chorar/ficar triste; sair/abandonar o contexto; pedir ajuda a amigos e/ou familiares ou ficar sozinho/a). A título de exemplo, num estudo desenvolvido em Oregon, nos E.U.A (Henton, Cate, Koval, Lloyd, & Christopher, 1983), os participantes apresentaram reações muito diversas. As vítimas admitiram conversar com o(a) companheiro(a) (51.4% vítimas; 41.8% agressores), reagir à violência (47% vítimas), chorar (44.4% vítimas; 25.4% agressores), abandonar o contexto (38.9% vítimas; 19.4% agressores), desculpar-se (68% agressores),

res) e tentar fazer as pazes (53% agressores). Ainda neste estudo, a grande maioria dos adolescentes que foram vítimas (66%) optou por reportar a violência aos pais, seguindo-se as mães (16.6%), os pais (10.2%) e, em número residual (2%), os professores. Cerca de um quarto (23%) optaram por não revelar a ninguém. Os nossos dados corroboram em parte estas evidências. Num outro estudo desenvolvido por Ashley e Foshee (2005), verificou-se que 68% das vítimas e 79% dos agressores não procuraram ajuda para a violência que era infligida/perpetrada; os homens agressores mais velhos eram mais propensos a procurar ajuda do que os agressores do sexo feminino ou perpetradores mais jovens; o tipo de ajuda a que recorreram, foram os amigos ou familiares, contudo, os homens tenderam a procurar mais ajuda de profissionais do que as mulheres. Os dados do nosso estudo vão de encontro a estas evidências, na medida em que apenas três participantes procuraram ajuda, socorrendo-se da família/amigos e psicóloga/polícia.

Os ciúmes, o controlo por parte do(a) parceiro(a) e as dificuldades de autocontrolo (impulsividade/agressividade) foram os indicadores mais referenciados pelos participantes como as principais causas da violência, indo de encontro ao apurado por outros trabalhos (e.g., Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Sugarman & Hotaling, 1989).

Relativamente aos fatores que favorecem a manutenção da relação abusiva identificados pelos participantes, destacam-se: o amor; o receio de os outros não acreditarem que eles são alvo de violência; o medo de sofrer retaliações/represálias por parte do namorado/a; a crença na mudança de comportamento do(a) namorado(a); a manipulação psicológica/chantagem por parte do companheiro(a); e, ter vergonha de relatar a situação. No estudo de Caridade (2011) os resultados são semelhantes no que concerne ao fator “manutenção da relação abusiva” aos apurados no nosso estudo. Poderá depreender-se que a imaturidade e falta de experiência em identificar os comportamentos do(a) companheiro(a) como violentos, os(as) possam levar a confundir abuso com amor.

Relativamente às implicações decorrentes da experiência de abuso íntimo no ajustamento psicossocial dos participantes, no presente estudo apurou-se que a vitimação parece estar associada a um certo mal-estar psicológico, dados estes que vão de encontro ao apurado em vários outros estudos (e.g., Ackard et al., 2007; Ackard & Neumark-Sztainer, 2002; Amar & Gennaro, 2005; Bonomi et al., 2006; Callahan et al., 2003; Coker et al., 2002; Devries et al., 2013; Foshee, Reys, Gottfredson, Chang, & Ennett, 2013; Kaura & Lohmann, 2007; Pico-Alfonso et al., 2006; Romito & Grassi, 2007). Mais concretamente, as raparigas vítimas relataram maiores níveis de tristeza, perda de apetite e indicadores de uma certa internalização (solidão, preferir estar sozinho/a) quando comparadas com os rapazes vitimizados. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo conduzido por Ackard et al. (2007) nos E.U.A., em que a violência no namoro surge associada a riscos superiores para a saúde dos jovens, nomeadamente, a nível comportamental e psicológico, em particular, com maior incidência nos adolescentes do sexo feminino. No entanto, outros estudos alertam não só para os níveis elevados de depressão nas vítimas, bem como para os baixos níveis de autoestima (Ackard & Neumark-Sztainer, 2002), sintomatologia de stress pós-traumático (PTSD) e reduzida satisfação com a vida (e.g., Callahan et al., 2003), ideação suicida (Ackard et al., 2007; Barros, 2014; Chan et al., 2008; Howard, Beck, Kerr, & Shattuck, 2005; Pico-Alfonso et al., 2006) e funcionamento psicossocial inferior (Bonomi et al., 2006). Todavia, alguns autores (e.g., Chan et al., 2008; Collin-Vézina, Hébert, Manseau, Blais, & Fernet, 2006; Lewis & Fremouw, 2001) referem que algumas variáveis intrapessoais (e.g., depressão e autoestima) podem ser preditores ou consequência da violência nas relações de intimidade.

## Conclusão

A investigação sobre a experiência de violência nas relações tem-se centrado, essencialmente, na caracterização do fenómeno, existindo um menor investimento na análise das repercussões que este tipo de abuso poderá ter no funcionamento psicossocial dos jovens. Neste sentido, o presente estudo pretendeu dar um contributo válido neste domínio e assim, extrair pistas para delinear políticas de intervenção, sejam de cariz mais preventivo, ou interventivo, especificamente, no contexto clínico. O facto de termos optado pela construção de um inquérito de vitimação constitui uma mais-valia, visto agregar no mesmo instrumento várias dimensões/variáveis que não são contempladas noutros instrumentos (e.g., funcionamento pessoal e/ou familiar; caracterização das vivências amorosas; a reação ao tipo de abuso sofrido; o contexto da ocorrência da violência; os motivos da manutenção na relação abusiva; o tipo de ajuda e o impacto das vivências abusivas), evitando assim, que se tivesse de recorrer a outros instrumentos que estão mais direcionados para a população adulta. A adequação em termos de linguagem mais acessível aos jovens foi também um fator tido em conta, visto a nossa amostra ser bastante jovem (13 aos 20 anos), assim como apresentar um *layout* atrativo e com respostas curtas, e por fim, disponibilizar a linha de apoio para quem tivesse necessidade de usufruir dela.

Não obstante, o presente estudo contém algumas limitações sobre as quais importa refletir. Desde logo, destacamos o facto de se tratar de um estudo essencialmente descritivo, recorrendo a uma amostra de conveniência, não sendo possível generalizar os resultados à população portuguesa. De igual modo, e pese embora os esforços para garantir algum equilíbrio da amostra em termos de género, no presente estudo, 63.3% dos participantes pertencem ao sexo masculino. Destaca-se ainda o recurso a medidas de autorrelato com todas as limitações que tais medidas apresentam e que no presente estudo se poderão ter agravado pelo facto de a recolha de dados ocorrer em contexto escolar. Neste sentido, os jovens poderão ter-se sentido mais constrangidos a abordar este tipo de vivências ou mesmo ter temido que a informação pudesse ser divulgada. Não será ainda de excluir a possibilidade dos relatos dos participantes acerca das suas experiências amorosas abusivas, sobretudo nas relações passadas, poderem ter sido influenciados por fatores como a distância temporal, eventuais problemas de recordação, ou mesmo pela desejabilidade social. Por fim, no presente estudo apenas foram efetuadas análises descritivas e correlacionais, não tendo havido lugar à realização de análises de regressão.

Face a estas limitações, seria útil que estudos futuros procurassem constituir amostras representativas e se procurasse garantir um maior equilíbrio da amostra em termos de género. O recurso por parte dos estudos a análises de regressão seria igualmente necessário e importante para determinar a predição de certas variáveis. Urge, ainda, a aposta no desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam explorar e aprofundar o impacto das dinâmicas abusivas a médio e a longo-prazo. Importa, ainda, diversificar o tipo de amostra, contemplando idades mais precoces, visto a violência começar cada vez mais cedo nos relacionamentos íntimos, pressuposto devidamente documentado na literatura.

Por fim, e ainda que no presente estudo tenha havido uma preocupação em investigar outras dimensões do fenómeno outrora negligenciadas, seria importante apostar no desenvolvimento de estudos qualitativos em que se procurasse explorar de forma mais detalhada algumas destas dimensões, tais como: o pedido de ajuda e as estratégias de *coping* adotadas, o contexto de instalação das dinâmicas abusivas, entre muitos outros aspetos.

Para finalizar, esperamos ainda que os resultados alcançados pelo presente estudo permitam auxiliar o desenvolvimento das políticas de prevenção da violência nas relações íntimas juvenis e, mais especificamente, na definição de estratégias para fazer face ao impacto que este tipo de abuso poderá ter nos adolescentes. Urge, portanto, continuar a apostar na implementação de programas de intervenção em contexto escolar, local privilegiado para o desenvolvimento de relações interpessoais e amorosas. De forma mais específica, importa munir os pais, os professores e toda a comunidade educativa, de ferramentas adequadas para a identificação, sinalização e intervenção atempadas nestes casos. Atendendo às evidências que documentam um impacto diferenciado no caso das raparigas, sobretudo no desenvolvimento de sintomatologia internalizadora, importa, em contexto clínico, providenciar as estratégias e os modelos terapêuticos mais consentâneos. Efetivamente, a literatura tem vindo a comprovar que a vitimação por parte de parceiros íntimos poderá acarretar sintomatologia clínica diversa, sendo a depressão e a ansiedade muito frequentes.

No contexto psicoterapêutico, o recurso à terapia cognitivo-comportamental é o mais usual na intervenção com este tipo de vítimas, dado que o seu racional terapêutico é educacional, breve, limitado no tempo e orientado para o problema (cf. Caridade & Sani, 2013). Não obstante, e atendendo a que as consequências da vitimação na intimidade revelam-se, não raras vezes, aversivas à autonomia e desenvolvimento pessoal da vítima, dificultando a construção de um projeto de vida, alguns autores sugerem o recurso, de forma complementar, a outros modelos terapêuticos, como é o caso da terapia focada nas emoções (Leal, Sani, & Caridade, 2015). Trata-se de um modelo útil na medida em que não só possibilita a prevenção de recaídas de psicopatologia ou de novas situações de risco, mas também permite efetuar um trabalho em maior profundidade no sentido de fomentar o crescimento e a autonomia da vítima (Leal et al., 2015).

## Referências

- Ackard, D., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. *Journal of Pediatrics*, 151, 476-481. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.034>
- Ackard, D., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 455-473. doi:10.1016/j.bbr.2011.03.031
- Aldrighi, T. (2004). Prevalência e cronicidade da violência física no namoro entre jovens universitários do Estado de São Paulo – Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 105-120.
- Amar, A., & Gennaro, S. (2005). Dating violence in college women: associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *Nursing Research*, 54(4), 235-242.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680. doi: 10.1037//0033-2909.126.5.651
- Ashley, O., & Foshee, V. (2005). Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 25-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.12.014.
- Associação de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa, Portugal: APAV.
- Barnes, G., Greenwood, L., & Sommer, R. (1991). Courtship violence in a Canadian sample of male college students. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 40, 37-44. doi: 10.2307/585656
- Barros, S. (2014). *Violência nas relações de namoro juvenis e ideação e comportamentos suicidas* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Boladale, M., Yetunde, O., Adesanmi, A., Olutayo, A., & Olanrewaju, I. (2014). Personality profiles and psychopathology among students exposed to dating violence at the Obafemi Awolowo University, Ile-Ife. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 168-190. doi: 10.1177/0886260514532718.
- 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, 458-466. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.015.
- Cáceres, A., & Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 271-284.
- Callahan, M., Tolman, R., & Saunders, D. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, 18, 664-681. doi: 10.1177/0743558403254784.
- Caridade, S. (2011). *Vivências íntimas violentas: Uma abordagem científica*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 4, 485-493.

- Caridade, S., & Machado, C. (2013). Violência nas relações juvenis de intimidade: Uma revisão da teoria, da investigação e da prática. *Psicologia*, 27, 91-113.
- Caridade, S., & Sani, A. (2013). Desafios inerentes à intervenção com vítimas e agressores. In A. Sani & S. Caridade (Eds.), *Violência, agressão e vitimação: práticas para a intervenção* (pp. 11-28). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Chan, K., Straus, M., Brownridge, D., Tiwari, A., & Leung, W. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53, 529-537. doi:10.1016/j.jmwh.2008.04.016.
- Close, S. (2005). Dating violence prevention in middle school and high school youth. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 18, 2-9. doi:10.1111/j.1744-6171.2005.00003.x
- Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H., & Smith, P. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., Manseau, H., Blais, M., & Fernet, M. (2006). Self-concept and violence in 220 adolescent girls in the child protective system. *Child Youth Care Forum*, 35, 319-326. doi: 10.1007/s10566-006-9019-6
- Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., Child, J., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-11. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439.
- Doroszewicz, K., & Forbes, G. (2008). Experiences with dating aggression and sexual coercion among polish college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 58-73. doi: 10.1177/0886260507307651
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., & Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*, 131, 71-78. doi: 10.1542/peds.2012-1029.
- Fernández-Fuertes, A., & Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34, 183-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.01.002.
- Ferreira, M. (2011). *A violência no namoro: Estudo exploratório de caracterização das reacções dos adolescentes face à violência* (Tese de Mestrado não publicada). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/18651>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Foshee, V., Reys, H., Gottfredson, N., Chang, L., & Ennett, S. (2013). A longitudinal examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 723-729. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.016.
- Gil, A. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Brasil: Editora Atlas.

- Haynie, D., Farhat, T., Brooks-Russell, A., Wang, J., Barbieri, B., & Iannotti, R. (2013). Dating violence perpetration and victimization among US adolescents: Prevalence, patterns, and associations with health complaints and substance use. *Journal of Adolescent Health, 53*, 194-201. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.02.008.
- Henton, J., Cate, R., Koval, J., Lloyd, S., & Christopher, S. (1983). Romance and violence in dating relationships. *Journal of Family Issues, 4*, 467-482. doi: 10.1177/019251383004003004
- Hickman, L., Jaycox, L., & Aronoff, J. (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution and prevention program effectiveness. *Trauma, Violence & Abuse, 5*, 123-142. doi: 10.1177/1524838003262332.
- Howard, D., Beck, K., Kerr, M., & Shattuck, T. (2005). Psychosocial correlates of dating violence victimization among latino youth. *Adolescence, 40*, 319-332.
- Jackson, S. (1999). Issues in dating violence research: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 233-247. doi: 10.1016/S1359-1789(97)00049-9
- Jackson, S., Cram, F., & Seymour, F. (2000). Violence and sexual coercion in high school students dating relationships. *Journal of Family Violence, 15*(1), 23-36. doi: 10.1023/A:1007545302987
- Kaura, S., & Allen, G. (2004). Dissatisfaction with relationship power and dating violence perpetration by men and women. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 575-588. doi: 10.1177/0886260504262966.
- Kaura, S., & Lohman, B. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of violence: A comparison of men and women. *Journal of Family Violence, 22*, 367-381. doi: 10.1007/s10896-007-9092-0.
- Leal, J., Sani, A., & Caridade, S. (2015). As competências emocionais em vítimas de violência conjugal: Da evidência científica à prática terapêutica. In A. Esteves, M A. Cunha, V. Sá, C. Silva, E. Panyik, S. Fernandes, F. Ponte, & D. Monteiro (Eds.). *Atas do Congresso Internacional Riscos e Criminalidade* (pp.113-124). Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Lewis, S., & Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 21*, 106-127. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00042-2.
- Machado, C., Caridade, S., & Martins, C. (2010). Violence in juvenile dating relationship self-reported prevalence and attitudes in Portuguese sample. *Journal of Family Violence, 25*, 43-52. doi: 10.1007/s10896-009-9268-x.
- Machado, C., Gonçalves, M., Matos, M., & Dias, A. (2007). Child and partner maltreatment: Self-reported prevalence and attitudes in the North of Portugal. *Child Abuse & Neglect, 31*, 657-670. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.11.002
- Machado, C., Matos, M., & Moreira, A. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica, 33*, 69-83.
- Makepeace, J. M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations, 30*, 97-102.
- Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: Compreender para intervir (guia de boas práticas para profissionais de instituições de apoio à vítima)*. Lisboa, Portugal: Sersilito.

- Marcus, R. (2008). Fight-seeking motivation in dating partners with an aggressive relationship. *The Journal of Social Psychology, 148*, 261-276. doi: 10.3200/SOCP.148.3.261-276
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S., & Silva, M. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: Intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática, 8*, 55-75.
- Muñoz-Rivas, M., Gomez, J., O'Leary, K., & Lozano, P. (2007). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema, 19*, 102-109.
- O'Keefe, M. (2005). *Teen Dating violence: A review of risk factors and prevention efforts*. Retrieved from: [http://www.vawnet.org/DomesticViolence/Research/VAWnetDocs/AR\\_TeenDatingViolence.php](http://www.vawnet.org/DomesticViolence/Research/VAWnetDocs/AR_TeenDatingViolence.php).
- Oliveira, M. (2014). *Transmissão intergeracional da violência: o contexto familiar, as relações de intimidade e as crenças dos jovens* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4295>
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 243-272.
- Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, B., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Disorders, 15*, 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599
- Ramírez, I. (2002, August). *Prevalence and chronicity of dating partner violence among a sample of Mexican male and female university students*. Paper presented at the *Victimization of Children and Youth: An International Research Conference*, Portsmouth, NH.
- 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*, 1222-1234. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.017.
- Rubio-Garay, F., López-González, M. A., Saúl, L. A., & Sánchez-Elvira-Paniagua, A. (2012). Direccionalidad y expresión de la violencia en las relaciones de noviazgo de los jóvenes. *Acción Psicológica, 9*, 61-70. doi:10.5944/ap.9-1-437.
- Sears, H. A., & Byers, E. A. (2010). Adolescent girls' and boys' experiences of psychologically, physically, and sexually aggressive behaviors in their dating relationships: co-occurrence and emotional reaction. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*, 517-539. doi: 10.1080/10926771.2010.495035.
- Shorey, R. C., Zucosky, H., Brasfield, H., Febres, J., Cornelius, T. L., Sage, C., & Stuart, G. L. (2012). Dating violence prevention programming: Directions for future interventions. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 289-296. doi:10.1016/j.avb.2012.03.001.
- Simas, T. (2011). *Violência nas relações de intimidade: o impacto na saúde mental da vítima* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by males and female university students worldwide. *Violence Against Women, 10*, 790-811. doi: 10.1177/1077801204265552.

- Straus, M., & Sweet, S. (1992). Verbal/symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationship to personal characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 346-357.
- Sugarman, D., & Hotaling, G. (1989). Dating violence: Prevalence, context, and risk markers. In M. A. Pirog-Good & J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships. Emerging Social Issues* (pp. 3-32). New York, NY: Praeger Published.
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*, 19, 435-456. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00091-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00091-9)
- Windle, M., & Mrug, S. (2009). Cross-gender perpetration and victimization among early adolescents and associations with attitudes toward dating conflict. *Youth Adolescence*, 38, 429-439. doi:10.1007/s10964-008-9328-1

# THE IMPACT OF POSITIVE PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON THE PSYCHOLOGICAL DISTRESS OF PRIMARY AND SECONDARY EDUCATION TEACHERS

Rosa Isabel da Costa Vicente Rodrigues<sup>1</sup>  
José-António Baião Carochinho<sup>2</sup>  
Maria Margarida Oliveira Rendeiro<sup>3</sup>

PSIQUE • e-ISSN 2183-4806 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 40-56

Submitted on February 4th, 2016 | Accepted on August 29th, 2016  
Submetido em 4 de Fevereiro, 2016 | Aceite em 29 de Agosto, 2016

## Abstract

Teaching is one of the professions in which individuals are more likely to develop high levels of anxiety and stress. The persistence of these symptoms can lead to severe depressive cases. Nevertheless, numerous teachers are able to react functionally while facing these professional difficulties by developing positive psychological capacities that oppose the negative symptomatology. This study examines the impact of positive psychological capital (PsyCap) on psychological distress of primary and secondary education teachers. The sample consists of 425 teachers in public and private schools aged between 26 and 62 years. For this purpose, we used the Psychological Capital Questionnaire and the scales of Depression, Anxiety and Stress. Findings show that optimism is the variable with the highest positive impact on psychological distress, because the most optimistic teachers showed lower ratings of anxiety, depression and stress. The negative correlations between all the variables in the study suggest that the higher the PsyCap values are, the lower the psychological anguish of the teachers. In this study, it was also possible to confirm that teachers with ages between 45 and 62 and with academic qualifications higher than degree level reveal greater medium values of psychological distress.

**Keywords:** positive psychological capital, anxiety, depression, stress, teachers

The professional activity plays a key role in any person's life because not only it provides the means to gain a living but also contributes to define his or her own personal identity. Therefore, it should offer the basis for economic stability, comfort and safety in such a way that an individual becomes aware of his or her own wellbeing and, consequently, of his or her personal and professional achievements. On the other hand, it can also induce distress and compromise the mental and physical health of the individual, since all professionals can or may suffer from anguish. Certain professional activities are particularly liable to the emergence of those symptoms due to their specific characteristics. Such is the case of teachers, who communicate face-to-face with others. Due to the exposure of teachers to severe psychological distress, various authors have included teaching in the list of high-risk jobs (Rusli, Edimansyah, & Naing, 2008).

<sup>1</sup> ISCTE – IUL, Lisboa, Portugal. E-mail: ricvr@iscte.pt; Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (DFRH – SFRH/BD/91299/2012).

<sup>2</sup> Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: jose.carochinho@sapo.pt

<sup>3</sup> Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: mmrendeiro@netcabo.pt

However, even in view of potentially problematic situations, many teachers react adaptively to the difficulties of the profession and develop positive reactions that enable them to respond favourably in adverse situations (Newman, Ucbasaran, Zhu, & Hirst, 2014). Liu, Chang, Fu, Wang, and Wang (2012) showed that adequate ratings of positive psychological capital (PsyCap) can relieve the symptoms of depression, and implicitly, mediate the association between occupational stress and anxiety.

The purpose of this research is to analyse the impact of PsyCap on the distress of primary and secondary education teachers within the framework of this issue. This study is particularly important due to the fact that PsyCap includes four variables (optimism, hope, self-efficacy, and resilience) that can be fomented and are fundamental resources to deal with extreme life contingencies. Studies conducted by Cunha, Rego, Lopes, and Ceitil (2008) and Dawkins, Martin, Scott, and Sanderson (2013) suggest that people with greater psychological capital perform better, have higher psychological well-being and less psychic suffering, as they learn to deal with their own problems and overcome obstacles by not giving in to the pressure, no matter the situation they find themselves in. Being individual conditions (and not personality traits), if well incremented and managed, the PsyCap dimensions may help teachers face the contingencies inherent to their profession (Luthans, Youssef-Morgan, & Avolio, 2015).

## **Positive Psychological Capital**

According to positive psychology, taking an optimistic point of view encompassing every opportunity, motivation and human skill under consideration has psychological and physiological benefits. Within this framework, Luthans and Youssef (2007) developed a new paradigm and suggested PsyCap, which identifies the skills associated with self-efficacy, resilience, optimism, and hope as facilitators of pro-active harmony and strengthens the behaviour and attitude towards work commitment, commitment to others and to the organisation. Although the four components of PsyCap seem to have some resemblances among them, they were validated as conceptually and empirically independent constructs (Avey, Luthans, Smith, & Palmer, 2010).

Psychological capital can be defined as a state of positive individual development characterized by: (1) showing the self-efficacy required to be successful in challenging tasks; (2) giving positive attributions to present-day and upcoming success; (3) being perseverant towards goals and, whenever necessary, redirect them or the way to achieve them (hopes); (4) being skilled to overcome obstacles or handle pressure in adverse situations (resilience) (Luthans & Youssef, 2007). Luthans et al. (2015) stated that when combined, self-efficacy, optimism, hope, and resilience have synergetic effect and this construct is the best predictor of performance and satisfaction of each of the dimensions that constitute it individually.

## **Psychological Distress**

Occupation plays an essential role in people's lives as they are committed to it for many years. When an occupation is satisfactory, it generates pleasure, joy and, above all, wellbeing (Youssef-Morgan & Luthans, 2015); when it is meaningless, it can become a threat to physical and/or psychological integrity and thus generate psychological distress in the worker, including symptoms of anxiety, depression and stress (Collie, Shapka, & Perry, 2012).

## **Anxiety**

Anxiety is a complex phenomenon that emerges as a reaction to stressing stimuli, i.e., when individuals believe that environmental conditions impose requirements that overcome their personal resources. However, anxiety does not have to have negative connotations. On the one hand, it can be regarded as weakness and shown in situations of uncertainty and failure; on the other hand, it may be perceived as positive and stimulating for individuals (Barlow, 2002). Hallstrom and McClure (2000) refer to the fact that anxiety may facilitate performance when it raises the rating of impulsiveness. Nevertheless, it can inhibit performance because when impulsiveness is raised, the individual cannot select the correct response.

## **Depression**

Depression is considered to be one of the major problems at the workplace because its symptoms affect decision-making and cooperation among workers (Leykin, Roberts, & Derubeis, 2011). This results in low productivity, absenteeism, and turnover and economic costs. As far as the cognitive point of view is concerned, Huguet et al. (2016) refer to the one that determines a negative opinion of events, the so-called negative cognitive schemes responsible for depression. Authors defend that the dysfunctional scheme of the depressed individual is dominated by negative awareness (beliefs and suppositions) of himself, of the world and of the future, which generates negative automatic thoughts and is a factor of cognitive vulnerability that leads to this pathology. Thus, depression emerges as the result of the individual's global inhibition, and it affects the way he or she looks at the environment, perceives reality, is aware of events, and shows his or her emotions. It is considered a disease of the human organism as a whole, compromising the individual as a whole, with psychic, social and physical dimensions. When depressed, the individual shows decreased ratings of self-esteem and self-confidence, common to anxiety and stress (Adler et al., 2006).

## **Stress**

The World Health Organisation (WHO, 2015) and the United Nations refer to stress as a real world epidemics and the disease of the twentieth century. It is also common to associate stress with professional occupation because changes in society have implications on the workplace. This topic has been discussed in manifold ways and related to various factors: work overload, professional instability, the need to increase productivity and success in ever-more demanding markets, social pressure, and inter-personal relations. Lazarus (2006) refers that stress results from imbalanced inter-action, either real or felt, between the constraints of the moment, resources and potential response of the individual. Nevertheless, this imbalance may emerge because the situation truly requires excessively from the individual. Several studies (e.g., McIntyre et al., 2015; Tomioka, Morita, Saeki, Okamoto, & Kurumatani, 2011) state that not only stress has a direct effect but it also has an indirect effect on depression and generates particular psychological responses.

## Constraints of the Job as Teacher and the Relieving Role of PsyCap

The educational challenges of present-day society and those of teachers are increasingly more demanding and permanent. In the last thirty years, there have been deep social changes with effect on behaviour, lifestyles, attitudes and values with direct implications on school life and on the job of teachers (Gold & Roth, 1993).

Lambert, McCarthy, Fitchett, Lineback, and Reiser (2015) defined teachers' discomfort as a phenomenon emerging from their professional environment, particularly from the shortcomings of the workplace, lack of human and material resources, violence in the classroom, and physical breakdown. This framework causes bio-physical exhaustion in teachers and ultimately diseases, such as high blood pressure, mental disturbances and stress.

Being a teacher means choosing one of the most demanding jobs as far as exposure to occupational stress is concerned. As mentioned in international literature, 33% of medical leaves in the USA are due to stress (Brotheridge & Grandey, 2002). Sann (2003) added that the rate of absenteeism of French teachers fluctuated between 4.5% and 6.5% during the 1970s and 1980s; however, the highest values were in the 1990s. The absenteeism of the French teachers was 21.3% in the case of primary school teachers and 9.5% in the case of secondary schools teachers.

Due to frequent changes, teachers need to adapt to new challenges permanently, to new working ways and new requirements that often result in the perception of lack of self-control. This perception is strengthened by related feelings of pessimism about the future, disturbed self-confidence, and often the difficulty of resisting and showing the necessary resilience to deal with mishaps. The emerging weaknesses lead to less effective performance, less commitment to the organization and to health disturbances (Luthans, Avolio, Avey, & Norman, 2007; Luthans, Luthans, & Avey, 2014). However, difficult situations do not always imply negative emotions; they may constitute a challenge and a way to develop skills and strategies for problem-solving situations. Within this framework, the concept of well-being is related to the way individuals evaluate their lives positively and re-dimension and rebuild their adjustment to their environment (Youssef-Morgan & Luthans, 2013). Peterson, Luthans, Avolio, Walumbwa, and Zhang (2011) state that new generations need to be taught about resilience, hope and optimism in order to make them fit to resist depression, be able to lead a happier and more productive life, and be aware that the way of dealing with events and hazards is more important than the events and hazards themselves. The authors also write that optimistic individuals tend to interpret their troubles as transitory, controllable and specific to certain situations. Pessimistic individuals believe that their problems last forever, under-estimate everything they do and are uncontrolled.

Subjective well-being has emerged as a field of research for positive psychology and the importance of PsyCap for the workers' well-being and to strengthen results in their professional activity and in the organization has been pointed out (Luthans et al., 2015). We can, thus, accept that teachers may use various strategies that will make them able to tackle professional problems, including positive psychological skills (self-efficacy, resilience, optimism, and hope) (Cascio & Boudreau, 2011; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009).

According to the literature mentioned above (e.g., Avey et al., 2010; Lazarus, 2006), there is a close relationship between PsyCap and psychological distress. Based on this claim, this work aims to analyse how those two realities connect with each other and influence the well-being of primary and secondary education teachers. Hence, the following hypotheses were defined:

H1: It is expected that there are significant differences in the variables that refer to PsyCap and to depression, anxiety and stress depending on gender, age, academic qualifications, and years of professional experience

H2: Optimism is the PsyCap variable with larger impact on the psychic suffering of primary and secondary education teachers.

H3: It is expected that the more optimistic primary and secondary education teachers have less psychic suffering.

## Method

The questionnaire was the methodological procedure used for this research due to the accurate nature of its structure and practical administration, making it adaptable as a pedagogical tool. This correlational study is grounded on the paradigm of quantitative research that aims to determine the relationships between the variables under focus.

### Participants

Four hundred and twenty-five teachers from nationwide primary and secondary education schools participated in this survey. It is a convenience sample and all the teachers agreed to participate in the study voluntarily. They were aged between 26 and 62 ( $M = 37.47$ ;  $SD = 6.88$ ) and 83.8% of them were female. In terms of education, most respondents (84%) had a first degree and 16% had undertaken postgraduate studies. Regarding the professional experience of the respondents, four categories were considered: up to 3 years, between 3 and 5 years, between 6 and 10 years and over 10 years. Only 11.5% of teachers had less than 3 years of professional experience and 51.8% had over 10 years of professional experience.

It is worth mentioning that 60.7% of the teachers are married, 30.1% are single and 9.2% mentioned having another marital status. Regarding level of teaching, 33.9% teach in primary schools, 51% in secondary school and only 15.1% in preparatory school.

Another aspect that is essential to refer concerns the regions where the teachers work. In this sense, the different country zones were aggregated in 7 regions in accordance with the level II Nomenclature of Territorial Units for Statistical purposes (NUTS).

However, we have opted to join Madeira and the Azores Archipelago in a single category named islands, which left us with only 6 regions: North, Centre, Lisbon, Alentejo, Algarve, and Islands. The majority of teachers belong to the North region (49.4%).

### Materials and Procedure

**PCQ.** Developed and validated by Luthans et al. (2007), the PCQ acronym for Psychological Capital Questionnaire was adapted to the Portuguese context by Machado (2008). Its 24 items were adapted from scales previously published in literature on self-efficacy (Parker 1998), resilience (Wagnild & Young, 1993), optimism (Scheier, Carver, & Bridges, 1994), and hope (Snyder et al., 1996).

Each dimension is composed of 6 items and respondents answer according to a 6-point Likert scale (1 – strongly disagree to 6 – strongly agree). Thus, the higher the mean values of items, the higher the PsyCap ratings.

In the original study (Luthans et al., 2007), every dimension of the questionnaire showed alpha Cronbach coefficients over .80. This suggests that the internal consistence is adequate (Kline, 2000). In order to validate the PCQ, the authors carried out a confirmatory factor analysis (CFA) using the maximum likelihood estimation method and this showed a good rate of adequacy to the model [SRMR = .05; CFI = .93; RMSEA = .05] (Hu & Bentler, 1995). In our study, an identical procedure was used to evaluate the psychometric properties. The data obtained through the post-hoc analysis suggested some modifications that lead to a better model adjustment with the covariations in the errors of the subtests with similar characteristics, namely in the hope dimension. With the purpose of better adjust the model, we eliminated some manifest variables: items 1 and 5 related to self-efficacy and items 3 and 7 related to optimism.

The main keys of adjustment resulting from the CFA revealed adequate adjustment to a four-factor model [ $\chi^2 = 2.89$ ;  $df = 163$ ;  $p < .01$ ; CFI = .90; TLI = .88; RMSEA = .07]. The internal consistence obtained for each one of the factors was: .77 for self-efficacy, .74 for hope, .72 for resilience and .65 for optimism.

**EADS-21.** The EADS-21 is an adaptation of the *Depression, Anxiety Stress Scales* (DASS) designed by Lovibond and Lovibond (1995) and tested for the Portuguese population by Pais-Ribeiro, Honrado, and Leal (2004).

The self-administered questionnaire is composed of 21 items and evaluates three different areas: anxiety, depression and stress. Each item corresponds to an affirmative sentence that recalls negative emotional symptoms. The respondent identifies his or her emotional condition experienced the week before. There are four possible answers for each sentence, organized into a Likert scale, where 0 corresponds to “it is not applicable to me” and 3 corresponds to “it is very often applicable to me”. Totals for each dimension are reached through the values of the 7 items and may range from 0 to 21. The higher the score, the more negative the emotional conditions of the individual are and, consequently, the more intense his or her distress is.

Regarding the internal consistency of the EADS-21, the Cronbach's alpha was used to determine it. The findings indicated .79 for anxiety, .83 for depression and .89 for stress. These results suggest quite suitable values. In our study, a CFA was conducted and after the post-hoc analysis, we eliminated items 2, 9, 10 (anxiety), 3, 6, 21 (depression) and 6 (stress), which resulted in indices' adjustment much more adequate to a three-dimension model [ $\chi^2 = 3.01$ ;  $df = 74$ ;  $p < .001$ ; CFI = .95; TLI = .94; RMSEA = .07]. The internal consistency obtained for each of the factors was fairly acceptable: .84 for anxiety, .79 for depression and .88 for stress.

## Procedure

The questionnaire composed of the PCQ, the EADS-21 and a set of questions on social-demographic characteristics were introduced into a specially-designed platform. The link was sent by email to teachers of various primary and secondary schools across country (Portugal) and the explanation of the aims of this survey was attached. We included a pledge of confidentiality and also assured that findings would be strictly used for academic purposes.

## Results

In order to test the outlined hypothesis, we began by analysing the distribution of the variables in this study, using the following criteria: Kolmogorov-Smirnov adjustment test in demand to test the distribution normality, and the Levene test to test the homogeneity of variance, and after verifying that the distribution was in accordance with the normality patterns, parametric tests were used.

In order to verify the first hypothesis, we analysed the singularities in terms of socio-demographic characterization. With the objective of facilitating statistical analysis, the ages of respondents were organized into two groups: those aged between 26 and 44 and those aged between 45 and 62. There were only significant differences involving the age variable in terms of anxiety [ $t(423) = -2.89, p = .004$ ], the older teachers presenting higher medium values.

Regarding gender, findings showed that, albeit the mean values of women were higher than those of men, there were no relevant differences in any of the EADS-21 dimension. As regards education, data showed that there were only statistically relevant differences in anxiety [ $t(423) = -2.07, p = .039$ ], and particularly higher in teachers with postgraduate studies.

Empirical evidence shows that particular types of behaviour may be developed in order to face pressure and adverse daily mishaps because there is a significant negative association between the PsyCap and distress with a favourable impact on anxiety, depression and stress. We wanted to find out which dimensions of the PCQ showed the highest mean scores and underpinned self-efficacy.

When comparing mean values for gender, we found no statistically significant differences in any of the PsyCap dimensions and had similar findings regarding the age of the respondents. We found out that men teachers aged between 26 and 44 showed higher mean values in every dimension. As far as education is concerned, teachers with postgraduate studies showed higher mean values in every dimension, despite significant differences regarding self-efficacy [ $t(423) = -3.11, p = .002$ ], resilience [ $t(423) = -2.04, p = .041$ ], and hope [ $t(423) = -2.70, p = .007$ ]. Comparisons as to the seniority of teachers showed no significant differences from the PsyCap as far as this variable is concerned.

In relation to marital status, three categories were considered: single, married and other, with results showing that single teachers present the lowest medium values in all the EADS-21 dimensions, although those differences are only significant for anxiety [ $F(2, 422) = 3.10, p = .046$ ]. The data analysis also allowed us to determine that there are no statistical significant differences in any of the EADS-21 dimensions [anxiety:  $F(3, 421) = .54, p = .654$ ; depression:  $F(3, 421) = .72, p = .162$ ; stress:  $F(3, 421) = .41, p = .742$ ] considering the year they are teaching.

Regarding marital status, no significant statistical differences were found in any of the PsyCap dimensions [self-efficacy:  $F(2, 422) = .28, p = .749$ ; resilience:  $F(2, 422) = .95, p = .384$ ; optimism:  $F(2, 422) = 2.93, p = .054$ ; hope:  $F(2, 422) = 1.41, p = .245$ ].

The mean difference according to the year that the teachers teach shows that there are significant statistical differences in terms of levels of resilience [ $F(3, 421) = 3.00, p = .030$ ] and hope [ $F(3, 421) = 4.19, p = .006$ ]. It was found that although primary education teachers present higher medium results when it comes to resilience, optimism and hope, secondary education teachers have higher medium values in self-efficacy (Table 1).

Table 1

*Difference of the means of PsyCap taking in consideration the educational cycle in which the teachers are lecturing*

	1st Cycle		2nd Cycle		3rd Cycle		Secondary			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	Sig.
<b>Self-efficacy</b>	3.67	0.62	3.83	0.59	3.72	0.69	3.77	0.49	1.24	.294
<b>Resilience</b>	3.59	0.56	3.81	0.54	3.68	0.57	3.73	0.49	3.00	.030*
<b>Optimism</b>	3.42	0.58	3.53	0.54	3.36	0.65	3.46	0.58	1.11	.344
<b>Hope</b>	3.52	0.62	3.79	0.58	3.56	0.60	3.69	0.52	4.20	.006*

Note. M = Mean; SD = Standard-deviation; \*p < .05

With the purpose of verifying the second hypothesis, we tried to determine the impact of the PsyCap on distress among primary and secondary education teachers. The findings show that the PsyCap variable with the highest rating of impact:

- On anxiety [ $R^2 = .10$ ;  $SD = .52$ ;  $F = 11.75$ ;  $p < .001$ ] is optimism ( $\beta = -.16$ ;  $p = .016$ );
- On depression [ $R^2 = .51$ ;  $SD = .52$ ;  $F = 37.46$ ;  $p < .001$ ] is optimism ( $\beta = -.40$ ;  $p < .001$ ) and hope ( $\beta = -.16$ ;  $p = .017$ );
- On stress [ $R^2 = .44$ ;  $SD = .54$ ;  $F = 26.33$ ;  $p < .001$ ] is optimism ( $\beta = -.25$ ;  $p < .001$ ) and hope (stress:  $\beta = -.14$ ;  $p = .043$ ).

As the coefficients  $\beta$  are negative, we can conclude that the higher the ratings of optimism and hope, the lower the rating of distress among teachers.

Taking into account what was suggested in the third hypothesis, we then determined whether the most optimistic teachers showed lower ratings of anxiety, depression and stress, and reorganized the optimism variable in two groups according to its mean value ( $M = 3.50$ ): Group 1 (Low Optimism) and Group 2 (High Optimism). Statistics showed there were significant differences in the groups' mean values according to their lower or higher optimism in the depression and stress variables (Table 2), and that the higher the optimism, the lower the distress of teachers. These findings indicate that optimism is a characteristic that prevents individuals from experiencing distress.

Table 2

*Difference of the means in psychological distress of teachers considering the optimism*

	Low optimism		High optimism		t-test	Sig.
	M	SD	M	SD		
<b>Anxiety</b>	1.38	0.55	1.28	0.51	1.97	.050
<b>Depression</b>	1.78	0.64	1.39	0.47	6.95	.000**
<b>Stress</b>	2.00	0.62	1.68	0.55	5.44	.000**

Note. M = Mean; SD = Standard-deviation; \*\*p < .001

We checked the association between the PCQ and the EADS-21 variables and found a significant correlation between all dimensions under study. The high correlations between the strongly associated PCQ variables (self-efficacy, resilience, optimism and hope) indicate that they may be united for a common purpose and constitute a single construct entitled PsyCap, enabling individuals to answer to adversities favourably. The same applies to the EADS-21 dimensions (anxiety, depression and stress) and, being strongly associated, they indicate a construct that could be called distress (Table 3).

Table 3  
*Correlations between anxiety, depression, stress and PsyCap*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
<b>Anxiety (1)</b>	1.33	0.54	-						
<b>Depression (2)</b>	1.59	0.60	.64**	-					
<b>Stress (3)</b>	1.85	0.61	.71**	.76**	-				
<b>Self-efficacy (4)</b>	3.79	0.62	-.26**	-.32**	-.29**	-			
<b>Resilience (5)</b>	3.68	0.54	-.24**	-.31**	-.35**	.67**	-		
<b>Optimism (6)</b>	3.50	0.67	-.29**	-.50**	-.42**	.54**	.60**	-	
<b>Hope (7)</b>	3.62	0.59	-.28**	-.43**	-.40**	.65**	.69**	.71**	-

Note. *M* = Mean; *SD* = Standard-deviation; \*\* $p < .001$

Negative correlations between the PCQ and EADS-21 variables show that the PsyCap and distress are associated in an opposite way; whenever one increases, the other decreases, and vice-versa. The highest correlations between positive psychological skills and distress are those emerging from the connection between optimism and stress ( $r = -.49, p < .001$ ).

## Discussion

Roche, Haar, and Luthans (2014) suggested that the findings of positive psychology contribute to improve individual and collective functioning and promote psychological well-being. Positive experiences strengthen minds and shape behaviours because they prepare people for day-to-day adversities and stimulate the boldness required to tackle problems.

To test the first hypothesis, we analysed the differences in the PCQ dimensions in accordance with the level of schooling of primary and secondary education teachers. We found that the higher the qualifications, the higher the PsyCap values, namely: self-efficacy, resilience and hope, which allows us to partially corroborate the third hypothesis. In agreement with Luthans et al. (2014), self-efficacy operates as a basis of positivity, so the bigger the capacity to mobilize the cognitive resources and the necessary actions for a well succeeded performance, the more confident people feel, trying harder to make positive choices. In the same line, Cunha et al. (2008) defend that the more people adjust to the functions they perform and the better the knowledge about people they have, the more effort they

make to reach their goals and better adapt to situations that cause psychic suffering. Conclusions go against the studies conducted by Luthans et al. (2015), who affirm that people who are more confident are more persistent and have more positive thoughts. In this sense, Snyder and Lopez (2009) defend that self-efficacy is directly associated with the belief that subjects need to have in order to make their competencies and knowledge produce the desired effects. Sweetman, Luthans, Avey, and Luthans (2011) add that the sense of self-efficacy is associated with areas in which individuals have more confidence, experience, knowledge, and mastery. Therefore, the higher their academic qualifications, the higher their positive psychological capacities. Parallel to this, negative relations were found between self-efficacy and psychic suffering, namely when it comes to anxiety. Luthans et al. (2014) refer that the higher the cognitive resources, the bigger the probability of reaching positive results, both at personal and professional level. The authors add that self-efficacy, resilience, optimism, and hope, when reconciled, have a higher effect on performance and on individual satisfaction, than when used individually. For Youssef-Morgan and Luthans (2015), having hope encompasses the development of oriented actions to reach a goal, namely the necessary motivation to define the path towards it and the different alternatives to reach it. According to Picado (2009), the lack of acknowledge on the part of all employers, in the face of the effort made to increase the academic level and, consequently, professional performance, translates into psychic suffering, and it can be minimized through PsyCap. Schwazer and Schwitz (2004) refer that the bigger the personal investment, the bigger the professional development of the teacher and the capacity to deal with adversities. These results contradict the ones obtained in our study.

Compared to age, we found that older teachers present higher levels of psychic suffering. However, only statistically significant differences were verified with regard to anxiety. These results are congruent with the ones found by Renshaw, Long, and Cook (2015), which reveal that the higher the age the bigger the emotional exhaustion. Similar results were found by McIntyre et al. (2015), who refer that younger teachers showed higher stress levels than the older ones. Our results indicate no significant differences between the teachers aged 26-44 years, who present higher medium levels in all PsyCap dimensions. Our conclusions match the findings of Norman, Avey, Nimnicht, and Pigeon (2010), according to which age is positively correlated with self-efficacy and resilience.

Concerning genre, several studies (e.g., Collie et al., 2012; Lambert et al., 2015) refer that women show higher medium levels of anxiety and depression than men. Nevertheless, that difference is not verifiable with regard to stress. However, our study did not reveal significant statistical differences when it comes to genre. Results may be explained by the nature of the function and the responsibilities assigned to it. The teacher's activity is one of the few where the genre factor has no importance, both in the task definition and task responsibilities or even on the function layout. As for PsyCap, we found that male teachers present higher medium values in all the analysed dimensions, but they do not differ significantly. Results go against the ones obtained by Rego, Marques, Leal, Sousa, and Cunha (2010), who affirm that genre is not correlated with any PsyCap dimensions.

With regard to marital status, the study showed that single teachers have the lowest medium values in all the EADS-21 dimensions. Nevertheless, the existence of significant differences is only found when it comes to anxiety. In the same sense, Pinto (2000) affirms

that married or divorced teachers show higher values of psychic suffering than single ones, which can be explained by the inherent familiar responsibilities and the constant uncertainty experienced nowadays in this profession. This showed that married teachers have the lowest values in all the PsyCap dimensions.

We found that anxiety, depression and stress differ significantly depending on the year teachers teach. Secondary education teaching assistants have higher medium values in all dimensions than basic education teachers. According to Jesus (2005), it is in secondary school that teaching-related unease is most felt. Therefore, this situation is fundamentally due to the students' high demands for interpersonal relations in this level of teaching. Research conducted by Nunes (2010) identified significantly lower levels of stress in secondary school than in basic education teaching. These results contradict our study and do not reveal the existence of significant differences regarding this variable. These results go against the results obtained in PsyCap, according to which teachers who teach in the second cycle of education have higher medium values in resilience, optimism and hope, and teachers who teach secondary education present higher values in self-efficacy. Nevertheless, these differences are only significant regarding resilience and hope. Luthans et al. (2015) refer that resilience and hope, when combined, have a higher effect on performance and individual satisfaction than when used individually.

The aim of this study was to analyse the impact of the PsyCap on the distress of primary and secondary education teachers. Following the data analysis, optimism was found to be the PsyCap variable with the highest positive impact on every dimension of the EADS-21; the higher the optimism ratings, the lower the distress of teachers. These results go against the second hypothesis initially formulated and in the direction of the studies carried out by Luthans et al. (2014), who suggested that optimism made people more resistant to depression, offering them greater satisfaction and a more productive life. Costa (2012) refers that optimistic people are healthier, have bigger longevity and well-succeed careers, as well as a happier life with less stress and anxiety when facing setbacks. Following up on this idea, Avey, Reichard, Luthans and Mhatre (2011) affirm that it is fundamental that new generations become more resilient and optimistic, for which reason it is vital to promote training programmes towards that end.

Seligman et al. (2009) add that it is essential to create conditions to optimize or train optimistic ways to face life's experiences and increase the positive emotions in order to anticipate a positive future and look affirmatively to reality. In this context, Avey et al. (2010) refer that when we face reality assertively, the stress reduction happens in an indirect way, as more positive and cheerful environments are created. On this, Seligman et al. (2009) state that optimism is supported not just by wellbeing but also by the situations. Therefore, favourable situations must be created in a permanent way to strengthen self-efficacy and professional performance. On the other hand, negative events must be faced as transitory and specific to concrete situations, so they should not affect organizational and individual performance. Nonetheless, Luthans et al. (2015) warn that unrealistic optimism makes people vulnerable and prone to affect individual and organizational performance. Therefore, ideally one should show simultaneously high positive and negative expectations in relations to future events. Hope was also shown to affect depression and stress positively, with results similar to those obtained by Luthans et al. (2007), who stated that individuals with high rat-

ings of hope show determination in the pursuit of aims and are able to define ways to attain them regardless of what may come ahead. Studies conducted by Avey et al. (2010) also showed that there is an opposite relation between hope and stress.

Based on our findings, we tried to determine whether more optimistic teachers showed lower ratings of anxiety, depression and stress, and concluded that optimism operates as a positive element that protects subjects from distress. However, the second hypothesis was not fully supported because, despite the mean values of anxiety being higher in less optimistic teachers (pessimistic), this dimension did not contain significant statistical differences. Our findings support those obtained by Seligman et al. (2009), who showed that optimistic individuals face negative events as transitory and specific to certain situations, and positive events should be developed permanently. According to Sheldon, Boehm, and Lyubomirsky (2013) optimistic individuals are more resistant to frustration, are happier and able to tackle adversities more positively, learning from their mistakes and, therefore, showing reduced ratings of anxiety, depression and stress. These results contradict the results obtained by Leal, Röhr, and Acioly-Régnier (2011), which reveal that teachers with more optimistic and resilient characteristics are prone to overcome difficulties. Jesus (2005) refers that when teachers develop strategies to face and overcome demands and professional difficulties, they feel more motivated and accomplished at professional and personal level, consequently having less psychic suffering. Bakker and Oerlemans (2012) highlighted the importance of the PsyCap both for workers' well-being and for the profits of the organization.

Following the data analysis, optimism was found to be the PsyCap variable with the highest positive impact on every dimension of the EADS-21; the higher the ratings of optimism, the lower the distress of teachers. These results go against the second hypothesis initially formulated and in the direction of the studies carried out by Luthans et al. (2014), who suggested that optimism made people more resistant to depression, offering them greater satisfaction and a more productive life. The authors added that it is essential to create conditions to optimize or train optimist attitudes to face life experiences, expand positive emotion and have a more positive look at reality in the future. Thus, optimism is reinforced by good and bad events and favourable situations must be created permanently in order to improve and strengthen self-efficacy and a more satisfactory professional performance (Bandura, 2012). Furthermore, negative events should be faced as temporary, transitional and particular to certain situations in order not to affect the organizational and individual performance negatively (Pluess, & Belsky, 2013; Renshaw et al., 2015).

Hope was also shown to affect depression and stress positively, with similar results to those obtained by Luthans et al. (2007) who stated that individuals with high ratings of hope show determination in the pursuit of aims and are able to define ways to attain them, regardless of what may come ahead. Studies conducted by Avey et al. (2010) also showed that there is an opposite relation between hope and stress.

Based on our findings, we tried to determine whether more optimistic teachers showed lower ratings of anxiety, depression and stress, and concluded that optimism operates as a positive element that protects subjects from distress. However, the second hypothesis was not fully supported because, despite the mean values of anxiety being higher in less optimistic teachers (pessimistic), this difference is peripherally significant. Findings support those obtained by Seligman et al. (2009) who showed that optimistic individuals face negative events as transitory and specific to certain situations, while positive events should be developed permanently.

## Conclusion

Nowadays, unprecedented uncertainty prevails, with direct effect on the career of teachers who face increasingly more challenging situations. Over the years, those adversities tend to result in symptoms of anxiety and stress, which can lead to serious depressive disturbances (WHO, 2015).

Teachers' discomfort, particularly distress, is not new and has been studied by various researchers (e.g., Moreno-Jiménez, Hernández, & Gutiérrez, 2000; Sann, 2003). Their work shows that psychological problems are more or less related to teachers' social and working conditions.

Being a teacher inevitably involves being in permanent contact with third parties and that it is a permanent challenge. Therefore, stress emerges gradually. It is worth mentioning that Tomioka et al. (2011) stated that occupational stress is identified as a predictor of anxiety and symptoms of depression. However, many teachers tackle professional setbacks functionally and develop positive psychological skills that counteract negative symptoms.

Various authors (e.g., Avey et al., 2011; Newman et al., 2014) pointed out the beneficial consequences of individuals with high ratings of PsyCap, including increased self-esteem and psychological well-being. Positive experiencing strengthens the intellect, makes people happier and shapes individual and collective behaviour because it endows individuals with the skills required to tackle day-to-day setbacks, stimulating them to sort problems out (Lyubomirsky, 2013).

According to Youssef-Morgan and Luthans (2015), well-being at the work place has acquired major importance and the inherent costs to its promotion reflect these results. However, only with approaches based on evidence it is possible to select the adequate interventions, otherwise all the invested resources are wasted, with ineffectiveness triggering counterproductive practices. Luthans, Youssef-Morgan, and Avolio (2015) add that the development of supported PsyCap strategies, besides promoting well-being, also has a positive impact on performance. Strength and positive psychological capabilities may be developed and effectively managed to increase satisfaction and create added value to the organizations (Youssef & Luthans, 2013).

The fact that well-being and living standards are not referred to in the theoretical approach to the PsyCap is a constraint of this study. Furthermore, it would have been interesting to determine whether the PsyCap mediates or moderates symptoms of anxiety, depression and stress. It is also important to emphasize that variables related to career stability should have been included, such as type of work contract and the ability to combine professional demands with family ones. Therefore, a replication of this study would have been interesting in order to overcome these gaps.

Assuming that it is not possible to conclude or provide definite answers from this study, we believe this is a contribution to the discussion on the importance of PsyCap for the distress of primary and secondary education teachers and, consequently, for their organizational productivity. A strong concurrence between our findings and those shown in many other studies (e.g., Bakker & Oerlemans, 2012; Luthans et al., 2007; Youssef-Morgan & Luthans, 2013) indicates the validity of our guidelines.

## Referências

- Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L., & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1569-1576. doi: 10.1176/appi.ajp.163.9.1569
- Avey, J., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, *15*, 17-28. doi: 10.1037/a0016998
- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, *22*, 127-152. doi: 10.1002/hrdq.20070
- Bakker, A. B., & Oerlemans, W. G. (2012). Subjective well-being in organizations. In K. Cameron & G. M. Spreitzer (Eds.). *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (pp. 178-189). New York, NY: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, *38*, 9-44. doi: 10.1037/t05430-000
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of people work. *Journal of Vocational Behavior*, *60*, 17-39. doi: 10.1006/jvbe.2001.1815
- Cascio, W. F., & Boudreau, J. W. (2011). *Investing in people: Financial impact of human resource initiatives* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Collie, R. J., Shapka, J. D., & Perry, N. E. (2012). School climate and social-emotional learning: Predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology*, *104*, 1189-1204. doi:10.1037/a0029356
- Costa, J. M. (2012). *Otimismo e atitudes inclusivas de professores dos Açores face a alunos com NEE: Um contributo para tradução e validação portuguesa da Teacher Academic Optimism Scale for Elementary Teachers (SAOS)*. (Unpublished doctoral dissertation). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Cunha, M. P., Rego, A., Lopes, M. P., & Ceitil, M. (2008). *Organizações positivas*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Dawkins, S., Martin, A., Scott, J., & Sanderson, K. (2013). Building on the positives: A psychometric review and critical analysis of the construct of psychological capital. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *86*, 348-370. doi: 10.1111/joop.12007
- Gold, Y., & Roth, R. (1993). *Teachers managing stress and prevention burnout: The professional health solution*. London, United Kingdom: The Falmer Press.
- Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Anxiety and depression: Your questions answered*. Scotland, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Huguet, A., Rao, S., McGrath, P., Wozney, L., Wheaton, M., Conrod, J., & Rozario, S. (2016). A systematic review of cognitive behavioral therapy and behavioral activation apps for depression. *Plos ONE*, *11*, 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0154248
- Jesus, S. N. (2005). Bem-estar docente: Perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In A. Marques Pinto, & A. L. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar* (pp.167-184). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Kline, P. (2000). *A psychometrics primer*. United Kingdom, London: Free Association Books.
- Lambert, R. G., McCarthy, C. J., Fitchett, P. G., Lineback, S., & Reiser, J. (2015). Identification of elementary teachers' risk for stress and vocational concerns using the national schools and staffing survey. *Education Policy Analysis Archives*, *23*(43), 1-37. doi: 0.14507/epaa.v23.1792
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, *74*, 9-46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368x
- Leal, A., Röhr, F., Acioly-Régner, N. (2011). A resiliência e seus efeitos na prática docente. In *Atas do X Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional*. Maringá, Brasil: Universidade Estadual de Maringá.
- Leykin, Y., Roberts, C. S., & Derubeis, R. J. (2011). Decision-making and depressive symptomatology. *Cognitive Therapy Research*, *35*, 333-341. doi: 10.1007/s10608-010-9308-0
- Liu, L., Chang, Y., Fu, J., Wang, J., & Wang, L. (2012). The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *12*, 219-226. doi: 10.1186/1471-2458-12-219.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luthans, B. C., Luthans, K. W., & Avey, J. B. (2014). Building the leaders of tomorrow: The development of academic psychological capital. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, *21*, 191-199. doi: 10.1177/1548051813517003
- Luthans, F., Avolio, B., Avey, J., & Norman, S. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, *60*, 541-572. doi: 10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
- Luthans, F., & Youssef, C. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, *33*, 321-349. doi: 10.1177/0149206307300814
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., & Avolio, B. (2015). *Psychological capital and beyond*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S. (2013). *The myths of happiness*. New York, NY: Penguin.
- Machado, F. I. (2008). *Capital psicológico positivo e criatividade dos colaboradores: Um estudo exploratório em Organizações de I&DT*. (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Aveiro, Aveiro.

- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., Barr, C. D., Woodward, P. S., Francis, D. J., Durand, A. C., & ... Kamarck, T. W. (2015). Longitudinal study of the feasibility of using ecological momentary assessment to study teachers stress: Objective and self-reported measures. *Journal of Occupational Health Psychology, 20*, 1-12. doi: 10.1037/a0039966
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E., & Gutiérrez, J. G. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CPB-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 16*, 331-349.
- Newman, A., Ucbasaran, D., Zhu, F., & Hirst, G. (2014). Psychological capital: A review and synthesis. *Journal of Organizational Behavior, 35*(S1), S120–S138. doi: 10.1002/job.1916
- Norman, S., Avey, J., Nimnicht, J., & Pigeon, N. (2010). The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee organizational citizenship and deviance behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 20*, 1-12. doi: 10.1177/1548051809353764
- Nunes, I. D. (2010). *O papel moderador do capital psicológico na relação entre o clima psicológico e o bem-estar subjectivo*. (Unpublished doctoral dissertation). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*, 229-239.
- Parker, S. K. (1998). Enhancing the role breath self-efficacy: The roles of the job enrichment and other organizational interventions. *Journal of Applied Psychology, 83*, 835-852. doi: 10.1037/0021-9010.83.6.835
- Peterson, S. J., Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent growth modeling approach. *Personnel Psychology, 64*, 427-450. doi: 10.1111/j.1744-6570.2011.01215.x
- Picado, L. (2009). *Ser professor: Do mal-estar para o bem-estar docente*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0474.pdf>
- Pinto, A. M. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin, 139*, 901-916. doi: 10.1037/a0030196
- Rego, A., Marques, C., Leal, S., Sousa, F., & Cunha, M. P. (2010). Psychological capital and performance of Portuguese civil servants: Exploring neutralizers in the context of an appraisal system. *The International Journal of Human Resource Management, 21*, 1531-1552. doi: 10.1080/09585192.2010.488459
- Renshaw, T. L., Long, A. J., & Cook, C. R. (2015). Assessing teachers' positive psychological functioning at work: development and validation of the Teacher Subjective Wellbeing Questionnaire. *School Psychology Quarterly, 30*, 289-306. doi: 10.1037/spq0000112
- Roche, M., Haar, J., & Luthans, F. (2014). The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*, 476-489. doi: 10.1037/a0037183

- Rusli, B. N., Edimansyah, B. A., & Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health*, 8, 48-59. doi: 10.1186/1471-2458-8-48.
- Sann, U. (2003). Job conditions and wellness of German secondary school teachers. *Psychology and Health*, 18, 489-500. doi: 10.1080/0887044031000147210
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078. doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. S. (2004). Perceived self-efficacy as a resource factor in teachers. In M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens, & M. García-Renedo (Eds.), *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (pp. 229-236). Castelló de la Plana, Spain: Publicacions de la Universitat Jaume.
- Seligman, M. P., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311. doi: 10.1080/03054980902934563
- Sheldon, K. M., Boehm, J., & Lyubomirsky, S. (2013). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention model. In S. A. David, I. Boniwell, & A. C. Ayers (Eds.), *Oxford Handbook of Happiness* (pp. 901-914). New York, NY: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Brasil, Porto Alegre: Artmed.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335. doi: 10.1037/0022-3514.70.2.321
- Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J., & Luthans, B. (2011). Relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 28, 4-13. doi: 10.1002/CJAS.175
- Tomioka, K., Morita, N., Saeki, K., Okamoto, N., & Kurumatani, N. (2011). Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine*, 61, 163-170. doi: 10.1093/occmed/kqr004
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva, Switzerland: Author.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2013). Developing psychological capital in organizations: Cognitive, affective, conative, and social contributions of happiness. In S. A. David, I. Boniwell, & A. C. Ayers (Eds.), *Oxford Handbook of Happiness* (pp. 751-766). New York: NY: Oxford University Press.
- Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2013). Psychological capital theory: Toward a positive holistic model. In A. Bakker (Ed.), *Advances in positive organizational psychology* (pp. 145-166). Bingley, United Kingdom: Emerald.
- Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological capital and Well-being. *Stress and Health*, 31, 180-188. doi: 10.1002/smi.2623

# ESTUDO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA EM JOVENS ADULTOS: RELAÇÕES ENTRE PSICOPATOLOGIA E BEM-ESTAR

## POSITIVE MENTAL HEALTH IN YOUNG ADULTS: RELATIONSHIPS BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY AND WELL-BEING

Carla Alexandra Martins da Fonte<sup>1</sup>  
Cristiana Maria Fernandes Ferreira<sup>2</sup>  
Sónia Alexandra Pimentel Alves<sup>3</sup>

PSIQUE • e-ISSN 1647-2284 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 57-74

Submitted on January 26th, 2016 | Accepted on September 30th, 2016

Submetido em 26 de Janeiro, 2016 | Aceite em 30 de Setembro, 2016

### Resumo

A investigação tem vindo a demonstrar que a saúde mental positiva e o bem-estar são mais do que a ausência de psicopatologia, desempenhando um importante papel na saúde em geral (Huppert, 2005). Este estudo teve como objetivo caracterizar a saúde mental positiva e a doença mental de uma amostra de 150 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade. Para a recolha de dados utilizamos a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh* (Tennant et al., 2007), a versão reduzida da *Escala Continuum de Saúde Mental* (Keyes, 2002) e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse* (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Os resultados indicaram que a maior parte dos participantes apresenta bons níveis de saúde mental positiva e níveis inferiores de psicopatologia, tendo sido encontradas correlações negativas entre ambas. Constatámos, ainda, que são os mais novos e os homens da amostra que apresentaram níveis mais elevados de saúde mental positiva. As mulheres e os desempregados foram os que apresentaram os níveis mais elevados de psicopatologia. Os resultados sublinham a necessidade de incluir medidas de avaliação da saúde mental positiva e bem estar no estudo da saúde em geral.

**Palavras-chave:** jovens adultos, saúde mental positiva, bem-estar, psicopatologia

### Abstract

Evidence is accumulating that positive mental health is more than the absence of psychopathology, and may play an important role in health outcomes (Huppert, 2005). The aim of this study is to characterize the positive mental health and mental illness of 150 young Portuguese people (18- 30 years). For data collection, we use the *Mental Wellness Scale Warwick-Edinburgh* (Tennant et al., 2007), *Continuum Health Mental Scale-Short Version*

---

<sup>1</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: cfonte@ufp.edu.pt

<sup>2</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: 15326@ufp.edu.pt

<sup>3</sup> Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: salves@ufp.edu.pt

(Keyes, 2002) and the *Anxiety, Depression and Stress Scale* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Our findings indicated that most of the sample has good levels of positive mental health and lower levels of psychopathology, and negative correlations have been found between the positive mental health and psychopathology. It was also found that are the younger and men who have higher levels of positive mental health, and are the women and the unemployed who have presented higher levels of psychopathology. These findings point the need to include measures of positive mental health and well-being in studies of health.

**Keywords:** young adults, positive mental health, well-being, psychopathology

A psicologia, enquanto ciência e profissão, tem vindo a demonstrar um interesse crescente pela saúde mental positiva, definida como a presença de bem-estar e não apenas como a ausência de psicopatologia nos indivíduos (Keyes, 2005; Trompetter, Kleine, & Bohlmeijer, 2016). Neste âmbito, encontram-se na literatura descritas evidências de que a psicopatologia e a saúde mental positiva funcionam ao longo de um contínuo (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011). A existência deste modelo dual caracterizador da saúde mental acarreta várias implicações. Em primeiro lugar, a psicopatologia e a saúde mental positiva não funcionam como opostos mas sim como indicadores distintos da saúde mental (Lamers, Westwehof, Glas, & Bohlmeijer, 2015), o que permite que a saúde mental positiva assuma um papel relevante e significativo no estudo científico (Huppert, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Algumas evidências têm indicado que a saúde mental positiva se torna ao longo do tempo uma fonte de proteção contra problemas de saúde física e mental (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010; Trompetter et al., 2016). Emerge, assim, a necessidade de se expandir a definição de saúde mental, passando esta a referir-se a um estado de bem-estar e boa *performance* ao nível das funções mentais (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em 2004, a saúde mental positiva como necessária ao bem-estar e ao funcionamento efetivo individual, social e comunitário. Toda esta questão é relevante de um ponto de vista de política económica, pois os dados evidenciam, por exemplo, que a presença de casos de depressão crónica reduz a produtividade individual, com custos económicos elevados (Mrazek & Haggert, 1994; Murray & Lopez, 1997).

A doença mental aparece frequentemente associada a doenças secundárias, como o suicídio, e problemas cardiovasculares, tendo um impacto significativo sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial (Callegari, 2000; Rebellon, Brown, & Keyes, 2001). Também na Europa, a saúde mental é responsável por 22% da carga total de doença, e a carga social e económica da doença mental custa à União Europeia, cerca de 3% a 4% do seu PIB. Em 2006, o custo foi de 436 milhões de euros, principalmente devido à ausência sistemática ao trabalho, incapacidade para o trabalho e reforma antecipada (Parlamento Europeu, 2009).

Em Portugal, segundo o último Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, 25.4% da população com 15 ou mais anos tem sintomas de depressão (16% dos homens e 33.7% das mulheres, Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015). De acordo com os dados do primeiro estudo epidemiológico nacional das perturbações mentais, integrados no *World Mental Health Initiative*, Portugal apresentou a terceira mais elevada taxa de perturbações do foro psiquiátrico (23%), sendo o país com o valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%) (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A depressão, a ansiedade e o stresse são, portanto, perturbações que afetam inúmeros indivíduos e estão associados a inúmeras doenças graves e mortais (França & Rodrigues, 2005), interferindo com o funcionamento geral e com a qualidade de vida (Bernik, 2000).

A importância crescente do sistema de saúde pública para atuar na prevenção das doenças e na promoção da saúde revelou a necessidade de medidas que diferenciassem as pessoas ao nível de saúde mental, ao invés de avaliarem exclusivamente a existência de psicopatologia versus ausência de psicopatologia (Keyes, 2005; Keyes & Lopez, 2002; Westerhof & Keyes, 2010). Este tipo de medidas são, ainda, mais importantes quando o objetivo é avaliar a saúde no seu todo, integrando os vários contextos de vida dos indivíduos, mais concretamente a família, a escola e o trabalho, no âmbito de estudos epidemiológicos. A saúde mental positiva é mais do que a ausência de doença mental, é vital para o funcionamento do indivíduo, da família e da própria sociedade (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). A saúde mental positiva é “... um estado de bem-estar subjetivo no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, é capaz de lidar com acontecimentos adversos no quotidiano, trabalha de forma produtiva e agradável e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (World Health Organization, 2001, p.1). Keyes (2002) propõe que a saúde mental positiva seja concetualizada como um estado completo em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em *flourishing*, com altos níveis bem-estar emocional, psicológico e social. Segundo o autor, trata-se de uma síndrome de sentimentos positivos e funcionamento positivo da vida, considerando a presença da saúde mental como *flourishing*, e a ausência de saúde mental como *languishing*. Assim sendo, *flourishing* é um estado em que o indivíduo combina altos níveis de bem-estar emocional com altos níveis de funcionamento psicológico e social (Keyes, 2005). É de sublinhar que o termo saúde mental positiva é frequentemente usado de forma alternada com o termo bem-estar mental. Este é um construto complexo com duas perspetivas distintas retratadas na literatura científica: a perspetiva hedónica, que foca a experiência subjetiva da felicidade e da satisfação com a vida; e a perspetiva eudaimónica, que foca o funcionamento psicológico e a auto-realização (Ryan & Deci, 2001; Tennant et al, 2007). Neste sentido, a própria Comissão Europeia lançou, em 2008, o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, com o objetivo de apoiar e promover a saúde mental e o bem-estar a nível europeu, traduzido no Plano Nacional de Saúde Mental – 2007/2016 – ao destacar a necessidade de promover várias estratégias para o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde mental focalizadas, igualmente, na atividade profissional (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Constata-se, portanto, que saúde mental (positiva) tem influência numa série de dimensões, tais como: estilo de vida mais saudável, menos limitações da vida diária, habilitações académicas mais elevadas, maior produtividade, melhor relacionamento social, maior coesão social e melhor qualidade de vida (Huppert, 2005; Keyes, 2005; Keyes & Lopez, 2002; Jané-Lopis, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

Na verdade, o foco na avaliação da saúde mental positiva marca uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção da saúde e prevenção da doença: além de melhorar o tratamento de doenças existentes, são criadas as condições individuais, sociais e ambientais que favoreçam o desenvolvimento psicológico e biológico ótimos, bem como a preservação da equidade, da justiça social e da dignidade das pessoas. É também um reconhecimento de que a saúde mental positiva e o bem-estar podem contribuir para atingir uma ampla gama de objetivos sociais e de saúde, de importância crucial para a prosperidade a médio e a longo prazo (Diener, Lucas, & Smith, 1999). No entanto, o campo da saúde mental positiva carece ainda de estudos (Tennant et al., 2007), particularmente no contexto português (Almeida & Xavier, 2013).

A investigação que se apresenta, alicerça-se neste quadro empírico-conceitual, segundo o qual a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental ou de psicopatologia, mas também a presença de sentimentos positivos (bem-estar emocional), de um bom funcionamento individual (bem-estar psicológico) e social (bem-estar social) (Lamers et al., 2011), podendo assim ser encarada como a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade. Neste sentido, procuramos fazer a caracterização da saúde mental positiva relativamente ao bem-estar (emocional, psicológico e social) e à psicopatologia/doença mental de uma amostra de jovens portugueses e analisar de que forma estes construtos se associam. A acrescentar a este objetivo, a investigação pretende ainda refletir se a saúde mental, bem-estar e psicopatologia se diferenciam em função de variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, sexo e situação profissional).

## Método

### Participantes

Participaram neste estudo 150 jovens, selecionados por conveniência e distribuídos equitativamente quanto ao género. A idade dos participantes encontra-se compreendida entre os 18 e os 30 anos, com uma média de 23.6 anos ( $DP = 4.2$ ). Quanto ao estado civil, 14.7% ( $n = 22$ ) dos participantes são casados, 3.3% ( $n = 5$ ) são divorciados ou separados e 82% ( $n = 123$ ) são solteiros. Cerca de metade dos participantes da amostra (48%;  $n = 72$ ) encontrava-se a trabalhar/empregado, 37.3% ( $n = 59$ ) a estudar, e apenas 13.3% ( $n = 20$ ) se encontrava numa situação de desemprego. Se nos debruçarmos sobre o número de filhos, grande parte dos participantes (83.3%;  $n = 125$ ) não tem filhos, 11.3% ( $n = 17$ ) tem apenas um filho e 5.3% ( $n = 8$ ) tem dois ou mais filhos.

### Material e Procedimento

Foi utilizado um questionário sociodemográfico, construído para o efeito, que ficou constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil e situação profissional. Foi aplicada a *Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Tennant et al., 2007)*, uma escala de autorrelato composta por 14 itens escritos de forma positiva, distribuídos numa escala de Likert entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), sendo a pontuação mínima de 14 pontos e pontuação máxima de 70 pontos, em que os níveis mais elevados estão associados a melhor bem-estar mental (Maheswaran, Weich, Powell, & Stewart-Brown, 2012). A escala foi construída para medir a saúde mental positiva e o bem-estar, contemplando tanto os elementos hedónicos (felicidade, satisfação com a vida) como os eudaimónicos (funcionamento positivo) do bem-estar. A escala tem revelado uma boa validade e consistência interna para diferentes populações (Clarke et al., 2011; Castellvi et al., 2013; Maheswaran et al., 2012; Monte, Fonte, & Alves, 2015). Foi determinado o valor de *Alfa de Cronbach* da escala para a amostra em estudo, e os resultados apontaram para uma boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ). A análise de frequências das respostas revelou, ainda, que a escala apresenta boa sensibilidade (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas) para a amostra.

Também foi aplicada a *Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF) para Adultos – versão reduzida*, uma escala de autorresposta de saúde mental, proposta por Keyes, em 2002, como forma de atribuir diagnósticos categoriais para a saúde mental, permitindo distinguir os estados de *flourishing*, saúde mental moderada, e *languishing*. A construção desta escala foi desenvolvida com base em vários construtos que se referem ao bem-estar emocional, psicológico e social

(Keyes, 2002), e está distribuída em 14 itens de autorrelato: três itens para o bem-estar emocional (itens 1-3), cinco itens para o bem-estar social (itens 4-8) e seis itens para o bem-estar psicológico (itens 9-14) (Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). A pontuação nos itens classifica-se segundo uma escala de *Likert* entre 0 (*nunca*) e 6 (*todos os dias*) pontos (Lamers et al., 2011; Salama-Younes, 2011). O estado de *flourishing* é classificado quando se pontua em, pelo menos, um dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico com 5 pontos (*quase todos os dias*) ou 6 pontos (*todos os dias*) da escala de *Likert*. No lado oposto, para ser diagnosticado o estado *languishing* são necessárias pontuações baixas (0=*nunca*; 1=*uma ou duas vezes*) em, pelo menos, um dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico. No intermédio, o diagnóstico de *saúde mental moderada* é atribuído quando se pontua com 3 pontos (*cerca de uma ou duas vezes por semana*) ou 4 pontos (*cerca de duas ou três vezes por semana*) em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2007). A versão reduzida da *MHC-SF* tem revelado excelente consistência interna e validade para diferentes populações e culturas (Ismail & Salama-Younes, 2011; Jovanovic, 2015; Karas, Ciecuch, & Keyes, 2014; Lamers et al., 2011; Machado & Bandeira, 2015; Matos et al., 2010; Monte et al., 2015), assim como sensibilidade e estabilidade a alterações temporais (Lamers et al., 2011). Para a amostra em estudo, a sensibilidade da escala ficou assegurada após a análise das frequências de todos os itens (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas); o cálculo do valor de *Alfa de Cronbach* para os 14 itens da escala revelou uma boa consistência interna para os participantes da amostra ( $\alpha = .92$ ), assim como para as subescalas, bem-estar emocional ( $\alpha = .91$ ), bem-estar psicológico ( $\alpha = .91$ ) e bem-estar social ( $\alpha = .85$ ).

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse* (EADS-21) construída por Lovibond e Lovibond, em 1995, constitui a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), adaptada para a população nacional por Pais-Ribeiro et al., em 2004, foi por nós também aplicada. A EADS-21, conforme o nome indica, é composta por 21 itens (versão abreviada da escala de 42 itens), divididos igualmente por cada subescala (ansiedade: itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; depressão: itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; e stresse: itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), cujas respostas estão distribuídas numa escala de tipo *Likert*, com quatro pontos de gravidade/frequência, que vão desde 0 (*não se aplicou nada a mim*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Pais-Ribeiro et al., 2004). A subescala de ansiedade inclui excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e efeitos músculo-esqueléticos; a subescala de depressão inclui disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia; e a subescala de stresse inclui dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação fácil, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência. Para cada escala (de sete itens cada) a pontuação mínima é de zero e a máxima de 21 pontos, estando os valores mais elevados associados a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). A investigação tem atribuído uma boa consistência interna à escala (Gloster et al., 2008; Willemssen, Markey, Dclercq, & Vanheule, 2010), assim como qualidades psicométricas e boa fiabilidade (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004), encontrando validade em diferentes culturas (Oei, Sawang, Gohe, & Mukhtar, 2013). Na nossa amostra, os valores de *alfa de Cronbach* para a totalidade dos itens (21) da escala revelaram uma boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ) assim como para as subescalas de ansiedade ( $\alpha = .86$ ), depressão ( $\alpha = .89$ ) e stresse ( $\alpha = .86$ ). A análise das frequências de todos os itens assegurou a sensibilidade da escala (todas as categorias de resposta aos itens foram utilizadas como respostas).

## Procedimento

Esta investigação teve, em primeiro lugar, uma análise prévia à sua execução por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa que emitiu um parecer favorável à realização da mesma. Procedeu-se, ainda, à obtenção das autorizações para a utilização dos instrumentos. Seguidamente, as investigadoras deslocaram-se a locais de atividades juvenis onde, num espaço isolado e individualmente, facultado pelas Juntas de Freguesia, foi efetuada uma explicação aos participantes sobre os objetivos da investigação, e dadas as instruções para o preenchimento dos instrumentos. O tempo de aplicação foi, em média, de 15 minutos. Foi dada oportunidade a todos os participantes de recusar/desistir, em qualquer momento, a sua colaboração na investigação, assim como de esclarecer quaisquer dúvidas que entendessem necessárias. De forma a reforçar a confidencialidade, os participantes começaram por preencher o consentimento informado, que foi imediatamente recolhido antes do preenchimento das escalas. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 22 do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM)*. O procedimento de análise de dados iniciou com uma análise estatística univariada descritiva da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas, aos níveis de bem-estar e aos níveis de psicopatologia. De seguida, a análise estatística bivariada inferencial (*teste correlação de Pearson*) pretendeu verificar as correlações entre o bem-estar e a ocorrência de psicopatologia. Posteriormente procedeu-se ao estudo das diferenças entre o bem-estar e psicopatologia e as variáveis sociodemográficas em estudo, através de *Testes T para amostras independentes* (para dois grupos) e *Análise de variâncias – ANOVA* (para três ou mais grupos de categorias), depois de garantida a normalidade da amostra através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). Para a identificação das diferenças recorreu-se ao teste *post-hoc* de Scheffé (Field, 2009).

## Resultados

A análise dos dados foi efetuada a partir do objetivo geral desta investigação, que era o de caracterizar a saúde mental positiva de uma amostra de jovens adultos portugueses. Para a concretização deste objetivo foram utilizadas as pontuações das escalas e subescalas dos instrumentos de recolha de dados, de forma a conseguirmos analisar a doença e saúde mental dos participantes da amostra. Quanto à saúde mental, foram analisados os resultados da *WEMWBS* e da *MHC-SF* e tidos como pontos de corte os valores intermédios entre as pontuações máximas e mínimas possíveis das escalas (Keyes, 2002).

No que toca à escala de bem-estar *WEMWBS*, e conforme pode ser observado na tabela 1, a pontuação mínima possível é 14 pontos e a máxima é 70 pontos, e na nossa amostra encontramos pontuações mínimas de 23 pontos e máximas de 70 pontos. A acrescentar, se considerarmos o valor de 35 pontos como o ponto de corte da escala e a média de 51.35 pontos ( $DP = 10.49$ ) encontrados na amostra, podemos concluir que a maioria dos participantes apresenta níveis consistentes de bem-estar em geral. O mesmo ocorreu na escala de saúde mental e bem-estar *MHC-SF*, onde a pontuação mínima possível é de 14 pontos e a máxima de 84, e na amostra encontramos pontuações mínimas de 22 e pontuações máximas de 84 pontos. O valor médio do total da escala ( $M = 61.24$ ;  $DP = 13.07$ ), em contraposição com o valor do ponto de corte (42 pontos), corrobora os resultados da escala anterior, que indicam níveis consistentes de bem-estar. No caso concreto das subescalas de bem-estar emocional, social e psicológico, verificamos que as pontuações máximas obtidas pela amostra (18, 30 e 36 pontos, respetivamente)

correspondem às pontuações máximas possíveis para as escalas; e que as pontuações mínimas da amostra superam as mínimas possíveis para a escala de bem-estar emocional (5 pontos contra 3 pontos mínimos da escala) e psicológico (9 pontos contra 5 pontos mínimos da escala). Apenas na escala de bem-estar social encontramos as pontuações mínimas possíveis da escala na amostra (6 pontos).

Tabela 1

Caraterização da Saúde Mental da Amostra relativamente ao Bem-estar em Geral (WEMWBS), ao Bem-estar Emocional, ao Bem-estar Social e ao Bem-estar Psicológico (MHC-SF)

	Amostra (N=150)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
WEMWBS	23	70	51.35	10.49
MHC-SF	22	84	61.24	13.07
Bem-estar emocional	5	18	13.95	3.29
Bem-estar Social	6	30	19.13	5.89
Bem-estar Psicológico	9	36	28.16	6.24

Se atendermos aos diagnósticos de saúde mental positiva, conseguidos através da MHC-SF, a análise descritiva permite afirmar que 58% da amostra se encontra em estado de saúde mental positiva *flourishing*, 2.7% encontra-se em estado *languishing* e 39.3% num estado intermédio de *saúde mental moderada*. Considerando que o estado de *flourishing* representa uma boa saúde mental, podemos afirmar que a maior parte (mais de 50%) da amostra em estudo assegura uma saúde mental positiva.

Relativamente à doença mental, os resultados máximos e mínimos (0 e 53, respetivamente) encontrados nas pontuações totais da EADS-21, e considerando as pontuações máximas possíveis na escala (63 pontos), sugerem que alguns participantes não apresentam qualquer tipo de patologia (máx. 0), ao passo que outros, apresentam níveis elevados de psicopatologia/doença mental (máx. 53). Contudo, o valor da média das pontuações totais na escala ( $M = 16.69$ ,  $DP = 12.28$ ) é significativamente inferior ao valor do ponto de corte (31.5 pontos, correspondente a metade do valor da pontuação máxima possível na escala); apontando que a maioria dos participantes apresenta baixos níveis de psicopatologia ou doença mental (cf. tabela 2).

No que respeita às subescalas da EADS-21, e ponderando que a pontuação máxima para cada subescala (ansiedade, depressão e stresse) é de 21 pontos, encontramos participantes na amostra sem patologia, e outros com altos níveis de ansiedade e depressão (18 pontos), mas essencialmente de stresse (20 pontos), que atinge quase o máximo possível. Não obstante, e se considerarmos como ponto de corte a metade da pontuação máxima (10.5 pontos), os resultados médios encontrados para cada subescala revelam que o número de participantes com doença mental não é superior ao número de participantes sem doença mental (cf. tabela 2). A análise descritiva dos resultados médios das subescalas permitiu ainda apurar que o stresse ( $M = 7.09$ ,  $DP = 4.56$ ) é o tipo de psicopatologia que mais afeta os participantes da amostra, seguido da depressão ( $M = 5.02$ ,  $DP = 4.64$ ).

Tabela 2

Caraterização da saúde mental da amostra relativamente à EADS-21, à depressão, à ansiedade e ao stresse

	Amostra (N=150)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Total EADS-21	0	53	16.69	12.28
Ansiedade	0	18	4.58	4.43
Depressão	0	18	5.02	4.64
Stresse	0	20	7.09	4.56

Com o objetivo de verificar a associação entre a saúde mental positiva/bem-estar e a doença mental, foram efetuadas correlações de *Pearson* entre os resultados totais das escalas e subescalas em estudo. A análise dos resultados das correlações de *Pearson* permitiu apurar que as escalas de saúde mental positiva/bem-estar *WEMWBS* e a *MHC-SF* e respetivas subescalas apresentam correlações negativas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) com a escala de psicopatologia (*EADS-21*) e respetivas subescalas (ansiedade, depressão e stresse), indicando que níveis superiores de saúde mental e bem-estar estão associados a níveis inferiores de psicopatologia/doença mental (cf. tabela 3). Especificamente, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da *WEMWBS* e os valores totais da *EADS-21* ( $r = -.67, p < .001$ ), indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a níveis inferiores de psicopatologia. No que toca às subescalas da *EADS-21*, encontramos igualmente correlações negativas estatisticamente significativas entre o bem-estar e cada uma das subescalas, a ansiedade ( $r = -.47, p = .000$ ), a depressão ( $r = -.69, p < .001$ ) e o stresse ( $r = -.51, p < .001$ ), indicando que altos níveis de bem-estar em geral estão associados a baixos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse (cf. tabela 3). No respeitante à escala de saúde mental positiva (*MHC-SF*), encontramos igualmente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os resultados totais da escala e os valores totais de *EADS-21* ( $r = -.58, p < .001$ ); assim como entre os valores de *MHC-SF* e as subescalas de ansiedade ( $r = -.53, p < .001$ ), depressão ( $r = -.60, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.44, p < .001$ ), indicando que níveis elevados de bem-estar em geral estão associados a níveis inferiores de doença mental, em concreto, de ansiedade, de depressão e de stresse (cf. tabela 3). Ainda relativamente à *MHC-SF*, mas à subescala de bem-estar emocional, encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de bem-estar emocional e os níveis totais da *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ), e respetivas subescalas de ansiedade ( $r = -.57, p < .001$ ), depressão ( $r = -.62, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.47, p < .001$ ) revelando que níveis elevados de bem-estar emocional estão associados a baixos níveis de doença mental, especificamente, de ansiedade, de depressão e de stresse. No respeitante ao bem-estar social, verificamos novamente uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores totais da subescala e os resultados totais de *EADS-21* ( $r = -.51, p < .001$ ), assim como das suas subescalas de ansiedade ( $r = -.48, p < .001$ ), depressão ( $r = -.55, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.33, p < .001$ ), o que significa que um elevado de bem-estar social está associado a níveis baixos de psicopatologia,

mais propriamente de ansiedade, depressão e stresse. Por fim, no que concerne ao bem-estar psicológico, também encontramos correlações negativas estatisticamente significativas entre os valores da subescala e os valores da *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ), e as subescalas de ansiedade ( $r = -.36, p < .001$ ) depressão ( $r = -.40, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.36, p < .001$ ); significando que o bem-estar psicológico está associado a níveis baixos de patologias mentais, como a ansiedade, a depressão e o stresse (cf. tabela 3). Ao analisarmos os estados de saúde mental, verificamos correlações positivas estatisticamente significativas entre o estado de *languishing* e de saúde mental moderada e a doença mental medida pela *EADS-21* ( $r = .28, p < .001$ ;  $r = .33, p < .001$ , respetivamente) e subescalas de ansiedade ( $r = .25, p < .002$ ;  $r = .36, p < .001$ , respetivamente), depressão ( $r = .26, p = .001$ ;  $r = .30, p < .001$ , respetivamente) e stresse ( $r = .23, p = .004$ ;  $r = .23, p = .005$ , respetivamente). Com o estado de saúde mental *flourishing*, encontramos correlações negativas estatisticamente significativas com os níveis de psicopatologia medidos pela *EADS-21* ( $r = -.41, p < .001$ ) e subescalas de ansiedade ( $r = -.44, p < .001$ ), depressão ( $r = -.38, p < .001$ ) e stresse ( $r = -.30, p < .001$ ) (cf. tabela 3).

Tabela 3

*Correlações de Pearson entre a escala e subescalas de psicopatologia (EADS-21, ansiedade, depressão e stresse) e as escalas e subescalas de saúde mental e bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico) e os estados de saúde mental positiva (flourishing, saúde mental moderada e languishing)*

	Amostra (N=150)			
	Total EADS-21 <i>r</i>	Ansiedade <i>r</i>	Depressão <i>r</i>	Stresse <i>r</i>
<i>WEMWBS</i>	-.67***	-.47***	-.69***	-.51***
Total <i>MHC-SF</i>	-.58***	-.53***	-.60***	-.44***
Bem-estar emocional	-.41***	-.57***	-.62***	-.47***
Bem-estar social	-.51***	-.48***	-.55***	-.33***
Bem-estar psicológico	-.41***	-.36***	-.40***	-.36***
<i>Flourishing</i>	-.41***	-.44***	-.38***	-.30***
Saúde Mental Moderada	.33***	.36***	.29***	.23***
<i>Languishing</i>	.28***	.25**	.26***	.23**

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

Para o estudo das diferenças na saúde mental positiva/bem-estar e psicopatologia em função da idade, agrupámos as faixas etárias aproximando os intervalos das idades segundo os critérios da Organização das Nações Unidas para fins estatísticos (Eisenstein, 2005), que consideram a adolescência entre os 15 e os 24 anos. Neste caso, na nossa investigação, consideramos dois grupos etários: um entre os 18 e os 25 anos, e outro entre os 26 e os 30 anos. A análise de diferenças entre a idade e as escalas e subescalas revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a saúde mental e bem-estar em geral (*MHC-SF*)

( $t(148) = 2.02, p = .046$ ), IC a 95% [.09, 5.51], mais propriamente com o bem-estar emocional ( $t(148) = 2.76, p = .013$ ), IC a 95% [.30, 2.48] e o estado de saúde mental positiva *flourishing* ( $t(148) = 2, p = .047$ ), IC a 95% [.0, .34]. Os participantes mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental (*flourishing*) e bem-estar em geral e, em específico, melhor bem-estar emocional (cf. tabela 4). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o bem-estar em geral medido pela WEMWBS ( $t(148) = .28, p = .778$ ), o bem-estar social ( $t(148) = 1.42, p = .159$ ), o bem-estar psicológico ( $t(148) = 1.55, p = .123$ ), o estado de saúde mental moderada ( $t(148) = -1.81, p = .072$ ), o estado de *languishing* ( $t(148) = -.62, p = .537$ ), a psicopatologia medida pela EADS-21 ( $t(148) = .31, p = .756$ ), a ansiedade ( $t(148) = -.125, p = .900$ ), a depressão ( $t(148) = .52, p = .607$ ) e o stresse ( $t(148) = .43, p = .666$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Teste de diferenças nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva), as escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse) em função da idade

	Idade		t (148)
	18-25 anos (n = 97) Média (DP)	26-30 anos (n = 53) Média (DP)	
WEMWBS	51.53(10.98)	51.02(9.63)	.28
Total MHC-SF	62.81(12.78)	58.36(13.22)	2.02*
Bem-estar emocional	14.44(3.08)	13.06(3.50)	2.51*
Bem-estar social	19.63(5.96)	18.21(5.71)	1.42
Bem-estar psicológico	28.74(6.02)	27.09(6.55)	1.55
Total EADS-21	16.92(12.85)	16.26(11.25)	.31
Ansiedade	4.55(4.53)	4.64(4.28)	-.125
Depressão	5.16(4.99)	4.75(3.98)	.52
Stresse	7.21(4.69)	6.87(4.44)	.43
<i>Flourishing</i>	1.64(.48)	1.47(.50)	2*
Saúde Mental Moderada	1.34(.48)	1.49(.51)	-1.81
<i>Languishing</i>	1.02(.14)	1.04(.19)	-.62

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

Quanto à variável sexo, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o bem-estar em geral medido pela WEMWBS ( $t(148) = 3.26, p = .001$ ), IC 95% [2.13, 8.69], a EADS-21 ( $t(148) = -4.03, p < .001$ ), IC 95% [-11.46, -3.92] e as suas subescalas de ansiedade ( $t(148) = -2.57, p = .011$ ) IC 95% [-3.23, -.42], de depressão ( $t(148) = -3.72, p < .001$ ), IC 95% [-4.42, -1.27], e de stresse ( $t(148) = -4.51, p < .001$ ), IC 95% [-4.55, -1.77]. A análise de médias aponta que os homens apresentam maior bem-estar em geral do que as mulheres, e que estas apresentam maiores níveis de psicopatologia, designadamente,

de depressão, de ansiedade e de stresse (cf. tabela 5). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a saúde mental e bem-estar medidos pela *MHC-SF* ( $t(148) = .60, p = .550$ ) e suas subescalas, de bem-estar emocional ( $t(148) = .97, p = .335$ ), social ( $t(148) = .37, p = .696$ ) e psicológico ( $t(148) = -.39, p = .710$ ), assim como entre os estados de saúde mental *flourishing* ( $t(148) = .16, p = .870$ ), saúde mental moderada ( $t(148) = -.17, p = .868$ ) e o estado de *languishing* ( $t(148) = 0, p = .100$ ) (cf. tabela 5).

Tabela 5

Teste de diferenças nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (*WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva*), as escalas e subescalas de doença mental (*EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse*) em função do sexo

	Sexo		t (148)
	Masculino (n = 75) Média (DP)	Feminino (n = 75) Média (DP)	
<i>WEMWBS</i>	54.05(10.36)	48.64(9.97)	3.26**
Total <i>MHC-SF</i>	61.88(13.50)	60.60(12.69)	.60
Bem-estar emocional	14.21(3.55)	13.69(3.02)	.97
Bem-estar social	19.31(6.08)	18.95(5.73)	.37
Bem-estar psicológico	28.36(6.21)	27.96(6.30)	.39
Total <i>EADS-21</i>	12.84(10.74)	20.53(12.56)	-4.03**
Ansiedade	3.67(4.04)	5.49(4.64)	-2.57**
Depressão	3.67(4.03)	6.37(4.84)	-3.72***
Stresse	5.51(3.87)	8.67(4.68)	-4.51***
<i>Flourishing</i>	1.59(.50)	1.57(.49)	.16
Saúde Mental Moderada	1.39(.49)	1.40(.49)	-.17
<i>Languishing</i>	1.03(.16)	1.03(.16)	.00

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

Quanto à situação profissional, a análise de diferenças apenas identificou diferenças estatisticamente significativas entre esta variável em função da subescala de depressão ( $F(2,15) = 3.77, p = .025$ ), não se tendo verificado em função do bem-estar em geral medido pela *WEBWBS* ( $F(2,15) = 1.03, p = .361$ ), da *MHC-SF* ( $F(2,15) = 1.74, p = .179$ ) e das subescalas de bem-estar emocional ( $F(2,15) = 2.32, p = .102$ ), social ( $F(2,15) = .65, p = .120$ ) e psicológico ( $F(2,15) = 1.03, p = .525$ ), assim como em função dos estados de saúde mental positiva *flourishing* ( $F(2,15) = .70, p = .498$ ), saúde mental moderada ( $F(2,15) = .55, p = .580$ ) e *languishing* ( $F(2,15) = .29, p = .752$ ), bem como da doença mental medida pela *EADS-21* ( $F(2,15) = 1.94, p = .147$ ) e subescalas de ansiedade ( $F(2,15) = .99, p = .374$ ) e stresse ( $F(2,15) = .80, p = .451$ ) (cf. tabela 6).

Tabela 6

Análise de variâncias (ANOVA) nas escalas e subescalas de saúde mental positiva/bem-estar (WEMWBS, MHC-SF, bem-estar emocional, social e psicológico, estados de saúde mental positiva), nas escalas e subescalas de doença mental (EADS-21, Ansiedade, Depressão e Stresse) em função da situação profissional

	Situação profissional			F(2,15)
	Estudante (n = 56) Média (DP)	Empregado (n = 72) Média (DP)	Desempregado (n = 20) Média (DP)	
WEMWBS	51.95(10.74)	51.53(10.07)	48.15(11.15)	1.03
Total MHC-SF	63.70(12.35)	60.17(12.82)	58.35(15.25)	1.74
Bem-estar emocional	14.48(2.94)	13.92(3.29)	12.65(4.04)	2.32
Bem-estar social	20.41(5.25)	18.29(6.02)	18.65(6.73)	.65
Bem-estar psicológico	28.80(5.88)	27.96(6.44)	27.05(6.68)	1.03
Total EADS-21	15.88(12.01)	15.97(11.24)	21.70(15.59)	1.94
Ansiedade	4.20(4.14)	4.50(4.23)	5.80(5.02)	.99
Depressão	4.86(4.84)	4.46(3.74)	7.60(6.25)	3.77*
Stresse	6.82(4.44)	7.01(4.45)	8.30(5.39)	.80
Flourishing	1.64(.48)	1.54(.50)	1.55(.51)	.70
Saúde Mental Moderada	1.34(.48)	1.43(.50)	1.40(.50)	.55
Languishing	1.02(.13)	1.03(.17)	1.05(.22)	.29

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

Dada a existência de variâncias semelhantes, foi realizado o teste *post-hoc* de Scheffé, o qual mostrou que os participantes desempregados ( $M = 7.60$ ;  $DP = 6.25$ ) se distinguem dos participantes empregados ( $M = 4.46$ ;  $DP = 3.74$ ) no que se refere à depressão ( $F(2,15) = 3.77$ ;  $p < .05$ ), IC a 95% [3.58, 5.34] com valores significativamente superiores.

## Discussão

Evidências empíricas têm demonstrado a importância de incluir medidas de avaliação da saúde mental positiva e/ou bem-estar, para além da presença e/ou ausência de psicopatologia (Huppert, 2005). Torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é fundamental para o bem-estar geral das pessoas, sociedades e países ((World Health Organization, 2003). Nesse sentido, a saúde mental positiva é a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade (Lamers et. al, 2015). É neste seguimento que esta investigação foi concebida e que pretendeu fazer a caracterização da saúde mental de uma amostra de jovens adultos, relativamente à saúde mental positiva/bem-estar e à doença mental/psicopatologia. No que respeita à saúde mental positiva e bem-estar, a análise dos dados revelou que a maioria dos participantes

apresenta bons níveis de bem-estar em geral, e um estado de saúde mental positivo (*flourishing*), congruente com os dados de Keyes (2009). Também em consonância com Keyes (2002, 2005) e Keyes e Lopez (2002), os nossos resultados apontam para a ideia de que uma melhor saúde mental positiva (*flourishing*) está associada a níveis elevados de bem-estar emocional, social e psicológico, e a níveis inferiores de psicopatologia, mais propriamente de ansiedade, de depressão e de stress. O mesmo acontece, mas no sentido inverso, para o estado de saúde mental *languishing*. Constatamos, ainda, que os participantes mais novos (18-25 anos) apresentam melhor saúde mental e bem-estar em geral, assim como melhor bem-estar emocional quando comparados com os mais velhos (26-30 anos), indo de encontro aos resultados apresentados por Diener et al. (1999) no seu estudo. Os participantes do sexo masculino evidenciam melhor bem-estar em geral do que os do sexo feminino, sendo junto destas últimas que se encontram níveis superiores de psicopatologia, designadamente de depressão, de ansiedade e de stress conforme corrobora a literatura (Lindstrom & Rosvall, 2012). Foi possível verificar também que os valores de depressão são mais elevados nos participantes desempregados, quando comparados com os participantes empregados. O Instituto Nacional de Estatística (2009) apontou que os desempregados (reformados e domésticos) registaram valores mais elevados de depressão, quando comparados com os empregados, tal como foi encontrado na amostra da presente investigação. O estado da arte no tema da depressão sugere que a doença mental acarreta grandes custos económicos em programas de intervenção, sustentada pelo recurso a serviços de acompanhamento psicológico, pelos indivíduos com perturbações mentais (Keyes, 2007), nomeadamente ansiedade, depressão e stress (perturbações mais prevalentes). Os nossos resultados alertam para a necessidade de atender, em termos das políticas de saúde e da atuação dos profissionais de saúde, com especial atenção a grupos específicos: mulheres e pessoas em situação de desemprego. Para além disso, parece que à medida que a idade avança também a saúde mental é menor. Sendo a saúde mental a base para o bem-estar e o funcionamento eficaz do indivíduo e da comunidade, sugere-se a criação de políticas de saúde que a priorizem como um alicerce com benefícios sociais, comunitários e económicos a nível mundial, disponibilizando, por exemplo, recursos à população de carácter preventivo e remediativo. Estes recursos, no caso do contexto nacional português, poderão passar pelo aumento do número de profissionais de saúde, que trabalham ao nível da saúde mental, nos serviços públicos e privados de atendimento à população, ao nível dos cuidados de saúde primários, nos serviços de carácter comunitário (próximos dos cidadãos ao nível local), como por exemplo centros de emprego e câmaras municipais. Desta forma, seguem-se as orientações recentes da organização mundial de saúde (World Health Organization & Wonca, 2008). Parece-nos, ainda, ser relevante incluir medidas de avaliação da saúde mental em termos do bem-estar e psicopatologia que possam ser estáveis ao longo dos anos, permitindo a monitorização da população e de eventuais efeitos das políticas de saúde e/ou de programas de intervenção implementados na comunidade.

Embora alguns dos resultados do presente estudo tenham corroborado a literatura, os mesmos deverão ser interpretados com algum cuidado. Em primeiro lugar, a dimensão e conveniência da amostra não permitem fazer generalizações para a população em geral. Quanto ao tipo de instrumentos utilizados, a opção pelas versões reduzidas das escalas poderá, até certo ponto, limitar a análise da complexidade do fenómeno em estudo. Neste sentido, para um conhecimento mais aprofundado e alargado, propomos futuras investigações junto de amostras que permitam a generalização dos resultados à população em geral, contribuindo assim para a produção de

conhecimento que sustente e oriente as políticas de saúde nacionais. Fica evidente a necessidade de incluir profissionais de psicologia nos serviços de saúde, que possam criar programas de promoção da saúde mental positiva e não apenas intervenção/tratamento da psicopatologia.

Face aos poucos estudos que se encontram na literatura nacional sobre a caracterização da saúde mental e do bem-estar da população portuguesa, e não obstante as suas limitações, consideramos que este estudo contribuiu para o aumento do conhecimento científico que se centra na abordagem da saúde mental como um todo, que integra o bem-estar emocional, psicológico e social e a ausência de psicopatologia.

## Referências

- Almeida, J., & Xavier, M. (Eds.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1º relatório*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Bernik, M. (2000). Relevância médico-social do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(1), 5-8.
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.
- Castellvi, P., Forero, C., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., ... Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 22, 1099-1104. doi: 10.1007/s11136-013-0513-7.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., ... Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland, a mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11, 487. doi: 10.1186/1471-2458-11-487
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using Spss* (3ª Ed.). London, UK: Sage.
- França, A., & Rodrigues, A. (2005). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. São Paulo, Brasil: Editora Atlas S.A.
- Gloster, A., Rhoades, H., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., ... Stanley, M. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110, 248-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.023>.
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*. Lisboa, Portugal: INE/INSA.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde, 2014*. Retrived from <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf>
- Ismail, A., & Salama-Younes, M. (2011). Validation of the factor structure of the mental health continuum short form (MHC-SF) for physically active old adult. *World Journal of Sport Sciences*, 1(1), 24-30.
- Jané-Lopis, A. (2005). *Mental health promotion and mental disorders prevention: A policy for Europe*. Nijmegen, Netherlands: Radbound University.

- Jovanovic, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 75, 154–159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.026>.
- Karas, D., Cieciuch, J., & Keyes, C. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M. (2009). The nature and importance of positive mental health in America's adolescents. In R. Gilman, E. Huerbner, & M. Furlong, (Eds.), *Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9-23). New York, USA: Routledge.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Changes in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371. doi:10.2105/AJPH.2010.192245.
- Keyes, C., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York, USA: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. Brim, C., Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How Healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago, USA: The University of Chicago Press.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi: 10.1002/jcl p.20741.
- Lamers, S. M. A., Westwehof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 553-560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156.
- Lindstrom, M., & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital, economic stress, and mental health: a population-based study. *The Social Science Journal*, 49, 339-342. doi: 10.1016/j.sosci.2012.03.004
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J., & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental WellBeing Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*, 1-8. doi: 10.1186/1477-7525-10-156
- Machado, L., & Bandeira, D. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum – Short Form. *Psico-USF*, *20*, 259-274. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200207>
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica*, *53*, 131-156.
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *2*, 83-87.
- Mrazek, P., & Haggertt, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academy Press.
- Murray, J., & Lopez (1997). Global mortality, disability and the contribution of risks factors: Global burden of disease study. *Lancet*, *349*, 1436-1442. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07495-8
- Oei, T., Sawang, S., Goh, Y., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, *48*, 1018-1029. doi:10.1080/00207594.2012.755535
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *5*(2), 229- 239.
- Parlamento Europeu. (2009). Relatório sobre saúde mental (Relatório No. A6-0034/2009). Retrieved from Parlamento Europeu: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+PDF+V0//PT>
- Rebellow, C., Brown, J. & Keyes, M. (2001). Suicide and mental illness. In C. E. Faupel, & P. M. Roman (Eds.), *The encyclopedia of criminology and deviant behavior* (Vol. 4, pp. 426-429). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potencial: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, *52*, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In I. Brdar (Ed.), *The human Pursuit of Well-Being: A cultural approach* (pp. 221–234). New York, NY: Springer.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, *55*, 5-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 63. doi: 10.1186/1477-7525-5-63.

- Trompetter, H., Kleine, E., & Bohlmeijer, E. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y.
- Willemsen, J., Markey, S., Declercq, F., & Vanheule, S. (2010). Negative emotionality in a large community sample of adolescents: The factor structure and measurement invariance of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Stress and Health*, 27, 120-128. doi: 10.1002/smi.1342.
- World Health Organization, & Wonca. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health.

# CONSUMO DE ÁLCOOL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A INFEÇÃO PELO VIH/SIDA: EMERGÊNCIA DE UM NOVO GRUPO DE VULNERABILIDADE ACRESCIDA?

## ALCOHOL CONSUMPTION AND HIV/AIDS RISK BEHAVIORS: EMERGENCE OF A NEW VULNERABLE GROUP?

Margarida Maria Soliz Machado Pinto Fernandes<sup>1</sup>  
Zélia Ângela Tato de Macedo Teixeira<sup>2</sup>

PSIQUE • e-ISSN 2183-4806 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 75-98

Submitted on March 7th, 2016 | Accepted on October 19th, 2016  
Submetido em 7 de Março, 2016 | Aceite em 19 de Outubro, 2016

### Resumo

O conhecimento emergente da epidemia da SIDA ressalta a forte associação entre consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco para a infeção. Mas se o risco de infeção pelo VIH/SIDA associado ao consumo pela via injetada está bem documentado (Wodak & Mcleod, 2008), o mesmo não acontece em relação ao consumo do álcool. O presente estudo é observacional, descritivo, indutivo, e pretendeu avaliar se as pessoas com dependência de álcool poderiam ser consideradas grupo prioritário para a prevenção e rastreio do VIH/SIDA, equiparando-os às pessoas com dependência de substâncias ilícitas. A amostra de conveniência contemplava 246 sujeitos (156 homens e 91 mulheres), com idades entre os 19 anos e os 67 anos, e dividia-se em 3 grupos: o Grupo 1 constituído por sujeitos dependentes de álcool; o Grupo 2 constituído por sujeitos dependentes de substâncias ilícitas; e finalmente o Grupo 3 nomeado sem dependências. Os resultados demonstraram haver diferenças significativas entre os três grupos relativamente às variáveis perceção e comportamentos de risco, e realização do teste de rastreio para o VIH/SIDA, e permitem-nos concluir que os dependentes de álcool são um grupo que cumpre os requisitos para ser integrado na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA.

**Palavras-chave:** VIH, consumo de álcool, comportamentos de risco, perceção de risco

### Abstract

The emerging knowledge of AIDS' epidemic highlights the strong association between substance use and sexual risk behaviors. But if the HIV risk of infection related to the injected drug use is well documented (Wodak & Mcleod, 2008), the same is not true in what concerns alcohol consumption. The present study was observational, descriptive, inductive, and intended to evaluate whether the person with alcohol dependence could be considered a priority group for the prevention and screening of the HIV, equating them to the dependents

<sup>1</sup> Administração Regional de Saúde do Norte, Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias, Porto, Portugal. Email: margarida.fernandes@arsnorte.min-saude.pt

<sup>2</sup> Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Email: zelia@ufp.edu.pt

of illicit substances. The convenience sample included 246 subjects (156 men and 91 women), aged 19 years to 67 years, and divided into 3 groups: Group 1 consisting of alcohol-dependent subjects; Group 2 consisting of dependent on illicit substances subjects; and finally the Group 3 whose participants had no addictions. The results demonstrated significant differences between the three groups regarding the perception and risk behavior variables, and also the screening test for HIV, and allowed us to conclude that the alcohol dependent subjects are a group that meets the requirements to be integrated in the definition of subpopulation with high-risk behaviors for the HIV infection.

**Keywords:** HIV, alcohol consumption, risk behavior, risk perception

A SIDA atingiu a sua maioridade há cerca de 10 anos e durante este processo inúmeras medidas têm sido adotadas de forma a diminuir o número de mortes associadas à doença e prevenir que mais pessoas sejam infetadas. Desde a Declaração de Compromisso sobre o VIH em 2001 que se verifica um aumento das respostas de cada região no combate ao VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2008). Estes esforços parecem refletir-se nos dados sobre as novas infeções, que demonstram uma diminuição global do número de novos casos, e o aumento do número de pessoas a viver com VIH/SIDA (UNAIDS, 2011). Apesar dos dados serem bastante animadores, muito caminho há ainda percorrer, no que à contenção desta epidemia diz respeito.

O padrão epidemiológico da transmissão do VIH/SIDA também tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos. À conceção inicial de grupos de risco sucedeu a noção de comportamentos de risco, na medida em que o número dos heterossexuais infetados foi aumentando progressivamente (Instituto Nacional de Saúde [INSA], 2012; Torres, Davim, & Almeida, 1999). Estes factos espelham a necessidade dos países em sustentarem as suas estratégias para a SIDA com base na compreensão da sua epidemiologia e nas suas respostas nacionais. O aumento significativo do número de pessoas heterossexuais infetadas reflete esta falha da adequação das estratégias às necessidades nacionais de cada país (UNAIDS, 2010).

Atualmente estão identificados três padrões de epidemia que diferenciam as regiões do mundo (World Health Organization [WHO], 2012). A epidemia de baixo-nível ocorre quando a infeção não se expandiu mais do que 5% pelas subpopulações com comportamentos de alto risco (WHO, 2012). A epidemia concentrada, típica da União Europeia [UE] (Paixão, 2000), é caracterizada pela baixa prevalência de infetados na população geral, mas com uma rápida disseminação em subgrupos populacionais com comportamentos de alto risco para a infeção. Considera-se uma epidemia concentrada quando a prevalência da infeção é superior a 5% em pelo menos um subgrupo e inferior a 1% em mulheres grávidas nas zonas urbanas (Paixão, 2000; WHO, 2012). Finalmente, a epidemia generalizada é típica de países da África subsaariana e de alguns países da Ásia. Nestes casos a infeção está firmemente estabelecida e a transmissão ocorre na população em geral (Paixão, 2000; WHO, 2012).

No que diz respeito à realidade portuguesa sobre a infeção pelo VIH/SIDA, os dados epidemiológicos (INSA, 2012) permitem-nos afirmar que a maior categoria de transmissão é a sexual (nomeadamente heterossexual, em 42.9% dos casos), e que a transmissão associada ao consumo de drogas por via endovenosa constitui 38.7% do total das notificações. A par com a maioria dos países Europeus, Portugal apresenta uma epidemia concentrada.

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control (2013), cerca de 30% dos europeus não sabe que está infetado com o VIH/SIDA e em Portugal a mesma percentagem de novos casos notificados corresponde a fases tardias da doença (Miranda, 2009; Perelman, 2009). Estes dados reacendem a discussão sobre o rastreio precoce da infeção, que tem sido um dos temas centrais em matéria de VIH/SIDA nos últimos anos, não só em Portugal mas em todo o mundo.

De facto, no que à deteção precoce diz respeito, os dados apresentados pelos Centros de Aconselhamento e Deteção (CAD) mostram uma tendência decrescente no número de testes realizados desde 2007 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013), ano em que se registou o maior número de rastreios (25032). Contudo, apesar da percentagem de testes positivos ter estabilizado desde essa altura nos .9%, estes dados demonstram, mais uma vez, que o esforço para a sensibilização para o rastreio não tem dado frutos.

A emergência da epidemia da SIDA, desde muito cedo, centrou parte dos esforços da comunidade científica no aumento do saber na prevenção da transmissão da infeção. Numa perspetiva mais alargada de compreensão da exposição das pessoas ao risco de infeção pelo VIH/SIDA, encontramos constructos como a perceção de risco que é tida por muitos autores (e.g., Napper, Fisher, & Reynolds, 2012; Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, & Stehr, 2006) como o fator principal para a compreensão do que motiva as pessoas a exporem-se às situações potencialmente perigosas relativas à contaminação pelo vírus. Contudo, a evolução do conhecimento sobre o padrão de transmissão do VIH/SIDA, nomeadamente o aumento significativo da incidência de casos de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas, obrigou a que esta nova variável se juntasse à equação. Desta forma, os comportamentos sexuais e o consumo de substâncias assumiram alguma centralidade nas investigações de modo a conseguir-se implementar estratégias de intervenção e práticas preventivas eficazes para a contenção da disseminação do VIH/SIDA.

A produção de conhecimento sobre a sexualidade e o consumo de substâncias ressalta a sua forte associação, indicando o consumo como um fator de risco para o sexo desprotegido (Boyer, Tschann, & Shafer, 1999; Shafer & Boyer, 1991).

Devido à natureza social da maioria dos consumos, o álcool e as drogas ilícitas são frequentemente associados aos comportamentos sexuais (Leigh & Stall, 1993). Segundo Plant e Plant (1992), existem duas razões para a associação do consumo de substâncias com a sexualidade. A primeira são as ligações culturais e sociais entre o consumo e os encontros sexuais, na medida em que o beber, por exemplo, pode ser simplesmente um acompanhante ou precursor dos encontros e da atividade sexual. A segunda razão prende-se com a crença de que o álcool e as drogas ilícitas têm efeitos positivos na performance e desinibição sexual. Aliás, Pechansky, Diemen e Genro (2001) referem, relativamente a este assunto, o aumento de comportamentos sexuais promíscuos quando as pessoas estão sob o efeito de substâncias, facto que faz aumentar o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Mas, e o risco de infeção pelo VIH/SIDA associado ao consumo de substâncias pela via injetada está bem documentado e reúne consenso dentro da comunidade científica (Aceijas, Stimson, Hickman, & Rhodes, 2004; Negreiros, 2006; Wodak & Mcleod, 2008), o mesmo já não acontece em relação ao consumo de substâncias pela via não injetada, como é o caso do álcool.

Contudo, várias teorias sobre os efeitos do álcool nos comportamentos têm sido publicadas, e sustentam que as alterações provocadas pelos efeitos do álcool interferem na capacidade de tomada de decisões, levando muitas vezes a que as pessoas intoxicadas tenham comporta-

mentos cujas consequências não mediram. Um dos modelos mais difundidos é o da miopia alcoólica (*Alcohol Myopia*) (Steele & Josephs, 1990). Este modelo tem sido usado para interpretar o aumento dos comportamentos de risco, sustentando que as pessoas com miopia alcoólica desconhecem as consequências do seu comportamento, assim como a sua natureza arriscada.

Apesar da associação entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA ser referida em variados estudos (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Weinhardt, Carey, Carey, Maisto, & Gordon, 2001), a relação de causalidade direta entre o consumo de álcool e o sexo desprotegido é contestada (Leigh & Stall, 1993; Shuper et al., 2010; Weatherburn et al., 1993), devido à multiplicidade de fatores interferentes, como as crenças, os contextos e a personalidade (Parry, Rehm, Poznyar & Room, 2009).

Na literatura podemos encontrar várias associações entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Alguns estudos (e.g., Patrick, O'Malley, Johnston, Terry-McElrath, & Schulenberg, 2012; Santos et al., 2013) comprovam esta associação de acordo com as quantidades de álcool ingeridas, ou seja, referem que o consumo nocivo aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Outros usam a variável tempo para determinar esta associação, referindo que o consumo de álcool antes ou durante o ato sexual aumenta a probabilidade de falha no uso do preservativo e nesse sentido, aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA (Fisher, Cook, & Kapiga, 2010). Encontramos, ainda, estudos mais generalistas que concluem que o consumo de álcool está associado a uma maior probabilidade de ocorrência de múltiplos parceiros principalmente se estes forem concorrentes (Mishra & Assche, 2009; Speizer, Gómez, Stewart, & Voss, 2011), de falha no uso do preservativo e no uso dos serviços sexuais das(os) trabalhadoras(es) do sexo (Cardoso et al., 2008; Fritz, Morojele & Kalichman, 2010).

É possível que os obstáculos ao consenso sobre a influência do álcool nos comportamentos de risco tenham limitado a ação, tanto ao nível da prevenção, como da intervenção com a população consumidora de álcool, e especificamente com as pessoas com problemas ligados ao álcool (PLA). No entanto, a relação existe por mais complexa e indireta que possa ser, e parece-nos que não deve ficar esquecida.

De acordo com o exposto, o estudo que apresentaremos em seguida reflete todo um percurso de questionamento pessoal sobre a temática do VIH/SIDA, suscitado não só pela magnitude do problema que constitui, mas também pela constatação de que em alguns contextos de saúde dirigidos à prestação de cuidados a grupos da população mais vulneráveis, como é o caso de dependentes de álcool, os procedimentos de rastreio e encaminhamento não são práticas regulares e sistematizadas.

Este estudo pretendeu avaliar e comparar a perceção dos comportamentos de risco, os comportamentos de risco propriamente ditos, a realização do teste de despiste do VIH/SIDA de três grupos que se diferenciam pelo tipo de consumo de substâncias que apresentam, sustentado numa sub-amostra de indivíduos com dependência alcoólica, noutra constituída por elementos com diagnóstico de dependência de drogas ilícitas e, finalmente, numa sub-amostra de sujeitos sem história de dependência de substâncias (álcool e drogas ilícitas).

Deste modo, consideramos os seguintes objetivos de investigação:

1. Conhecer a dimensão da perceção de comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA dos três grupos;
2. Avaliar qual a taxa de realização do teste do VIH/SIDA para cada um dos grupos (pessoas com dependência de álcool, pessoas com dependência de drogas e pessoas sem dependência de substâncias);

3. Determinar quantas pessoas, de cada grupo, estariam infetadas pelo VIH/SIDA, através de auto-relato;
4. Avaliar se existem diferenças entre os três grupos quanto à auto-perceção dos comportamentos de risco.

Decorrem dos objetivos de investigação, os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar se os três grupos se distinguem quanto à perceção dos comportamentos de risco;
2. Determinar se o grupo de pessoas com dependência de álcool e o grupo de pessoas sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos do que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas;
3. Avaliar se os três grupos apresentam frequências significativamente diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA;
4. Verificar se os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes.

## Método

O presente estudo tem um formato observacional e descritivo com carácter indutivo, e foi realizado com o intuito de se perceber se os dependentes de álcool se poderiam considerar um grupo prioritário para a prevenção e rastreio do VIH/SIDA, equiparando-os aos dependentes de substâncias ilícitas, nomeadamente de heroína.

A dimensão descritiva prende-se com a necessidade de sistematizar a informação sobre as características dos três grupos, de forma a percebermos como se caracterizam enquanto grupo específico e, também, de forma a conhecermos o que é comum e o que é diferente em cada um deles.

Recorremos ainda ao formato inferencial quando pretendemos averiguar as especificidades de associação e de diferenciação entre algumas das variáveis, que nos pareceram pertinentes para a investigação.

## Participantes

A amostra recolhida por conveniência foi constituída por 297 participantes, que após emparelhamento e análise exploratória dos dados, resultou numa amostra com 246 sujeitos de ambos os sexos (156 homens e 91 mulheres), com idades compreendidas entre os 19 anos e os 67 anos ( $M = 39.97$ ;  $DP = 10.24$ ), que consentiram participar neste estudo. Esta amostra divide-se em 3 grupos cada um com 82 sujeitos e que se caracterizaram da seguinte forma: o Grupo 1 (G1) constituído por sujeitos que tinham como característica comum preencherem os critérios de diagnóstico para “dependência de álcool” de acordo com o DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); o Grupo 2 (G2) constituído por sujeitos que cumpriam os critérios de diagnóstico para “dependência de substâncias”; e, finalmente, o Grupo 3 (G3) nomeado como grupo sem dependências constituído por sujeitos sem história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool e/ou drogas ilícitas). Devido às características da população com dependência de álcool serem bastantes diferentes da população dependente de drogas ilícitas, principalmente no que diz respeito à escolaridade e ao estado civil, as três amostras foram emparelhadas tendo em conta as variáveis sexo e idade.

Os três grupos apresentam médias de idade relativamente próximas [G1: 44 anos ( $DP = 9.83$ ), G2: 36 anos ( $DP = 8.34$ ), G3: 39 anos ( $DP = 10.85$ )], contudo o G1 surge como o grupo mais envelhecido, ou seja, com participantes mais velhos [ $F(2; 1332.71) = 14.07; p < .001$ ]. No G1 predominam elementos com nível de escolaridade equivalente ao 1º ciclo (43.9%), no G2 o nível secundário (36.6%) e o G3 é o que apresenta níveis mais elevados de escolaridade (secundário: 40.2% e superior: 20.7%). Relativamente a esta variável, o G1 também se destaca como o grupo cujos elementos têm menos anos de escolaridade [ $F(2; 39.43) = 27.38; p < .001$ ]. No que respeita à situação profissional, ou seja, perante o emprego, tanto no G1 (54.9%) como no G2 (56.1%) prevalece o desemprego. Já no G3, a maioria (76%) dos participantes estava ativa [ $\chi^2(2) = 26.159, p \leq .001$ ]. O estado civil da maioria dos sujeitos do G1 (57.3%) e do G3 (52.4%) é casado/união de fato, enquanto no G2 encontramos a maioria dos sujeitos solteiros (60.2%) [ $\chi^2(8) = 57.67, p \leq .001$ ].

## **Instrumentos**

### **a) Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias**

Trata-se de um conjunto sucinto de questões definidas pelos autores que visavam assegurar, na escolha do grupo 3, a ausência de casos com história de consumos de problemáticos de álcool e de outras substâncias ilícitas.

### **b) Entrevista estruturada**

A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista estruturada, construída para o efeito e dividida em quatro partes: a primeira contemplava a recolha de informação relativa à identificação e à caracterização sociodemográfica e a segunda continha questões relacionadas com comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA, nomeadamente com a perceção do risco e a prática efetiva de alguns destes comportamentos. A terceira parte comportava questões cujo teor visava caracterizar o consumo de álcool, usando como referência de consumo a unidade de medida padrão, e caracterizar de drogas ilícitas por parte dos elementos da amostra e, finalmente, a quarta parte centrava-se na realização, ou não, do teste de despiste para o VIH. As questões eram predominantemente de resposta sim/não ou de escolha múltipla. A unidade de medida padrão refere-se a uma medida de álcool puro que cada bebida contém quando servida nos recipientes estandardizados. Apesar das bebidas alcoólicas terem diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool o que corresponde a uma unidade de bebida padrão com cerca de 10 a 12g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°). Tal facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente (Instituto da Droga e Toxicod dependência [IDT], 2010).

## **Procedimentos**

### **Recolha dos dados.**

Os critérios de seleção dos grupos um (G1) e dois (G2) foram a integração dos seus membros num programa de tratamento em serviço especializado e a existência de pelo menos um parceiro sexual no último ano.

No caso dos elementos do grupo de sujeitos com dependência de álcool, o primeiro critério (integração em programa de tratamento) foi assegurado pelo local de recolha de dados – serviço público regional especializado no tratamento da dependência do álcool, situado no distrito do Porto e abrangendo utentes de cinco distritos.

Já no caso dos participantes dependentes de substâncias ilícitas, os locais eleitos para a recolha dos dados foram dois serviços públicos de tratamento da toxicod dependência, um situado no Porto e outro em Viana do Castelo. O critério de seleção dos participantes foi a integração dos utentes no programa de substituição por agonista opiáceo (cloridrato de metadona), o que garantia a confirmação do critério relativo à dependência de substâncias ilícitas, neste caso, de heroína.

A recolha dos participantes do grupo de não dependentes foi feita numa unidade de saúde privada e para a sua seleção foram estabelecidos como critérios de exclusão a existência de história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool ou drogas), pelo que, para fazer cumprir estes requisitos, antes de iniciarmos a recolha de informação, fizemos uma triagem desta história de consumos, em formato de entrevista breve.

O critério de exclusão da amostra considerado para os três grupos foi o analfabetismo, na medida em que parte do questionário era autoadministrado, embora em presença do entrevistador.

A administração dos instrumentos cumpriu todos os requisitos éticos que garantem a confidencialidade dos dados, através de documento escrito e assinado por cada participante e recolhidos sem associação física à restante informação coletada.

A sequência dos procedimentos foi a seguinte:

1. Leitura e preenchimento do formulário de consentimento;
2. Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias (apenas para o grupo 3);
3. Entrevista estruturada.

### **Análise estatística dos dados.**

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta usou-se o teste Anova para medidas repetidas, o teste do Qui-quadrado de independência e o teste Anova One-Way. Os pressupostos da Anova One-Way, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste Anova One-Way com a correção de Welch. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

Usamos como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância  $p \leq .05$ . No entanto, também comentamos as diferenças significativas com  $p \leq .10$ .

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20).

## Resultados

### Relacionamentos e Parceiros

A análise que se segue centrou-se na quantificação do número de parceiros sexuais dos participantes ao longo da vida e no último ano. Para além disto, tentamos avaliar se os parceiros do último ano representavam na altura uma relação amorosa estável. Junto dos sujeitos que responderam positivamente à questão do parceiro estável, exploramos a existência de relacionamentos sexuais extraconjugais.

Os dados obtidos revelaram que a maioria dos participantes de todos os grupos teve múltiplos parceiros ao longo da vida, contudo no último ano a maioria referiu a existência de apenas um parceiro (G1: 81.7%, G2: 69.5%, G3: 78.5%). Contudo, há a ressaltar que quatro sujeitos do G1 (4.9%) referiram mais de 10 parceiros no último ano, contra dois do G2 (2.4%) e um do G3 (1.2%).

### Perceção e práticas de comportamentos de risco

Neste domínio pretendemos averiguar, para além da perceção do risco individual dos participantes, a existência de comportamentos de risco efetivos para a infeção pelo VIH/SIDA.

#### Dados do grupo 1 (G1) – dependentes de álcool.

A análise das variáveis centradas nos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco revelou que o G1 apresentou 14 participantes (17.1%) que desconheciam saber o que são comportamentos de risco (Tabela 1). Relativamente a este ponto importa ressaltar que sempre que um participante respondia negativamente à questão “sabe o que são comportamentos de risco?” era esclarecido sobre o seu significado e só depois é que prosseguia a entrevista, pois a segunda questão deste ponto incidia sobre a perceção dos comportamentos de risco dos próprios participantes, que só conseguiriam/poderiam responder se soubessem o seu significado.

Relativamente à perceção individual sobre os comportamentos de risco 68.3% ( $n = 56$ ) do G1 referiu não ter este tipo de comportamento. No entanto quando aprofundamos esta questão e nos centramos nos comportamentos de risco propriamente ditos, verificamos que 74.4% ( $n = 61$ ) da amostra já havia tido relações sexuais sem preservativo, que 22% ( $n = 18$ ) já praticou sexo sem preservativo com desconhecidos e que a mesma percentagem teve relações sexuais das quais não se lembrava como teriam acontecido, este último mais frequente no G1 e no G2, deixando espaço para subentender a alteração do estado de consciência subjacente ao consumo de substâncias. A estes comportamentos de risco, acresce-se a utilização dos serviços das(os) trabalhadoras(es) do sexo, que foram referidos por 19.5% ( $n = 16$ ) do total da amostra e que representam 28.8% da amostra masculina. Outro comportamento referido, mas por menor percentagem de sujeitos, foi a prática de sexo em grupo (4.9%,  $n = 4$ ). No que diz respeito à partilha de seringas, este comportamento não foi relatado pelos participantes deste grupo. Relativamente à contabilização dos comportamentos de risco, podemos afirmar que este grupo tem uma média de 2.05 ( $DP = 1.33$ ) comportamentos de risco por sujeito, sendo a mediana de dois comportamentos.

#### Dados do grupo 2 (G2) – dependentes de drogas ilícitas.

Quando analisamos os dados obtidos com o G2 verificamos que apenas três sujeitos (3.7%) referiram desconhecer o significado de comportamentos de risco e que 65.9% ( $n = 54$ ) reconheceu já ter tido esse tipo de comportamento. Da análise específica dos comportamentos de risco, destaca-se o sexo sem preservativo referido por 79.3% ( $n = 65$ ) dos sujeitos, as práticas

sexuais com desconhecidos (43.8%,  $n = 35$ ), as relações sexuais que não se lembram como aconteceram (21.3%,  $n = 17$ ) e a utilização dos serviços de trabalhadoras(es) do sexo (21.3%,  $n = 17$ ). Apesar de se tratar de um grupo consumidor de drogas ilícitas muitas vezes pela via injetada, apenas 16.3% ( $n = 13$ ) referiu já ter partilhado seringas. No entanto outro comportamento foi referido por 10% ( $n = 8$ ) da amostra e refere-se à prática de sexo em grupo. Relativamente à variável comportamentos de risco, que quantifica o número deste tipo de comportamentos por cada sujeito da amostra, a média é de 2.30 ( $DP = 1.58$ ), sendo a mediana equivalente a dois comportamentos de risco por sujeito.

### **Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes.**

Quanto ao G3, verificamos que a maioria (93.9%,  $n = 77$ ) dos participantes sabia o significado de comportamentos de risco, mas só 35% ( $n = 28$ ) referiu já ter tido este tipo de comportamento. Contudo, na análise aprofundada pudemos perceber que 79.3% ( $n = 65$ ) já havia tido sexo sem preservativo e que 12.2% ( $n = 10$ ) já o teria feito com desconhecidos. A prática de sexo que pressupõe a alteração da consciência provocada pelo consumo de substâncias (“relações sexuais que não se lembra como aconteceram”), apenas foi referida por dois sujeitos (2.5%), assim como o sexo em grupo que foi referido por 7.3% ( $n = 6$ ). A prática de sexo com prostitutas(os) também foi a menor dos três grupos (Tabela 1), referida por apenas cinco sujeitos (6.1%), ( $\chi^2(2) = 8.401$ ,  $p = .015$ ). Já a partilha de seringas, também tal como esperado, não foi referida por nenhum dos participantes deste grupo. Quanto à média dos comportamentos de risco deste grupo, ela situa-se nos 1.33 ( $DP = .97$ ), apresentando uma mediana de 1 comportamento por sujeito. Na tabela seguinte (Tabela 1) encontram-se sumarizadas, para cada grupo, as frequências relativas aos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco, as diferenças entre os grupos também se encontram descritas na Tabela 1.

Tabela 1

*Frequências das Variáveis Relativas aos Conhecimentos e Práticas de Comportamentos de Risco para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos*

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sabe o que são comportamentos de risco</b>							
Sim	68	82.9	77	93.9	78	96.3	10.28 (p = .006)
Não	14	17.1	5	6.1	3	3.7	
<b>Percepção dos seus comportamentos de risco</b>							
Sim	26	31.7	28	35	54	65.9	24.16 (p = .001)
Não	56	68.3	52	65	27	32.9	
<b>Prática de sexo sem preservativo</b>							
Sim	61	74.4	65	79.3	65	79.3	.94 (p = .626)
Não	21	25.6	17	20.7	16	19.5	
<b>Partilha de seringas</b>							
Sim	0	0	13	16.3	0	0	27.68 (p < .001)
Não	82	100	67	83.8	82	100	
<b>Prática de sexo em grupo</b>							
Sim	4	4.9	6	7.3	8	10	4.19 (p = .473)
Não	78	95.1	76	92.7	72	90	
<b>Relações sexuais que não se lembra como aconteceram</b>							
Sim	18	22	2	2.5	17	21.3	15.22 (p < .001)
Não	64	78	79	97.5	63	78.8	
<b>Sexo sem preservativo com desconhecido</b>							
Sim	18	22	10	12.2	35	43.8	21.43 (p < .001)
Não	64	78	72	87.8	45	56.3	
<b>Recorrer aos serviços das trabalhadoras do sexo</b>							
Sim	16	19.5	5	6.1	17	21.3	8.40 (p = .015)
Não	66	80.5	77	93.9	63	78.8	

Como pudemos constatar, a maioria dos participantes do G1 e do G3 referiu que nunca teve comportamentos de risco (G1: 68.3%; G3: 65%), apenas o G2 surge com a maioria dos seus elementos (65.9%) a considerar já ter estado em situações de risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Contudo, verificamos que todos os grupos tinham comportamentos de risco efetivo. Os comportamentos relacionados com as práticas sexuais foram os que obtiveram valores mais elevados em todos os grupos, estando os comportamentos relativos ao uso do preservativo no topo das práticas sexuais de risco.

## **Consumo de álcool e relacionamento sexual**

Com a análise seguinte pretendemos perceber se os participantes já haviam tido relações sexuais sob o efeito do álcool, e para averiguarmos o risco tentamos perceber se os parceiros sexuais foram ocasionais e se tinham usado preservativo nessas ocasiões. Também tentamos avaliar se os sujeitos consideravam que o álcool poderia ter influenciado a decisão de iniciar essa relação sexual e por fim analisamos a interferência do álcool ao nível do relacionamento sexual, explorando qual o seu efeito.

### **Dados do grupo 1 (G1) – dependentes de álcool.**

Quando analisamos a associação entre consumo de álcool e as relações sexuais ressaltam os valores apresentados pelo G1 (Tabela 2), onde se constata que para além dos 85.4% ( $n = 70$ ) da amostra que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 60% ( $n = 42$ ) dos participantes referiu nunca ter usado o preservativo nessas ocasiões e 24.5% ( $n = 17$ ) assumiu tê-lo feito apenas algumas vezes. Quanto ao risco da prática sexual sob o efeito do álcool verificamos que em 16% ( $n = 11$ ) dos casos o parceiro era sempre ocasional. Quanto ao peso do álcool na decisão de iniciar a relação sexual naquelas ocasiões, 75.4% ( $n = 52$ ) dos participantes disseram que não, assumindo que mesmo sem o álcool a prática sexual teria acontecido. Contudo, 87.3% ( $n = 69$ ) considera que o álcool interfere na sua relação sexual, sendo paradoxalmente, os itens relativos à desinibição (35.3%,  $n = 24$ ) e inibição (25.4%,  $n = 17$ ) os que congregam o maior número de respostas positivas.

### **Dados do grupo 2 (G2) – dependentes de drogas ilícitas.**

Relativamente ao G2, considerado de alto risco para as infeções sexualmente transmissíveis, apesar de 75% ( $n = 57$ ) ter referido que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 32.8% ( $n = 19$ ) usou sempre preservativo nestas ocasiões e 46.6% ( $n = 27$ ) usou-o algumas vezes. No entanto, para mais de metade da amostra, nestes casos, o parceiro foi algumas vezes ocasional (51.7%,  $n = 30$ ) e para 19% ( $n = 11$ ) foi sempre ocasional. Já no que diz respeito à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar ou não a relação sexual, registamos que 35.1% ( $n = 20$ ) se não estivesse sob o efeito do álcool não teria iniciado a relação sexual. É de salientar que 71.9% ( $n = 46$ ) dos participantes do G2 referiu que esta substância também interferia no seu relacionamento sexual. Para a maioria (72.1%,  $n = 31$ ), o seu efeito é de desinibição, e contraditoriamente, também é percebido como excitante (23.3%,  $n = 10$ ) e como relaxante (20.9%,  $n = 9$ ).

### **Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes.**

A análise dos dados do G3 relativa à associação entre álcool e relacionamento sexual demonstrou que mais de metade (65.8%,  $n = 52$ ) dos participantes nunca teve relações sexuais sob o efeito do álcool. Dos que tiveram, 61.5% ( $n = 16$ ) só usou o preservativo algumas vezes e 23.1% ( $n = 6$ ) nunca usaram o preservativo nestes casos. Há que referir que para 53.6% ( $n = 15$ ) o parceiro foi algumas vezes ocasional.

Relativamente à interferência do álcool na tomada de decisão em iniciar a relação sexual, a maioria dos sujeitos (85.7%,  $n = 24$ ) referiu não existir. Quanto à interferência no relacionamento sexual, 62.2% ( $n = 23$ ) dos participantes assume que o álcool modifica o seu relacionamento sexual. Para a maioria (60.9%,  $n = 14$ ), esta interferência transparece na maior desinibição e para 26.1% o álcool promove a excitação, só para 4 sujeitos (17.4%) é que o álcool funciona como relaxante na relação sexual.

A Tabela 2 congrega os resultados dos três grupos concernentes às frequências das variáveis relativas à associação entre consumo de álcool e relações sexuais e os resultados relativos às diferenças entre grupos.

Tabela 2

*Frequências das Variáveis Relativas à Associação entre Consumo de Álcool e Relações Sexuais para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos*

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Relações sexuais sob o efeito do álcool</b>							
Sim	70	85.4	57	75	27	34.2	49.24 ( $p < .001$ )
Não	12	14.6	19	25	52	65.8	
<b>Usou preservativo</b>							
Nunca	42	60	12	20.7	6	23.1	26.45 ( $p < .001$ )
Algumas vezes	17	24.5	27	46.6	16	61.5	
Sempre	11	15.5	19	32.8	4	15.4	
<b>O parceiro era ocasional</b>							
Nunca	35	50.7	17	29.3	12	42.9	10.46 ( $p = .033$ )
Algumas vezes	23	33.3	30	51.7	15	53.6	
Sempre	11	16	11	19	1	3.6	
<b>Teria iniciado a relação sexual se não estivesse sob o efeito do álcool</b>							
Sim	52	75.4	37	64.8	24	85.7	4.34 ( $p = .114$ )
Não	16	24.6	20	35.1	4	14.3	
<b>O álcool interfere no relacionamento sexual</b>							
Sim	69	87.3	46	71.9	23	62.2	8.69 ( $p = .013$ )
Não	10	12.7	18	28.1	14	37.8	
<b>Álcool como desinibidor</b>							
Sim	24	35.3	31	72.1	14	60.9	15.26 ( $p < .001$ )
Não	44	64.7	12	27.9	9	39.1	
<b>Álcool como inibidor</b>							
Sim	17	25.4	3	7	2	8.7	7.66 ( $p = .022$ )
Não	50	74.6	40	93	21	91.3	
<b>Álcool como excitante</b>							
Sim	13	19.4	10	23.3	6	26.1	0.53 ( $p = .768$ )
Não	54	80.6	33	76.7	17	73.9	
<b>Álcool como relaxante</b>							
Sim	4	9	9	20.9	4	17.4	3.29 ( $p = .193$ )
Não	63	91	34	79.1	19	82.6	
<b>Álcool com outro efeito</b>							
Não refere	68	82.9	81	98.8	80	97.6	0.43 ( $p = .187$ )
Atrasa o orgasmo	2	2.4	0	0	0	0	
Dá mais força	2	2.4	0	0	0	0	
Impotência	1	1.2	0	0	1	1.2	
Outro	9	11.1	1	1.2	1	1.2	

A análise da associação entre consumo de álcool e relações sexuais permitiu-nos confirmar que a maioria dos elementos dos grupos de consumidores de substâncias (G1 e G2) já teve relações sexuais sob o efeito do álcool (G1: 85.4%, G2:75%), ao contrário do G3 em que a maioria (65.8%) nunca o fez. Quando exploramos o risco associado a esta prática, também registamos que o uso do preservativo nestas ocasiões não é consistente. A maioria dos participantes do G1 nunca usa o preservativo (60%), os do G2 e do G3 usam-no apenas algumas vezes (G2: 46.6%, G3: 61.5%), ( $\chi^2(2) = 26.455, p < .001$ ). A acrescentar ao risco para a infecção pelo VIH/SIDA que esta prática constitui, verificamos que as relações sob o efeito de álcool nem sempre aconteciam com o parceiro estável, sendo o G2 o grupo que mais relações sob o efeito do álcool tem com parceiros ocasionais (70.7%), seguindo-se o G3 (57.2%). Já o G1, nestes casos, tem na maioria das vezes (50.7%) relações sob o efeito do álcool com o parceiro estável. Relativamente à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar a relação sexual, podemos afirmar que maioria dos participantes de todos os grupos (G1: 75.4%, G2: 64.8%, G3: 85.7%) considerou não haver interferência, pois, mesmo que não estivessem sob o efeito do álcool, teria tido relações sexuais naquelas ocasiões.

A maioria dos participantes de todos os grupos considerou que o álcool tinha influência nas relações sexuais (G1: 87.3%, G2: 71.9%, G3: 62.2%), sendo a desinibição o efeito mais referido pelos três grupos (G1: 35.3%, G2: 72.1%, G3: 60.9%).

### **Rastreio do VIH/SIDA**

Tentamos com a análise que se segue conhecer a realidade relativa à deteção do VIH/SIDA dos participantes, bem como as motivações para a sua realização ou não realização. Também foi nosso objetivo perceber se os parceiros dos elementos das amostras realizaram ou não o teste de deteção e no caso de o terem feito, qual o resultado (positivo ou negativo).

A seguinte (Tabela 3) sumariza as respostas dos três grupos relativamente ao despiste do VIH/SIDA e às razões para a sua realização ou não e apresenta os resultados relativos às diferenças entre os três grupos.

Desta análise podemos concluir que a maioria dos elementos, de todos os grupos, não se preocupava em obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA dos seus parceiros antes da primeira relação sexual (G1: 76.5%, G2: 53.8%, G3: 68.7%). Os que o fizeram costumavam obter esta informação perguntando diretamente ao parceiro se já tinha feito o teste (G1: 89%, G2:85.2%, G3: 100%). Contudo, também constatamos que metade dos elementos do G1 (50%) e mais de metade do G3 (54.3%) nunca tinha realizado o teste, ao contrário dos participantes do G2 em que 97.5% já o havia feito.

Tabela 3

*Frequências das Variáveis Relativas ao Despiste do VIH/SIDA para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos*

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Costuma obter informação sobre despiste do VIH/SIDA junto dos parceiros</b>							
Sim	19	23.5	37	46.3	21	31.3	8.66 (p = .013)
Não	62	76.5	43	53.8	46	68.7	
<b>De que forma</b>							
Pergunta	16	89	29	85.2	17	100	26.45 (p < .001)
Pede/faz análises	1	5.5	4	11.7	0	0	
Outro	1	5.5	1	2.9	0	0	
<b>Realizou teste VIH/SIDA</b>							
Sim	41	50	79	97.5	37	45.7	58.54 (p < .001)
Não	41	50	2	2.5	44	54,3	
<b>Porque realizou o teste</b>							
Desconfiança/dúvida	11	27.5	21	26.9	5	13.5	22.36 (p < .001)
Pedido do médico	23	57.5	44	56.4	8	21.6	
Burocracias	4	10	5	6.4	9	24.3	
Outra razão	2	2.4	8	10.3	15	40.5	
<b>Resultado do teste</b>							
Positivo	3	7.5	11	13.9	0	0	6.92 (p = .031)
Negativo	37	92.5	68	86.1	37	100	
<b>Parceiro realizou o teste</b>							
Sim	17	42.5	43	60.6	20	52.6	6.41 (p = .041)
Não	23	57.5	28	39.4	17	47.4	
<b>Resultado do teste do parceiro</b>							
Positivo	1	5.9	8	20.5	0	0	1.45 (p = .485)
Negativo	16	94.1	31	79.5	20	100	
<b>Porque não fez teste</b>							
Medo do resultado	0	0	0	0	1	2.5	1.45 (p = .485)
Não interessa/não precisa	12	32.4	0	0	18	45	
Nunca pensou nisso	20	54.1	2	100	15	37.5	
Outra razão	2	5.4	0	0	0	0	
Mais do que uma resposta	3	8.1	0	0	6	15	

As razões apresentadas para a sua não realização foram, para o G1 (32.4%) e para o G3 (45%) considerarem que não tinha interesse e que não precisavam ou então não o tinham feito por estarem despreocupados, referindo que nunca tinham pensado nisso (G1: 54.1%, G2: 100%, G3: 37.5%).

A motivação mais frequentemente apresentada para a realização do teste do VIH foi para a maioria dos participantes do G1 e do G2, o pedido do médico (G1: 57.5%, G2: 56.4%, G3: 21.6%). Para o G3 as motivações, claramente extrínsecas, dividem-se também pela necessidade de

realizar o teste devido a burocracias (24.3%). Relativamente ao resultado do teste, verificamos que apesar de ser negativo para a maioria dos elementos dos vários grupos (G1: 92.5%, G2: 86.1%, G3:100%), encontramos 7.5% de resultados positivos para o G1 e 13.9% de resultados positivos para o G2.

Quanto à realização do teste por parte do parceiro, concluímos que o G1 foi o grupo com menor percentagem de parceiros a realizar o teste (G1: 42.5%, G2: 60.6%, G3: 52.6%). Dos parceiros que realizaram o teste, encontramos 5.9% (G1) e 20.5% (G2) de resultados positivos, enquanto nenhum dos parceiros do G3 teve um resultado positivo.

### **Consumos de substâncias lícitas e ilícitas**

A seguinte análise pretendeu aprofundar as questões relativas aos consumos de álcool e de drogas dos participantes, como a idade do primeiro contacto com as substâncias, a idade de instalação do consumo nocivo de álcool e as quantidades de bebida consumidas por dia medidas em unidades de medida padrão. Nas variáveis relativas ao consumo de drogas ilícitas, para além da idade de início já referida, pretendemos verificar quais as drogas mais consumidas e qual a situação atual dos participantes face ao seu consumo.

Verificamos existirem participantes que iniciaram o consumo de álcool antes da idade permitida por lei por lei e também antes da idade estabelecida como mais segura que são os 18 anos, devido às questões de maturação biológica. O G1 foi o grupo que apresentou idades mais baixas de início (11-15 anos: 40%), o G2 e o G3 apesar do seu início também precoce começou ligeiramente mais tarde entre os 16 e os 20 anos (G2: 51.5%, G3: 67.2%). A instalação de padrões nocivos de uso de álcool pressupõe uma continuidade no consumo desde o primeiro contacto, para este nível apenas o G1 e o G2 apresentam valores, sendo a adolescência a idade de instalação desta forma de beber tanto para o G1 (16-20 anos: 23.8%) como para o G2 (16-20 anos: 54.1%). Já as quantidades de bebida consumida por dia antes do início do tratamento (valores apenas para o G1 e G2) mostram que o G1 é o que mais álcool consome (mais de 10 unidades por dia: 64.2%).

#### **Análise inferencial**

Tendo em consideração os objetivos específicos considerados, passamos a uma análise mais detalhada dos dados.

O primeiro objetivo pretendia avaliar se os três grupos se distinguem quanto à perceção dos comportamentos de risco.

Os resultados obtidos levaram-nos a afirmar que há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo com dependência de drogas ilícitas (Tabela 4) com perceção de comportamentos de risco (65.9% vs. 31.7% e 34.1%), ( $\chi^2(2) = 24.164$ ;  $p = .001$ ), quando comparado com os outros dois grupos. Eventualmente a intervenção efetuada nos serviços de saúde especializados onde estes sujeitos são acompanhados, sustentada em vetores de ação de redução de riscos e minimização de danos, possibilitou o aumento da perceção deste grupo relativamente aos seus comportamentos que os colocam em maior risco de se infetarem pelo VIH/SIDA.

Tabela 4

Tabela de Contingência das Variáveis "Grupo" e Autopercepção de Comportamentos de Risco

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Auto-percepção dos comportamentos de risco	Não	Frequência	56	28	54	138
		% Grupo	68.3%	34.1%	65.9%	56.1%
	Sim	Frequência	26	54	28	108
		% Grupo	31.7%	65.9%	34.1%	43.9%
	Total	Frequência	82	82	82	246
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Relativamente ao objetivo dois, determinar se o grupo de pessoas com dependência de álcool e o grupo de pessoas sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos que o grupo das pessoas com dependência de drogas ilícitas, pareceu-nos pertinente explorar se nesta amostra o grupo dos dependentes de drogas ilícitas também cumpria os requisitos de ser o grupo com mais comportamentos de risco, quando comparado com os restantes grupos.

Os resultados obtidos (Tabela 5) demonstram que as diferenças no número de comportamentos de risco são estatisticamente significativas,  $F(2); 154.251) = 16.213; p < .001$ . O teste de comparação múltipla *a posteriori* (Tabela 5) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo sem dependência de substâncias e os dos grupos de dependentes de álcool e de substâncias ilícitas, sendo que, como podemos confirmar pela Tabela 6, os primeiros apresentam um número médio de comportamentos de risco significativamente mais baixo (1.33 vs. 2.05 e 2.38).

Tabela 5

Significância das Diferenças Entre os Grupos Relativamente aos Comportamentos de Risco

	G1		G2		G3		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Comportamentos de risco	2.05	1.33	2.38	1.57	1.33	0.96	.000 *

\* $p \leq .001$

Tabela 6  
 Comparação dos Grupos Segundo o Teste De Tukey

Grupo	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
G3	82	1.33	
G1	82		2.05
G2	81		2.38
Sig.		1.000	.24

Curiosamente, o que estes resultados demonstraram foi que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas, relativamente aos comportamentos de risco.

Na exploração do objetivo três, que pretendia avaliar se os três grupos apresentam frequências diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA, os dados sumarizados encontram-se na Tabela 7.

Como podemos verificar na seguinte tabela, há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas que realizou o teste de despiste do VIH/SIDA (97.5% vs. 50.0% [G1] e 45.7% [G3]), ( $\chi^2(2) = 58.538, p \leq .001$ ). Ou seja, apesar da integração das UA no IDT.I.P., os sujeitos do grupo dos dependentes de drogas ilícitas continuam a realizar mais o teste de despiste do VIH/SIDA do que os sujeitos do grupo de dependentes de álcool, e estes, por sua vez, não se diferenciam dos do grupo sem dependência relativamente à realização do despiste do VIH/SIDA.

Tabela 7  
 Tabela de Contingência das Variáveis "Grupo" e Realização de VIH/SIDA

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
<b>Realização do teste de despiste do VIH/SIDA</b>	Não	Frequência	41	2	44	87
		% Grupo	50%	2.5%	54.3%	35.7%
	Sim	Frequência	41	79	37	157
		% Grupo	50%	97.5%	45.7%	64.3%
	Total	Frequência	82	81	81	244
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Finalmente, a análise dos dados tendo em conta o objetivo quatro, verificar se os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes (Tabela 8), permitem-nos apurar que há uma proporção mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas cujo resultado do teste de despiste do VIH/SIDA foi positivo (13.9% vs. 7.5% e .0%), ( $\chi^2(2) = 6.967, p = .030$ ).

Tabela 8

*Análise das Diferenças na Proporção do Resultado do Teste do VIH/SIDA Entre os Três Grupos*

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
<b>Resultado do teste de despiste do VIH/SIDA</b>	Não	Frequência	37	68	37	142
		% Grupo	92.5%	86.1%	100.%	91.%
	Sim	Frequência	3	11	0	14
		% Grupo	7.5%	13.9%	0%	9%
	Total	Frequência	40	79	37	156
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Tendo em consideração que os sujeitos do grupo sem dependência que realizaram o teste de despiste de VIH/SIDA obtiveram todos resultados negativos, optamos por refinar a nossa análise comparando apenas o G1 e o G2. Os resultados demonstraram que as diferenças relativas à seropositividade destes dois grupos não são significativas ( $p = .379$ ), o que significa que as diferenças anteriormente encontradas, possivelmente se sustentam na frequência nula de testes positivos do G3.

## Discussão

As reflexões a que as investigações obrigam devem ser enquadradas no espaço temporal em que têm lugar e, nesse sentido, devem salientar o paradigma político, social e institucional em que decorrem. A recolha dos dados da amostra deste estudo decorreu num tempo político, social e institucional de mudança. A grave crise económico-financeira que Portugal atravessa imprimiu enormes mudanças na reforma do Estado, que tiveram repercussões não só ao nível do bem-estar e sobrevivência da população, mas também ao nível das instituições e serviços públicos. Um exemplo dessa mudança, foi a extinção, em 2012, do IDT, no qual os serviços especializados de intervenção nos problemas ligados ao álcool (Centros Regionais de Alcoologia – CRA) tinham sido integrados em 2007.

Contudo, se a mudança provoca, por um lado, a angústia da incerteza, por outro pode acarretar enormes vantagens se as sinergias de conhecimentos forem aproveitadas. Este foi o nosso sentimento, que as mudanças em termos institucionais implicassem uma uniformização de práticas, facto que parece não ter acontecido, espelhando uma sensibilidade política e técnica que continua a discriminar positivamente dependentes de drogas ilícitas, não acontecendo o mesmo com os dependentes de álcool.

Segundo Fernandes e Teixeira (2010), os dados epidemiológicos portugueses sobre a infeção pelo VIH/SIDA na população de dependentes de álcool não existiam, e estes configuraram-se como primeiro passo para a fundamentação do objetivo geral deste estudo. Como já referimos, a recolha da amostra, ocorreu num tempo de mudanças (integração das Unidades de Alcoologia no IDT), que se imaginavam positivas no que ao despiste do VIH/SIDA desta população dizia respeito. Esta estrutura integrava como uma boa prática, o aconselhamento, deteção e referenciação do VIH/SIDA em todas as suas equipas de tratamento.

Segundo a OMS (WHO, 2012), as subpopulações relevantes para o rastreio do VIH/SIDA em países com epidemias concentradas (WHO, 2012), são as que apresentam comportamentos de alto risco, e consequentemente taxas de infeção pelo VIH/SIDA superiores a 5%. Se a inclusão dos consumidores de drogas ilícitas nesta subpopulação é consensual, o mesmo já não acontece com os dependentes de álcool. Contudo, apesar de não existirem dados em termos nacionais ou mesmo internacionais relativamente à taxa de infeção destes sujeitos, como já referimos, a integração das Unidades de Alcoologia no IDT tinha o potencial de fazer emergir estes números, o que nos transporta para o que foi o nosso objetivo específico três, relativo à frequência de realização do teste do VIH/SIDA por parte da nossa amostra. Constatamos pois que a frequência de realização do teste de despiste pelo VIH/SIDA era significativamente superior no G2. Na realidade, a taxa de realização do teste do VIH/SIDA é bastante inferior à dos dependentes de drogas ilícitas, embora ambos os grupos façam parte da mesma instituição de intervenção no problema da dependência – o IDT. Este facto demonstra que a prática comum de rastreio do VIH/SIDA do IDT não foi alargada aos dependentes de álcool.

No entanto, e possivelmente abrindo a porta a uma nova reflexão, neste estudo constatamos que a percentagem de dependentes de álcool com teste de VIH/SIDA positivo foi de 7.5% contra 13.9% de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas, mas registamos igualmente que, em termos de significância estatística, estes dois grupos não se diferenciam relativamente à frequência de seropositivos, ao contrário do que aconteceu com o grupo de sujeitos sem dependência, cuja frequência de resultados positivos no teste do VIH/SIDA foi nula. Estes dados relativos à taxa de seropositividade do G1 vão ao encontro da definição de subpopulação com comportamentos de alto risco (WHO, 2012), pois a frequência de testes positivos de VIH/SIDA é superior a 5%, sustentando, deste modo, a importância do protocolo de despiste dos serviços especializados de atendimento a dependentes de substâncias.

Apesar de termos consciência que o constructo de perceção do risco é subjetivo e multidimensional (Rohrman, 2008), e por essa razão, bastante difícil de se medir, optamos por mantê-lo como uma variável de estudo. Nesse sentido, os dados obtidos levam-nos a afirmar que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas tem maior perceção dos seus comportamentos de risco que o grupo dos dependentes de álcool e que o grupo sem dependência de substâncias. Aliás, a maioria dos sujeitos do G1 e do G3 identificam-se como não tendo este tipo de comportamentos. Estes resultados parecem dar resposta a uma das nossas dúvidas que era se os dependentes de álcool teriam uma auto-perceção de risco idêntica à das pessoas sem dependência, ou seja, à população geral.

No entanto, quando exploramos os comportamentos de risco propriamente ditos verificamos que a maioria dos elementos, tanto do grupo de pessoas com dependência de álcool como do grupo de pessoas com dependência de drogas ilícitas, teve dois ou mais comportamentos de risco, sendo os mais frequentes a prática de sexo sem preservativo e a recorrência aos serviços da(o)s trabalhadora(s) do sexo. Estes dois grupos (G1 e G2), quando comparados com o grupo de pessoas sem dependência, têm significativamente mais comportamentos de risco. Estes resultados não se distanciam do que se encontra descrito na bibliografia, que demonstra que o consumo de álcool tem sido identificado como um potenciador dos comportamentos sexuais de risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Fisher et al., 2010; Shuper et al., 2010). Esta associação muito centrada nos efeitos do álcool, assume que a desinibição provocada pelo consumo está muitas

vezes associada aos comportamentos sexuais inseguros como a falha do uso do preservativo (Fisher et al., 2010; Zablotska et al., 2006). Também constatamos que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas relativamente à prática de comportamentos de risco. Estes dados permitem-nos afirmar que ambos os grupos (G1 e G2) são equiparados em termos dos comportamentos que os colocam em risco de se infetarem com o VIH/SIDA, o que nos parece, mais uma vez, enquadrar o grupo dos dependentes de álcool na noção de população chave em maior risco de infeção pelo VIH/SIDA, a par dos dependentes de drogas ilícitas.

## **Conclusão**

Este estudo emergiu da necessidade de responder a algumas dúvidas que se levantaram relativamente à infeção pelo VIH/SIDA em dependentes de álcool.

No decorrer da presente investigação que pretendia abrir o leque do conhecimento acerca da associação entre álcool e VIH/SIDA em Portugal, deparamo-nos com muitas perguntas que ainda ficaram por responder. No entanto, e apesar de se tratar de um estudo preliminar, algumas conclusões, com implicações para a prática, podem ser retiradas dos dados encontrados.

Aquela que mais depressa nos surge prende-se com a necessidade, por nós percebida, de alargar o corpo de conhecimento sobre uma população que, tendo reconhecidamente comportamentos que a identificam como tendo uma adição, tem igualmente uma dimensão de sequelas físicas às quais não podemos fugir. Sequelas inerentes ao evoluir do problema e centradas nos consumidores, mas também suscitadas por comportamentos de risco para a saúde, quer de cada um destes indivíduos, quer dos que lhe possam estar mais próximos, nomeadamente quando falamos de VIH/SIDA. Deste modo, indo ao encontro da questão central de investigação que se focou numa análise detalhada sobre a possibilidade de os dependentes de álcool se constituírem como um grupo que cumpre os requisitos para ser integrado na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Os resultados obtidos guiaram-nos para a confirmação desta premissa e orientam-nos para uma discussão séria relativamente ao que se tem feito ao nível da intervenção nas áreas das dependências e do VIH/SIDA.

Seguidamente, e tendo em linha de conta o que encontramos em termos de auto-perceção de risco e comportamentos sexuais de risco, verificamos que a discrepância entre perceção de risco e os comportamentos de risco foi evidente, configurando-se como uma possível limitação do presente estudo. Na realidade, percebemos que a perceção de risco é um constructo demasiado subjetivo, altamente influenciado por uma construção social do risco (Rohrmann, 2008), que tem desvalorizado a importância dos dependentes de álcool no aumento da infeção pelo VIH/SIDA. Apesar disto, consideramos prioritária a abordagem da sexualidade junto desta população, de uma forma global, abrangente e que possa diluir-se para os outros significativos, num registo preventivo e educativo.

Uma outra limitação prende-se com o facto de a inclusão de participantes em cada um dos grupos se basear em auto-relatos quanto aos comportamentos de uso e abuso de substâncias, que carecem de uma confirmação analítica. Esta consideração leva-nos a apontar como uma área de eventual investimento de pesquisa a avaliação da perceção e prática de comportamentos de risco em consumidores de álcool e com consumo nocivo para além dos dependentes desta substância.

Finalmente, recomendamos a implementação do que consideramos ser uma boa prática e que consiste no treino e formação das estruturas de saúde e dos seus técnicos, na consideração da avaliação do VIH/SIDA, descartando gradualmente os preconceitos associados, não só à doença, mas também a todo o processo de detecção da

mesma. Como já referimos, a população de pessoas com problemas ligados ao álcool, nomeadamente os dependentes de álcool, parece não se diferenciar de uma parcela da população sentinela para o VIH/SIDA como são os consumidores de drogas ilícitas.

## Referências

- Aceijas, C., Stimson, G., Hickman, M., & Rhodes, T. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18, 2295-2303. doi: 10.1097/00002030-200411190-00010
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55, 159-166. doi:10.1007/s00038-009-0095-x
- Boyer, C. B., Tschann, J. M., & Shafer, M. A. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *Journal of Adolescent Research*, 14, 448-65. doi: 10.1177/0743558499144004
- Cardoso, L. R., Malbergier, A., & Figueiredo, T. F. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(S1), 70-75. doi: 10.1590/S0101-60832008000700015
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Infeção VIH/SIDA e tuberculose em números – 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing -in-Publication Data.
- Fernandes, M.S., & Teixeira, Z. (2010). Percepção do risco de contaminação pelo VIH/SIDA em dependentes de substâncias. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 7, 354-364.
- Fisher, J. C., Cook, P. A., & Kapiga, S. H. (2010). Alcohol use before sex and HIV risk: Situational characteristics of protected and unprotected encounters among high-risk African women. *Sexually Transmitted Diseases*, 37, 571-578. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181dbafad
- Fritz, K., Morojele, N., & Kalichman, S. (2010). Alcohol: The forgotten drug in HIV/AIDS. *Lancet*, 376, 398-400. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60884-7
- Instituto da Droga e Toxicodependência (2010). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Plano-NacionalReducaoProblLigadosAlcool.pdf>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. (2012). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2008). *Children and AIDS: Second stocktaking report*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2010). *Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2011). *AIDS at 30 – Nations at the crossroads*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

- Leigh, B.C., & Stall, R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, 48, 1035-1045. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585544/>
- Miranda, A. C. (2009). As implicações do diagnóstico tardio. *Arquivos de Medicina*, 23, 66-67.
- Mishra, V., & Assche, S. B-V. (2009). *Concurrent sexual partnerships and HIV infection: Evidence from national population-based surveys*. DHS Working Papers No. 62. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. (2012). Development of a perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16, 1075-1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2
- Negreiros, J. (2006). *Injeção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH*. Porto, Portugal: Legis Editora/Livpsic.
- Paixão, M. T. (2000). *A situação epidemiológica HIV/AIDS em Portugal em 2001 e previsões para 2002*. Comunicação apresentada no 2º Congresso Virtual HIV-AIDS. [AidsPortugal.com](http://AidsPortugal.com)
- Parry, C., Rehm, J., Poznyak, V., & Room, R. (2009). Alcohol and infectious diseases: An overlooked causal linkage? *Addiction*, 104, 331-332. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02500.x
- Patrick, M. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Terry-McElrath, Y. M., & Schulenberg, J. E. (2012). HIV/AIDS risk behaviors and substance use by young adults in the United States. *Prevention Science*, 13, 532-538. doi: 10.1007/s11121-012-0279-0
- Pechansky, F., Diemen, L.V., & Genro, V. K. (2001). Presença de situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas não-injetáveis. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 157-159.
- Perelman, J. (2009). Teste voluntário do VIH/SIDA em Portugal, acompanhado de aconselhamento e referenciação: Relevância da avaliação económica. *Arquivos de Medicina*, 23, 64.
- Plant, M. A., & Plant, M. L. (1992) *Risk takers: Alcohol, drugs, sex and youth*. London, UK: Tavistock/Routledge.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives*, 32, 192-200. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4147639>
- Rohrmann, B. (2008, June). Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal. In *Conferencia presentada en la Sociedad Internacional de Gerenciamiento de Emergencias TIEMS, Universidad de Melbourne, Australia*.
- Santos, G. M., Coffin, P. O., Das, M., Matheson, T., DeMicco, E., Raiford, J. L.,... Herbst, J. H. (2013). Dose-response associations between number and frequency of substance use and high-risk sexual behaviors among HIV-negative substance-using men who have sex with men (SUMSM) in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63, 540-544. doi: 10.1097/QAI.0b013e318293f10b
- Shafer, M. A., & Boyer, C. B. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *Journal of Pediatrics*, 119, 826-833. doi:10.1016/S0022-3476(05)80312-9
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., & Rehm, J. (2010). Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 119, 159-166. doi:10.1016/S0022-3476(05)80312-9

- Speizer, I. S., Gómez, A. M., Stewart, J., & Voss, P. (2011). Community-level HIV risk behaviors and HIV prevalence among women and men in Zimbabwe. *AIDS*, *23*, 437-447. doi: 10.1521/aeap.2011.23.5.437
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *The American Psychologist*, *45*, 921-33. doi: 10.1037/0003-066X.45.8.921
- Torres, G., Davim, R., & Almeida, M. C. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7*, 41-46. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13460>
- Weatherburn, P., Davies, P. M., Hickson, F. C., Hunt, A.J., McManus, T. J., & Coxon, A. P. (1993). No connection between alcohol use and unsafe sex among gay and bisexual men. *AIDS*, *7*, 115-120. doi: 10.1097/00002030-199301000-00018
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., & Gordon, C. M. (2001). The relation of alcohol use to HIV-risk sexual behavior among adults with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 77-84. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.77
- Wodak, A., & Mcleod, L. (2008). The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS*, *22*, S81-S92. doi: 10.1097/01.aids.0000327439.20914.33
- World Health Organization. (2012). *Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N.,... Wawer, M. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: A longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS*, *20*, 1191-1196. doi: 10.1097/01.aids.0000226960.25589.72

## INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS

The preparation and submission of papers for the *Psique* journal corresponds to international scientific standards, contingent upon the fulfilment of a number of requirements listed below:

- 1.** Papers submitted for publication must be originals and new. The authors warrant that they: **a)** are in fact the authors and are fully responsible for the content of their paper; **b)** that their work abides to the international ethical and methodological standards within the field of Psychology proposed by the American Psychological Association – APA; **c)** and that, they have not simultaneously submitted the paper for publication elsewhere.
- 2.** Copyright of the publication as a whole is vested in *Psique*, while the copyright of texts rests with the individual authors; in case of later republication elsewhere, reference to the *Psique* publication should be indicated.
- 3.** Submitted papers may be sent in two formats: as an attached file to the Editor in Chief of the journal *Psique*: Iolanda Costa Galinha (igalinha@ual.pt; psique@ual.pt) or on a CD addressed to the Editorial Coordination of the *Psique* Journal to the mail address – Universidade Autónoma de Lisboa – Departamento de Psicologia e Sociologia, Rua de Santa Marta, 47 – 3º, 1150-293 Lisboa.
- 4.** The first page of the paper must contain the author(s)' identification, institution, city and country, as well as a contact e-mail address of all the authors of the paper.
- 5.** Texts may be presented in Portuguese, Castilian, French or English.
- 6.** Proposed papers will be subjected to blind peer review carried out by at least two specialists (PhD in Psychology) from the journal's Editorial Council, the majority of whom are external referees to Universidade Autónoma de Lisboa.
- 7.** These are the steps involved in the process of manuscript submission and acceptance:
  - 1.º** - Manuscripts are received by the journal's editor and sent to reviewers, specialists in Psychology. It is a double-blind peer-review system: where both reviewers' and author's anonymity is preserved;
  - 2.º** - Reviewers will assess manuscripts and express their opinion on their quality and pertinence for the journal's aim and scope and may should suggest specific improvements. In case both reviewers disagree on their assessment, the editor may assess the manuscript and decide about its publication or request the opinion of a third reviewer;
  - 3.º** - Authors will be informed of the editorial decision, which may be: **a)** Rejected (when the manuscript does not meet the criteria for publication); **b)** Re-submission after major revisions (the theme is of interest, yet the manuscript needs major revisions). In this case, authors are advised to rewrite the manuscript in accordance to reviewers' suggestions and re-submit it. Re-submitted manuscripts are sent to reviewers for re-assessment. **c)** Conditionally accepted (requires minor revisions), in this case the paper may be accepted once the author introduces minor revisions; **d)** Accepted (the manuscript is accepted for publication as it is).
- 8.** The common indicator for sending the original files is “.doc”.
- 9.** There is a 30 pages limit to the size of papers, excluding the reference list, tables and illustrations.
- 10.** The images, (diagrams, maps, tables and graphs) should be indicated and identified in accordance with the last edition of the Publication Manual of American Psychological Association (APA).
- 11.** The structure of the paper should follow the guidelines set forth in the last edition of the Publication Manual of APA. The summary, as well as the keywords, should be presented in the original language of the paper and in English. The summary should not exceed 200 words and the keywords should not be more than six.
- 12.** Text quotations and bibliography references shall be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA.
- 13.** Whenever necessary, and without any interference to its inclusion in the “.doc” document, the original files of tables and figures may be sent separately, in JPEG, TIFF or XLS format.
- 14.** Footnotes should be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA.
- 15.** *Psique* publishes five types of papers: **a)** Empirical papers that present reports of original research. **b)** Literature reviews papers that develop research synthesis, meta-analyses, and critical evaluations of material that has already been published. **c)** Theoretical papers in which the author develops advances in theory based on previous published literature. **d)** Case studies, reports of case material obtained while working with an individual, a group, a community or an organization. **e)** Methodological papers that present new methodological approaches, modifications of existing methods or discussions of quantitative and qualitative data analytic approaches to scientific research.
- 16.** The journal *Psique* has a limit of two papers by the same author in each issue. If an author submits more than two papers in the same year and if those papers are accepted, the editor will select the two which will be included in that year's issue.
- 17.** The editorial board of *Psique*, responsible for the evaluation of the manuscripts to be published, is constituted by, at least, 75% members from academic institutions outside the hosting institution of *Psique*.

## INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A elaboração e submissão de artigos para a revista *Psique* subordina-se aos padrões científicos internacionais, de acordo com as seguintes condições:

1. Os artigos submetidos para publicação devem ser originais e inéditos. Os seus autores garantem: **a)** que realizaram o trabalho que apresentam e que são integralmente responsáveis pelo que está escrito nos artigos; **b)** que respeitaram os padrões éticos e metodológicos internacionais vigentes na área científica da Psicologia, propostos pela American Psychological Association (APA); **c)** e que não submeteram o trabalho simultaneamente a outra revista para publicação.
2. A *Psique* detém os direitos de autor sobre o conjunto da publicação, no entanto, cada autor tem o copyright do seu próprio texto; no caso de o republicar mais tarde noutra local, pede-se a referência à publicação na *Psique*.
3. Os artigos enviados para submissão devem ser remetidos em suporte electrónico à Editora Diretora, Iolanda Costa Galinha (igalinha@ual.pt; psique@ual.pt) ou em CD dirigido à Direcção Editorial da Revista *Psique*, Universidade Autónoma de Lisboa – Departamento de Psicologia e Sociologia, Rua de Santa Marta, 47 – 3º, 1150-293 Lisboa.
4. Na primeira página do artigo deve constar a nome completo do(s) autor(es), a respectiva filiação, local e país, bem como o(s) e-mail(s) de contacto de todos os autores do artigo.
5. Os textos podem ser apresentados em português, castelhano, francês e inglês.
6. Os artigos propostos são submetidos a um processo de arbitragem científica, de revisão cega por pares (blind peer review) por, pelo menos, dois especialistas (Doutorados em Psicologia) que fazem parte do Conselho Editorial da revista, e cuja maioria é externa à Universidade Autónoma de Lisboa.
7. O processo de submissão e avaliação dos manuscritos submetidos seguirá os seguintes passos:
  - 1.º - Os artigos são recebidos pelo Editor Diretor da revista e enviados para dois revisores. Os artigos serão enviados sem o nome dos autores para os revisores. Todo o processo de avaliação dos artigos é feito sob o anonimato dos autores para garantir uma “revisão cega por pares”. No processo de avaliação, os revisores também serão mantidos anónimos para os autores;
  - 2.º - Os revisores avaliarão os artigos e expressarão a sua opinião sobre a qualidade do artigo, sobre a pertinência da sua publicação na revista e poderão indicar sugestões de melhoria tão específicas quanto possível para a reformulação do artigo. No caso das opiniões dos revisores serem discordantes, o Editor Diretor poderá decidir sobre a publicação, após a sua própria análise ao artigo, ou pode pedir uma outra revisão a um terceiro revisor;
  - 3.º - Os autores serão informados da decisão editorial que pode consistir em: **a)** Rejeitado (quando o manuscrito não foi considerado cumprir os critérios para publicação na revista); **b)** Convidado a resubmeter após reformulações substanciais (o tema interessa à revista, porém, o artigo necessita de uma reformulação profunda). Nestes casos, os autores são convidados a reformular o artigo de acordo com as sugestões dos revisores e a resubmeter à revista. Após a reformulação dos artigos, estes serão enviados novamente aos revisores para uma segunda avaliação; **c)** Aceite condicionalmente (mediante pequenas reformulações), neste caso, após as alterações introduzidas, o artigo reformulado pode ser aceite pelo editor; **d)** Aceite (o manuscrito foi aceite para publicação na sua forma actual).
8. A linguagem de base para o envio dos ficheiros originais é “.doc”.
9. A dimensão dos artigos tem um limite de 30 páginas, excluindo a lista de referências bibliográficas, tabelas e figuras.
10. As imagens (esquemas, mapas, tabelas e gráficos) deverão ser referidos e identificados em obediência à última edição do Publication Manual of the American Psychological Association (APA).
11. A estrutura dos artigos deve obedecer às regras da última edição do Manual de Publicações da APA. O resumo deve ser escrito na língua original do artigo e em inglês, bem como as palavras-chave do artigo. O resumo tem uma dimensão limite até 200 palavras e seguem-se-lhe as palavras-chave, no máximo de seis.
12. As citações e referências bibliográficas são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA.
13. Sempre que se justifique, sem prejuízo da sua inclusão no documento em “.doc”, os ficheiros originais dos quadros e figuras podem ser enviados em separado, em formato JPEG, TIFF ou XLS.
14. As notas de rodapé são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA.
15. A *Psique* publica cinco tipos de artigos: **a)** Artigos empíricos que apresentam relatórios de investigações científicas originais. **b)** Artigos de revisão de literatura que desenvolvem análises críticas de material anteriormente publicado. **c)** Artigos teóricos em que o autor desenvolve avanços sobre teorias inovadoras ou anteriormente publicadas. **d)** Artigos metodológicos que apresentam novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre as abordagens quantitativas ou qualitativas na investigação científica. **e)** Estudos de caso que reportam material de casos obtidos ao longo do trabalho com indivíduos, grupos, uma comunidade ou uma organização.
16. A revista *Psique* tem um limite máximo de publicação de dois artigos de um mesmo autor em cada volume. No caso de um autor submeter à revista *Psique* mais do que dois artigos durante um ano, e no caso de esses artigos serem aprovados, o editor selecionará no máximo dois artigos para integrar o volume desse ano.
17. O conselho editorial da *Psique*, responsável pela avaliação dos artigos publicados, é constituído em, pelo menos, 75% por membros de instituições académicas externas à instituição de acolhimento da *Psique*.