

RELAÇÃO ENTRE AUTOESTIMA E RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM
DOENÇA MENTAL CRÓNICA: O APOIO SOCIAL PERCEBIDO COMO FATOR
MEDIADOR

RENATA BATISTA MOTA

Orientadora de Dissertação:

MARTA MIGUEL

Professora de Seminário de Dissertação:

MARTA MIGUEL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Marta Miguel, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Marta Miguel, pela organização, disponibilidade, exigência e motivação em etapas mais desafiantes.

Agradeço à minha orientadora de estágio curricular, Inês Simões, pela preocupação e por ter sido uma ajuda crucial para avançar com este estudo e com a recolha da sua amostra.

Agradeço aos meus colegas de Seminário de Dissertação pela energia e sábios conselhos.

Agradeço a todas as associações e instituições que se disponibilizaram para fazer parte desta investigação e agilizaram o processo.

Às pessoas que todos os dias lutam contra a doença mental, que aceitaram e fizeram questão de estar representadas no estudo, a vossa contribuição foi essencial.

Agradeço à minha família, pelo apoio, de todas as formas.

Aos meus avós, em especial, pela estrutura e por serem os meus pilares.

RESUMO

No vasto leque de capacidades que o ser humano possui inclui-se a resiliência, referindo-se à capacidade de superação das adversidades e o crescimento que daí advém. Um dos construtos, entre muitos outros, subjacentes à resiliência é a autoestima. A autoestima revela-se essencial desde muito cedo na vida de cada um de nós, uma vez que é, nada mais nada menos, do que a percepção que temos de nós mesmos e o grau em que acreditamos ser merecedores do bom que a vida tem para oferecer. Um diagnóstico de doença mental crónica resulta em sofrimento e traz consequências. Para além das óbvias, o estigma e a discriminação experienciados perpetuam aspetos como a baixa autoestima e a sensação de não pertencer. O apoio social e a integração na comunidade de pessoas com doença mental é uma mais-valia para o aumento da qualidade de vida das mesmas e da restante população. Partindo de uma amostra de 111 participantes, maioritariamente recolhida em associações de apoio e reabilitação de pessoas com doença mental, o estudo aqui realizado analisou dados relativos a estas variáveis através da Escala de Resiliência para Adultos (ERA), a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala de Provisões Sociais (EPS) com o objetivo de estudar a relação entre estas e confirmar o papel do apoio social percebido como mediador. Os resultados confirmam a relação significativa entre as variáveis medidas, reforçando a influência do apoio social percebido na resiliência e na autoestima e, ainda, como fator mediador da relação entre ambas.

Palavras-chave: Doença mental, resiliência, autoestima, apoio social percebido, integração social.

ABSTRACT

The wide range of capabilities that human beings possess includes resilience, referring to the ability to overcome adversity and the growth that comes from it. One of the constructs, among many others, underlying resilience is self-esteem. Self-esteem proves to be essential from a very early age in the lives of each of us, as it is nothing more and nothing less than the perception we have of ourselves and the degree to which we believe we are worthy of the good that life has to offer. A diagnosis of chronic mental illness results in suffering and has consequences. In addition to the obvious ones, the stigma and discrimination experienced perpetuate aspects such as low self-esteem and the feeling of not belonging. Social support and integration into the community of people with mental illness is an asset for increasing their quality of life and that of the rest of the population. Starting from a sample of 111 participants, mostly collected from support and rehabilitation associations for people with mental illness, the study carried out here analyzed data relating to these variables using the Resilience Scale for Adults (ERA), the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR) and the Social Provisions Scale (EPS) with the aim of studying the relationship between these and confirming the role of perceived social support as a mediator. The results confirm the significant relationship between the measured variables, reinforcing the influence of perceived social support on resilience and self-esteem and, also, as a mediating factor in the relationship between the two.

Keywords: Mental illness, resilience, self esteem, perceived social support, social integration.

ÍNDICE

Introdução	9
Revisão de Literatura.....	12
Resiliência.....	12
Autoestima.....	15
Integração Comunitária.....	18
Apoio Social Percebido.....	22
Fundamentação Teórica e Definição do Problema.....	23
Método.....	28
Desenho de Investigação.....	28
Participantes.....	28
Instrumentos	33
Questionário de Caracterização Sociodemográfica.....	33
Escala de Resiliência para Adultos.....	33
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	34
Escala de Provisões Sociais.....	34
Procedimento.....	35
Análise de Dados.....	36
Resultados.....	37
Análise Descritiva das Variáveis de Caracterização Sociodemográfica.....	37
Análise Descritiva: ERA, EAR, EPS.....	40
Análise de Correlação.....	40
Análise de Regressão.....	41
Análise de Mediação.....	42

Análise de Variância Multivariada	43
Discussão.....	44
Conclusão.....	48
Referência Bibliográficas.....	49
Anexos.....	58
Anexo A – Autorizações para Utilização das Escalas.....	58
Anexo B – Questionário.....	60
Anexo C – Outputs da Análise Descritiva das Variáveis de Caracterização Sociodemográfica.....	71
Anexo D – Outputs da Análise Descritiva: ERA, EAR, EPS.....	76
Anexo E – Outputs da Análise de Correlação.....	77
Anexo F – Outputs da Análise de Regressão.....	78
Anexo G – Outputs da Análise de Mediação.....	80
Anexo H – Outputs da Análise de Variância Multivariada.....	82

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Idade dos participantes.....	28
Gráfico 2: Sexo atribuído à nascença dos participantes.. ..	29
Gráfico 3: Nacionalidade dos participantes.....	29
Gráfico 4: Estado Civil dos participantes... ..	30
Gráfico 5: Composição do Agregado Familiar dos participantes.....	30
Gráfico 6: Existência de filhos dos participantes.....	31
Gráfico 7: Habilitações Literárias dos participantes.....	31
Gráfico 8: Situação Profissional dos participantes.....	32
Gráfico 9: Frequência de Associação de Apoio.....	32
Gráfico 10: Distribuição da variável Nacionalidade.....	37

Gráfico 11: Distribuição da variável Filhos.....	38
Gráfico 12: Distribuição da variável Situação Profissional.....	39
Gráfico 13: Distribuição da variável Frequência de Associação de Apoio.....	39

Lista de Figuras

Figura 1: Diagrama de Efeito de Mediação.....	42
---	----

INTRODUÇÃO

O estudo da resiliência no campo da saúde mental é algo relativamente recente. Apesar de extensamente estudada, apenas nos anos mais recentes tem sido considerada como um recurso pessoal e um fator terapêutico em diagnósticos psiquiátricos severos (Poloni, Zizolfi, Ielmini, Pagani, Caselli, Diurni, Milano, & Callegari, 2018).

Algumas evidências sugerem um efeito indireto da autoestima na resiliência, através do apoio social, indicando que à medida que a autoestima aumenta, o apoio social aumenta também, levando ainda a um aumento da resiliência (Matel-Anderson, Bekhet & Villarreal, 2019). Outro efeito indireto da autoestima na resiliência é através do pensamento positivo, indicando que uma melhoria da autoestima, aumenta o pensamento positivo, o que, por sua vez, aumenta a resiliência (Matel-Anderson et al., 2019).

Pessoas com dificuldades a nível da saúde mental e a viver em comunidade, têm tendência a experienciar mais problemas a nível da integração comunitária, comparativamente a pessoas que não apresentam tais dificuldades (Jun & Choi, 2019). Cabral, Carvalho, da Motta & Sousa (2018) concluíram que os níveis de integração comunitária eram significativamente inferiores na população portuguesa com doença mental do que na generalidade da população. Estudos realizados sublinham a importância da integração comunitária como uma estratégia fundamental para estimular a recuperação em pessoas com doença mental (Jun & Choi, 2019).

A diminuição de sintomas devido à terapia psicofarmacológica contribui para uma melhoria da qualidade de vida e do funcionamento psicossocial, mas não é suficiente para atingir uma recuperação funcional (Poloni et al., 2018). Intervenções psicológicas, psicossociais e reabilitativas são essenciais para garantir o desenvolvimento da recuperação e promover a reintegração social (Poloni et al., 2018). A identificação e desenvolvimento dos recursos pessoais pode assim gerar estratégias de recuperação e assegurar resultados positivos, relativamente ao funcionamento psicossocial, mas também à sintomatologia (Poloni et al., 2018).

Torgalsboen (2012), por exemplo, descobriu que pacientes totalmente recuperados apresentam níveis de resiliência significativamente superiores do que os pacientes em remissão. A qualidade de vida tem se demonstrado superior nos pacientes em remissão do que nos restantes e ser afetada pela autoestima, resiliência e sentimento de esperança (Wartelsteiner, Mizuno, Kemmler, Pardeller, Sondermann, Welte, Fleischhacker, Uchida &

Hofer, 2016). Melhorias na qualidade de vida representam preditores relevantes da remissão sintomática e recuperação funcional (Wartelsteiner et al., 2016).

A literatura é relativamente vasta no que diz respeito à tentativa de entender o papel da resiliência em contextos adversos, quer seja como fator de proteção quer como característica desenvolvida por conta dos mesmos. A escassez de estudos realizados na população adulta e com doença mental é evidente, uma vez que a grande maioria se foca no estudo destes construtos na população mais jovem (até ao início da vida adulta), por exemplo, em contextos escolares e/ou académicos.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015, define as prioridades e aspirações do desenvolvimento sustentável global para 2030 e procura mobilizar esforços globais à volta de um conjunto de objetivos e metas comuns (Business Council for Sustainable Development [BCSD], 2015). São 17 objetivos de desenvolvimento sustentável que exigem uma parceria global e o trabalho de investigação aqui desenvolvido contribui para alguns dos objetivos desta lista.

Nomeadamente, o objetivo 3 que visa a saúde de qualidade e pretende, até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, assim como promover a saúde mental e o bem-estar (Business Council for Sustainable Development [BCSD], 2015), o objetivo 8, que visa alcançar o emprego pleno e produtivo para todas as mulheres e homens (inclusive para os jovens e pessoas com deficiência) através da promoção de trabalho digno, crescimento económico e remuneração igual para trabalho de igual valor (Business Council for Sustainable Development [BCSD], 2015), e o objetivo 10 que, com recurso à adoção de políticas (fiscais, salariais e de proteção social) e eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias, pretende a redução das desigualdades, o empoderamento, a promoção da inclusão social, económica e política de todos, independentemente da idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica ou outra (Business Council for Sustainable Development [BCSD], 2015).

O Business Council for Sustainable Development (BCSD, 2015) define ainda o objetivo 16: paz, justiça e instituições eficazes, através do desenvolvimento de instituições responsáveis e transparentes em todos os níveis, garantindo a tomada de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa, para o qual este estudo também contribui.

A presente investigação tem assim como principal objetivo o de perceber e, eventualmente, reforçar a importância de fatores como a capacidade de superação (resiliência)

e autoestima na recuperação de adultos diagnosticados com doença mental, assim como explorar o papel do apoio social disponibilizado pela rede e comunidade neste processo. Essencialmente, contribuir para o enriquecimento dos métodos e planos de intervenção desenvolvidos pelas equipas de profissionais de saúde mental e reabilitação, promovendo a durabilidade dos ganhos obtidos.

REVISÃO DE LITERATURA

Resiliência

A resiliência é tida como um importante aspecto da saúde e bem-estar. Estudado desde o início dos anos 70, até à data o construto tem passado por várias fases de descobertas transformativas (Liu, Ein, Gervasio, Battaion, Reed & Vickers, 2020). Pesquisas iniciais nesta área investigaram o conceito de resiliência em crianças pobres e negligenciadas, notando que nem todas as crianças expostas a negligência e pobreza têm os mesmos resultados (Vella & Pai, 2019). Nesta época, o conceito era visto como estando presente ou ausente no indivíduo e como global ao invés de relativo e contextualizado (Vella & Pai, 2019).

Sendo, em parte, um construto relativamente recente no campo da Psicologia, pode ser entendido como um mecanismo de proteção que permite ao indivíduo tornar condições negativas em ocasiões de realização, um conjunto de fatores pessoais que permitem a evolução e a conquista, de forma capaz e confiante (Supervía, Bordás & Robres, 2022).

Desde funções biológicas como a resiliência celular em vários marcadores fisiológicos (Hunsberger, Austin, Chen, & Manji, 2009 cit. por Liu et al., 2020), passando pelas capacidades psicológicas de *coping* (Ayala & Manzano, 2014) e chegando aos contextos socioecológicos, como o acesso a suporte externo à própria família (Valentine & Feinauer, 1993).

Enquanto que a resiliência tem sido estudada de diferentes maneiras, deverá ser conceptualizada de forma mais geral como a adaptação face à adversidade (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014). É, no fundo, um construto multidimensional, que inclui a habilidade de ter uma perceção positiva da vida, de ser movido por objetivos e a maneira como as pessoas se percecionam (Hagen, Havnen, Hjemdal, Kennair, Ryum & Solem, 2020).

Se antes era tomada como uma característica de relativa fixidez, atualmente a resiliência é compreendida pelas neurociências enquanto uma capacidade dinâmica, influenciada pela relação entre fatores internos e externos a um indivíduo (Stainton, Chisholm, Kaiser, Rosen, Upthegrove, Ruhrmann & Wood, 2019), sendo constituída por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Laird, Krause, Funes & Lavretsky, 2019). Tratando-se de um processo dinâmico, pressupõe-se nesta conceptualização, que a resiliência é caracterizada por constante mudança, atividade ou progresso (Vella & Pai, 2019).

A investigação abrange aspetos positivos e negativos que moldam, influenciam ou favorecem resiliência nos indivíduos e comunidades, e considera fatores como a satisfação com a vida, coragem, perseverança e/ou prosperar sob circunstâncias adversas (Seery & Quinton, 2016). Enquanto que alguns entendem a resiliência como um traço ou característica do indivíduo (Liu et al., 2020), outros consideram-na mais fruto de um processo e associada a uma série de interações dinâmicas e complexas entre o indivíduo e o ambiente abrangente (Liu et al., 2020). Na atualidade, além de ser considerada uma característica pessoal, a resiliência também é conceptualizada como processo, assim como um resultado (Vella & Pai, 2019).

As direções atuais da investigação têm geralmente convergido no sentido de reconhecer o construto de resiliência como um produto de interações complexas dentro e entre os indivíduos e determinantes socioecológicos (Liu et al., 2020). O entendimento convencional de resiliência é o de que pode contribuir de forma importante para a capacidade do indivíduo de se recuperar ou responder aos desafios e à mudança (Merriam-Webster, 2024). De forma mais concreta, é definida como a capacidade de um sistema dinâmico de suportar ou recuperar de desafios significativos que ameaçam a sua estabilidade, viabilidade ou desenvolvimento (Wartelsteiner et al., 2016), sendo a competência psicológica para lidar com e ir além de eventos traumáticos e stressantes, resultando numa mudança tida como positiva (Zizolfi, Poloni, Caselli, Ielmini, Lucca, Diurni, Cavallini & Callegari, 2019). Por outras palavras, constitui a capacidade de reparação após o dano, de lidar ou resistir a algo, mas também de construir e ser bem-sucedido numa reorganização positiva da vida, apesar das circunstâncias difíceis (Zizolfi et al., 2019). No fundo, reconstruir as relações com o ambiente, elevando-se a si mesmos (Zizolfi et al., 2019).

Outros estudos não consideram a resiliência como um processo, mas como um traço que se pode manifestar de várias maneiras como autoeficácia, humor e um forte *locus* de controlo interno (Ayed, Toner & Priebe, 2019). Resiliência foi também definida como um recurso social, algo que o indivíduo pode adquirir através do seu ambiente circundante e contexto social (Meyer & Mueser, 2011). Tais recursos podem incluir, mas não estão limitados a, tornar-se um membro que contribui para a comunidade, relacionar-se com amigos e familiares e encontrar sentido e propósito na vida (Meyer & Mueser, 2011).

A maioria das teorias sugere que a resiliência é um construto de ordem superior que se sustenta noutros construtos subjacentes, como parte do processo adaptativo (Kunicki & Harlow, 2020).

Trabalhos teóricos e empíricos sugerem a existência de cerca de 20 construtos subjacentes, nomeadamente: o propósito de vida, a autoestima, a flexibilidade cognitiva, o estilo de *coping* ativo, o suporte social, a cultura, a personalidade, a comunidade, a autoeficácia, o *locus* de controlo interno, emoções positivas, ter objetivos, a gestão positiva do stress, experiência, paciência, fé/espiritualidade, sentido de humor, curiosidade, desafio e autoaceitação (Kunicki & Harlow, 2020).

A literatura existente sublinha a existência de fatores de proteção internos para a resiliência, como a estabilidade emocional, a autonomia, projeto de vida e adaptabilidade e competências de organização (Zizolfi et al., 2019), de entre as quais se pode incluir a autoestima, que tem sido descrita como uma característica de indivíduos resilientes (Wartelsteiner et al., 2016). Enquanto que a existência de um apoio válido no que diz respeito à família e círculo de amigos, assim como a satisfação profissional, representam fatores de proteção externos ao indivíduo (Zizolfi et al., 2019).

Sendo assim, a resiliência é um construto que auxilia o indivíduo a lidar com o stress, considerando não só as capacidades psicológicas, mas também a habilidade de incluir sistemas de suporte externos, sociais e familiares (Zizolfi et al., 2019). Devido a esta natureza dinâmica, indivíduos podem responder de forma diferente ao mesmo evento adverso (Matel-Anderson et al., 2019). O que representa uma situação adversa ou de risco para um indivíduo pode não representar para outro (Vella & Pai, 2019). No geral, a adversidade tem sido definida como eventos ou circunstâncias de vida negativas que estão quantitativamente associadas a dificuldades de ajustamento (Vella & Pai, 2019). Assim como a adversidade, o que é considerado um resultado positivo também é dependente do indivíduo.

Importa ainda referir a interação entre fatores de proteção e de risco que mantêm a estabilidade da pessoa no encontro com a adversidade, emancipando a habilidade de adaptar-se a situações desafiantes (American Psychological Association, 2015). Os fatores de risco são stressores que levam a uma diminuição da saúde física e mental, da performance académica e/ou ajustamento ao seu ambiente social (Braverman, 2001 cit. por Matel-Anderson et al., 2019) enquanto que os fatores de proteção promovem resiliência através do suporte e da promoção de saúde nos indivíduos quando situações adversas ocorrem (Matel-Anderson et al., 2019).

As crenças espirituais e religiosas, por exemplo, podem ser também consideradas fatores de proteção em momentos de stress, uma vez que se encontram associadas a melhores

habilidades para lidar com momentos de desequilíbrio, melhor bem-estar psicológico e resiliência, procurando dar sentido às experiências de vida e compreensão sobre a causa dos acontecimentos stressantes (Margaça & Rodrigues, 2019). A investigação sobre resiliência em idosos, desenvolvida por Silva (2006) concluiu que a espiritualidade se revelou um forte indicador de resiliência na superação de adversidades, bem como na capacidade de encontrar significado na vida a partir da fé religiosa. Ao longo do processo de envelhecimento, um *self* resiliente facilita a adaptação às perdas e promove novas oportunidades de crescimento (Margaça e Rodrigues, 2019).

Independentemente da posição adotada pelos investigadores, a resiliência é, sem dúvida, um contributo importante para o bem-estar (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick & Yehuda, 2014) consistindo em mudar, para não ser mudado (Walker, 2020). Resiliência e transformação não são opostas, mas podem ser complementares, tendo em conta que manter resiliência num aspeto pode requerer mudanças noutros aspetos (Walker, 2020).

A exposição à total variedade social e ambiental é necessária para manter e fomentar resiliência (Walker, 2020), pois para se considerar um indivíduo resiliente, o mesmo terá que ser resiliente contra alguma forma de adversidade ou risco (Vella & Pai, 2019).

Autoestima

A autoestima é um conceito antigo que tem sido tópico de investigação psicológica durante mais de meio século (Muris & Otgaar, 2023). A primeira tentativa de definir a autoestima encontra-se em “Princípios da Psicologia” (1980 cit. por Villalobos, 2019), da autoria do pai da Psicologia norte americana, William James.

Morris Rosenberg (cit. por Villalobos, 2019) referiu a autoestima como um fenómeno atitudinal, criado por forças sociais e culturais, definindo-a como “a totalidade dos pensamentos e sentimentos da pessoa referentes a si mesma, como objeto.” De forma complementar, Nathaniel Branden (cit. por Villalobos, 2019) afirmou que “A autoestima, plenamente realizada, é a experiência fundamental de que podemos levar uma vida significativa e cumprir as suas exigências”, valorizando e reconhecendo “o que se é e o que se pode vir a ser”.

Trata-se de uma variável intrapessoal que permite ao indivíduo agir independentemente dos seus sucessos ou fracassos (Supervía et al., 2022). Constituindo uma necessidade vital para o ser humano (Villalobos, 2019), a autoestima não flutua de forma contínua com o passar do

tempo em resposta ao conjunto inevitável de acontecimentos que todos experienciamos durante o nosso percurso, mas tem sim um nível de estabilidade que é comparável ao de uma característica básica de personalidade como neuroticismo ou extroversão (Muris & Otgaar, 2023), sendo desta forma relativamente estável durante a vida (Orth and Robins, 2014) mas com uma tendência para aumentar com a idade (Orth & Robins, 2014).

A autoestima reflete como as pessoas se sentem em relação a si mesmas, sendo um construto multifacetado relacionado com outros construtos psicológicos como a autoimagem, o autoconceito, a autopercepção, autoconfiança, aceitação, respeito e valorização de si mesmo (Hagen et al., 2020), sendo um fator no processo de desenvolvimento pessoal da pessoa (Supervía et al., 2022). Este construto refere-se portanto à avaliação subjetiva de um indivíduo, do seu valor enquanto pessoa definido através da percepção das próprias habilidades e qualidades em vários domínios, incluindo o intelecto, performance no trabalho, capacidades sociais, aparência física e capacidade atlética (Muris & Otgaar, 2023).

Ainda, é a predisposição de saber-se apto para a vida e para satisfazer as próprias necessidades, o sentir-se competente para enfrentar os desafios que vão aparecendo e ser merecedor de felicidade (Villalobos, 2019).

Uma autoestima saudável tem sido descrita como a manutenção de uma visão equilibrada de si mesmo, em que o mesmo reconhece e aceita fragilidades humanas e reconhece as próprias forças e qualidades (Fennel, 1998 cit. por Hagen et al., 2020) Estudos sugerem que a autoestima está relacionada com o bem-estar psicológico e problemas psicológicos (Sowislo and Orth, 2013) pelo que é legítimo dizer que uma autoestima positiva é o requisito fundamental para uma vida plena (Villalobos, 2019).

Acredita-se que existem vários benefícios que advém de uma atitude de aceitação para com o próprio. Ao que parece, uma autoestima elevada prediz o sucesso e o bem-estar em áreas distintas da vida como relações, trabalho e saúde (Orth and Robins, 2014).

Por outro lado, uma baixa autoestima define-se como a dificuldade que a pessoa tem em sentir-se valiosa e digna de ser amada pelos demais (Villalobos, 2019). As pessoas com baixa autoestima procuram, às vezes sem muita consciência disso, a aprovação e o reconhecimento dos demais e geralmente têm dificuldade em ser elas mesmas e poderem expressar livremente aquilo que pensam, sentem e necessitam nas suas relações interpessoais (Villalobos, 2019).

Uma pessoa com baixa autoestima pode concentrar-se excessivamente nas perdas e fracassos em vez de sucessos e conquistas (Baumeister et al., 1989 cit. por Yetim, 2022) convencendo-se de que é incapaz de concretizar qualquer coisa a que se proponha (Villalobos, 2019). A baixa autoestima na adolescência está associada a um risco elevado de problemas de saúde mental, dependência de substâncias e baixos níveis de satisfação com a vida e com as relações na vida adulta (Boden, Fergusson & Horwood, 2008). Em função de mudanças cognitivas, sociais e afetivas, o adolescente está mais suscetível a sofrer variações na autoestima (Paixão, Patias & Dell’Aglío, 2019).

As relações sociais podem ser entendidas como base para a autoestima (Rehman, You, Wang & Kong, 2023) e quanto maior a autoestima, maior a probabilidade de o indivíduo realizar os possíveis para se adaptar a todas as situações (Supervía et al., 2022). Por outro lado, a pessoa com baixa autoestima sente-se desvalorizada e, como consequência, tende a comparar-se constantemente com os restantes, sobrevalorizando as virtudes e as capacidades dos outros e perceiving-os como seres superiores (Villalobos, 2019).

Importa esclarecer que a autoestima não reflete necessariamente as habilidades ou características de alguém, mas sim a forma como o indivíduo pensa e se sente acerca destas qualidades (Muris & Otgaar, 2023). A alta ou baixa autoestima relaciona-se com as experiências da pessoa ao longo da vida, principalmente as relacionadas à afeição, ao amor, à valorização, ao sucesso ou ao fracasso (Paixão et al., 2019).

Inclusive, o ambiente cultural molda, de forma significativa, a autoestima (Hamamura, 2017). No Ocidente, onde o individualismo é valorizado, a autoestima deriva frequentemente do estabelecimento de uma identidade distinta, das metas pessoais atingidas e do ganho de independência (Qin, Sheehan, Yau, Chen, Wang, Deng, Corrigan, 2023). Por outro lado, nas culturas orientais, que priorizam a interdependência, a autoestima é ancorada pelo cumprimento de papéis sociais, pelo inserir-se na comunidade e pela adesão às expectativas convencionais (Qin et al., 2023).

A associação entre baixa autoestima e distúrbios psiquiátricos (Zeigler-Hill, 2011) indica que a baixa autoestima é um importante construto transdiagnóstico, e que a associação entre baixa autoestima e sintomas de distúrbios mentais poderá ser bidirecional. Desta forma, a sua caracterização varia dependendo da interação do indivíduo com as variáveis contextuais que constituem o seu ciclo de vida (Supervía et al., 2022).

A autoestima está positivamente correlacionada com a resiliência e satisfação com a vida (Supervía et al., 2022). Investigações sugerem que indivíduos com maiores níveis de resiliência poderão apresentar níveis superiores de autoestima, comparativamente aqueles que reportam níveis inferiores e, como tal, serem considerados como mais vulneráveis (Dumont and Provost, 1999 cit. por Hagen et al., 2020). Pessoas com elevados níveis de autoestima e compaixão tendem a demonstrar maior resiliência e níveis superiores de bem estar, e por sua vez, níveis inferiores de todos os tipos de problemas mentais (Muris & Otgaar, 2023).

Integração Comunitária

Wong & Solomon (2002) numa tentativa de definição de integração comunitária, dividiram o mesmo em três dimensões: física, social e psicológica. A integração física referindo-se à participação nas atividades comunitárias do dia a dia, assim como à utilização dos recursos da comunidade (Wong & Solomon, 2002) e a quantidade de tempo e esforço despendidos fora de casa, a participar em atividades, também designada “integração externa” (La Motte-Kerr, Rhoades, Henwood, Rice & Wenzel, 2020). A integração social refere-se à manutenção de relações sociais com os membros da comunidade e ao estar consciente do suporte existente no ambiente circundante (Wong & Solomon, 2002), à rede pessoal do indivíduo e aos papéis sociais, como ser pai/mãe, esposo/esposa, empregado ou membro da igreja (Crittenden et al., 2014). Já a integração psicológica refere-se ao desenvolvimento de afetos e um sentimento de pertença que auxilia no desenvolvimento das relações sociais (Wong & Solomon, 2002), indicando os aspetos emocionais de ser considerado membro da comunidade, como a relação com vizinhos e influência na mesma. Este tipo de integração é essencialmente o “sentimento de comunidade” ou os sentimentos pessoais de aceitação e de inclusão (Hagerty & Patusky, 1995).

As comunidades que se podem considerar como mais fortes são as que oferecem aos seus membros formas positivas de interagir, eventos importantes para partilhar e estratégias construtivas de resolver as situações bem como oportunidades para homenagear os seus membros, para investir na comunidade e para experienciar uma ligação espiritual entre os membros (Ornelas, 2008). Estes quatro fatores são interdependentes e dinâmicos funcionando como um conjunto que cria e mantém o sentimento global de comunidade (Cunha, Ornelas & Moniz, 2018).

A literatura indica que os indivíduos com menor conexão social têm maior probabilidade de enfrentar stress psicológico sob a forma de baixa autoestima, ansiedade, solidão, depressão e raiva. Por outro lado, indivíduos que possuem elevados níveis de inclusão demonstram níveis mais baixos de autoestima e sintomas depressivos (Baumeister & Leary, 1995 cit. por Rehman et al., 2023). Para o Global Council on Brain Health (2017) deve-se perceber a importância da interação social para auxiliar as pessoas a manterem sua saúde mental.

A investigação existente no âmbito da integração comunitária vem de populações com condições de saúde mental severas (La Motte-Kerr et al., 2020). De forma geral, a falta de integração comunitária tem sido associada a sintomas severos de doença mental e uma diminuição da qualidade de vida (Sylvestre, Nelson, Sabloff, & Peddle, 2007). Sabe-se que a percepção de qualidade de vida é influenciada tanto pela percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida, como pelos sistemas de valores da sociedade em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões (Detoni, Lourenço, Pacheco, Gomes, de Brito & da Silveira Madalena, 2022).

A Organização Mundial de Saúde identificou as doenças mentais graves como a quinta principal causa de morte e incapacidade no mundo (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, Charlson, Norman, Flaxman, Johns, Burstein, Murray & Vos, 2013). Doença Mental Grave (DMG) é o termo utilizado para descrever a experiência de pessoas diagnosticadas com uma condição psiquiátrica de duração prolongada, acompanhada de deficiências significativas que limitam consideravelmente uma ou mais atividades diárias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2016 cit. por Millner et al., 2020) sendo uma condição médica que limita, de forma significativa, o funcionamento (a habilidade de gerir a própria medicação, por exemplo) (Sánchez, Estrada-Hernández, Booth & Pan, 2021) e conseqüentemente restringe o envolvimento eficaz e independente nos principais papéis da vida.

A DMG pode ainda resultar em menos relações sociais, diminuição da qualidade das interações (Mauritz & van Meijel, 2009), solidão (Mauritz & van Meijel, 2009) e estigma (Perlman, Patterson, Moxham, Taylor, Brighton, Sumskis & Heffernan, 2017). Estas dificuldades podem traduzir-se em menores níveis de formas práticas de suporte social e emocional e acesso reduzido a recursos funcionais, como cuidados de saúde, habitação e empregabilidade (Silvan-Ferrero, Holgado, Jiménez & Pérez-Garín, 2022).

O funcionamento social e a integração comunitária destas pessoas é frequentemente afetada e dificultada por sintomas debilitantes e disrupções associadas em diferentes etapas da vida (Rowe et al., 2012 cit. por Millner et al., 2020). Por outro lado, a participação e integração comunitária proporciona vários benefícios como o aumento do bem estar psicológico, sentido de pertença e ligação à comunidade, empoderamento, independência e expansão das redes sociais (Aubry, Flynn, Virley, & Neri, 2013). Apesar destes benefícios, esta população enfrenta ainda desafios profundos no que diz respeito à participação e integração neste contexto (Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014).

Historicamente, indivíduos a viverem com doença mental grave têm experienciado uma desvalorização considerável na sociedade, adquirindo um estatuto equivalente ao de um grupo socialmente marginalizado (Aubry, Flynn, Virley & Neri, 2013). Enquanto que a desinstitucionalização permitiu que esta população retornasse à comunidade, a verdade é que o foco permaneceu maioritariamente no tratamento e estabilização de sintomas psiquiátricos (Nelson et al., 2014). Para além de, a longo prazo, sintomas debilitantes como ansiedade social, impedirem seriamente a participação na comunidade, pessoas com doença mental também enfrentam baixas expectativas e o estigma social (Gonzalez-Sanguino, González-Domínguez, Castellanos & Muñoz, 2022) Pessoas com DMG estão assim predispostas a experiências adversas, incluindo rejeição social (Tong, Sung, & Sanchez, 2019).

Perceções negativas internalizadas resultam em medo, apatia, baixa auto-estima e falta de sentido (Millner et al., 2020). Evidências acumuladas ao longo das últimas três décadas demonstram que estas pessoas são capazes de ocupar papéis sociais valorizados na comunidade através da vivência comunitária, do trabalho e da educação (Silverstein & Bellack, 2008 cit. por Millner et al., 2020). Mudanças transformativas na saúde mental a nível comunitário requerem a mudança de foco para o controle e escolha individual, em detrimento da influência e interferência externas (Millner et al., 2020).

A ideia de recuperação pessoal em contexto de doença mental grave (DMG) atingiu a sua forma atual por volta dos anos 80, como parte de um movimento contra os modelos médicos redutores que dominavam os serviços de saúde mental (Treichler, Li, O'Hare, Evans, Johnson & Spaulding, 2019). Desta forma, recuperar de DMG significa recuperar funcionamento pessoal e social e a procura de sentido, para além da supressão e remissão de sintomas psicóticos através da medicação (Treichler et al., 2019), no fundo, refere-se a uma vivência adaptativa com doença mental (Chang & Chen, 2022).

Fatores psicossociais, em particular a identidade pessoal, propósito e conexão social, são essenciais neste processo (Treichler et al., 2019). Alguma desta pesquisa sugere ainda que uma melhor recuperação clínica leva a melhores consequências psicossociais (Treichler et al., 2019) sendo também um processo de crescimento pessoal e desenvolvimento que envolve reaver o controlo da própria vida e atingir realização pessoal (Chang & Chen, 2022).

Uma vez que a recuperação envolve mudanças pessoais e envolvimento social, as redes sociais são críticas na recuperação dos indivíduos (Pernice-Duca & Onaga, 2009 cit. por Chang & Chen, 2022). O conceito de doença, como factor eminentemente pessoal, foi substituído pela atribuição da responsabilidade ao sistema social em proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento individual (Ornelas, 1997).

Neste sentido, existe uma consciência crescente da importância do capital social positivo (ligações sociais construtivas e de suporte) entre as pessoas com Doença Mental Grave (DMG inclui condições como esquizofrenia, distúrbio delirante e esquizotípico, distúrbio bipolar afetivo e depressão severa) (Salehi, Ehrlich, Kendall & Sav, 2018). Investigadores afirmam que o suporte por parte dos membros da rede social pode elevar a autoestima, uma vez que transmite a mensagem de que a pessoa é cuidada, amada e valorizada pelos outros e fomenta um sentimento de pertença (Chang & Chen, 2022).

Consequentemente, uma autoestima positiva está relacionada com melhores relações interpessoais (Sharma, Åkerlund, Liao & Bluck, 2021).

No entanto, apesar de a rede social providenciar recursos e facilitar a recuperação, pode também ser uma fonte de stress (Chang & Chen, 2022). Uma rede social caracterizada por interações negativas é uma forte causa de baixa autoestima, uma vez que comportamentos depreciativos podem levar os indivíduos a efetuarem uma avaliação negativa do seu próprio valor (Mann et al., 2004 cit. por Chang & Chen, 2022). Aspectos negativos da rede social, como o criticismo por parte dos seus membros, podem impedir o processo de recuperação (Chan & Lam, 2018).

Durante as últimas décadas, expectativas acerca da natureza dos serviços prestados às pessoas com doença mental, mudou de um cuidado institucionalizado para um cuidado com base na comunidade, aumentando a importância das ligações sociais e redes não profissionais (Salehi et al., 2018). Ser parte de diversas organizações e/ou instituições e grupos mais formais com grande heterogeneidade pode resultar em níveis mais elevados de confiança e coesão entre

as pessoas (Eriksson, 2011 cit. por Salehi et al., 2018), mas as investigações são limitadas no que diz respeito ao papel das relações sociais a nível comunitário (Salehi et al., 2018).

Um dos objetivos principais da reabilitação é a integração comunitária da pessoa com DMG (Tong et al., 2019). Aumentar o já referido sentimento de comunidade e pertença, maximizado pelo contacto direto com corporações, escolas e outros contextos comunitários (Ornelas, Vargas-Moniz & Duarte, 2010) entre as pessoas com doença mental crónica pode auxiliar na redução da discriminação, das barreiras e do estigma de longa data existente na sociedade (Tong et al., 2019).

O estigma ainda é considerado um fator proeminente em doenças crónicas e problemas de saúde (Viscardi, Rosa, Vilanova, Grevet, Dotto Bau, Rodrigues-Lobato, Cavalcante-Passos & Costa, 2024). A verdade é que indivíduos diagnosticados com doença mental tendem a sofrer discriminação e a ser estigmatizados devido à sua condição (Viscardi et al., 2024).

Enquanto que, por um lado, enfrentam situações de stress causadas pelos sintomas, por outro, será necessário lidar com dificuldades provenientes do estigma social (Ordu, 2023).

O estigma pode ser entendido como social e internalizado, sendo que o estigma social pode limitar as oportunidades e opções, o estigma internalizado é a internalização de crenças relacionadas com a abordagem discriminatória e estereotipada do ambiente, pelo indivíduo (Qin et al., 2023). Incorporar tais estereótipos da doença mental na própria identidade pode levar a perdas, como baixa autoestima, baixa autoeficácia e baixa adesão ao tratamento (Silvan-Ferrero et al., 2022), levando, possivelmente, à depressão severa (Qin et al., 2023).

A ansiedade experienciada pelos indivíduos face à incompreensão ou incerteza da doença, juntamente com as atitudes e comportamentos considerados inapropriados pela sociedade levam a uma tendência de afastamento por parte dos pacientes (Ordu, 2023). Os mesmos podem experienciar dificuldades em conseguir um lugar no mercado de trabalho ou em definir novos objetivos para desenvolvimento de carreira, para além das dificuldades a que estão expostos nos seus contextos psicossociais (Ordu, 2023).

Apoio Social Percebido

O apoio social percebido é a perceção de se ser compreendido pelas pessoas que fazem parte da sua vida e sentir-se apoiado (Matel-Anderson et al., 2019). Neste sentido, a perceção da presença de apoio social é, no fundo, ter acesso às pessoas que constituem o suporte social,

para pedir assistência quando necessário (Matel-Anderson et al., 2019). O apoio social atua através do fornecimento ao indivíduo de recursos específicos, necessários para fazer face às várias situações de vida e que apenas podem ser obtidos no contexto de relações sociais (Moreira & Canaipa, 2007).

O suporte social tem impacto no aumento ou redução da resistência individual ao stress e a presença de suporte muda a natureza do contexto situacional do indivíduo, de tal modo que os que experienciam situações de stress não estão em idêntica situação de risco de vir a sofrer de perturbações a nível emocional (Ornelas, 1997). No caso das pessoas com doença mental, em vez de estes serem considerados como isolados devido à sua doença, podem ser descritos como indivíduos a quem falta uma rede social de suporte (Leavy, 1983 cit. por Ornelas, 1997).

A recuperação da saúde mental implica que os pacientes vivam uma vida satisfatória e com sentido, independentemente das dificuldades mentais e residuais ainda presentes (Jun & Choi, 2019). Neste sentido, as abordagens no sentido da recuperação de pessoas com doença mental crónica tem mudado desde um modelo de reabilitação de saúde mental focado no controlo de sintomas psiquiátricos e na redução da disfunção psicossocial para um modelo pautado pela autonomia na escolha do próprio método de tratamento, que incentiva à vivência de uma vida autossuficiente (Jun & Choi, 2019).

O foco passa a ser direccionado para as capacidades humanas, na criação, na ampliação e no fortalecimento de repertórios físicos, sociais, intelectuais, comportamentais e emocionais necessários para interromper uma determinada espiral descendente de pensamentos automáticos negativos e disfuncionais, na impulsão para o otimismo funcional (Detoni et al., 2022).

Fundamentação Teórica e Definição do Problema

Nos anos mais recentes, o conceito de resiliência tem sido cada vez mais importante no âmbito da doença mental, como o processo de adaptação positiva à adversidade, como a doença (Chuang, Wu & Wang, 2023), uma vez que pacientes com perturbações depressivas ou de ansiedade, por exemplo, podem sofrer significativamente com baixos níveis de resiliência comparativamente a pessoas não afetadas por tais condições (Chuang et al., 2023). Análises qualitativas de pessoas com esquizofrenia concluíram que aprender sobre, entender os efeitos de, e gerir a sua doença foram associadas com o desenvolvimento de resiliência (Sánchez et

al., 2021). Processos semelhantes foram igualmente identificados em pessoas com doença bipolar e depressão major (Sánchez et al., 2021).

Pessoas que aprendem a lidar com situações adversas desenvolvem resiliência (Mejia-Lancheros, Woodhall-Melnik, Wang, Hwang, Stergiopoulos & Durbin, 2021), estão melhor equipados na gestão dos sintomas psiquiátricos e reportam maior satisfação com a vida (Mejia-Lancheros et al., 2021).

O foco da investigação no campo da saúde mental tem passado por uma mudança de perspectiva, de uma abordagem centrada no défice para modelos baseados na força (Ayed et al., 2019). Ao invés de apenas se focar nas dificuldades e deficiências das pessoas com doença mental, um corpo crescente de pesquisa foca-se nas suas forças, recursos e habilidade para recuperar (Ayed et al., 2019). O conceito de resiliência pode ter tido origem na Psicologia do Desenvolvimento (Ayed et al., 2019), mas durante as últimas décadas, estudos no campo da resiliência tem-se tornado bastante populares e realizados em inúmeras populações e domínios, para além do das crianças (Ayed et al., 2019).

Investigação realizada no âmbito da resiliência com jovens e adultos demonstrou que uma adaptação positiva no rescaldo da adversidade emerge de uma interação dinâmica entre vários fatores, incluindo processos cognitivos, estratégias de *coping*, traços individuais, o timing do evento traumático, contexto social e relação com os cuidadores (Panagou & MacBeth, 2022).

Como descrito anteriormente, através da espiritualidade, como fator promotor de resiliência psicológica, os indivíduos adotam uma perspectiva positiva do futuro, procuram novas formas de adaptação e recursos internos de superação, sobretudo a população idosa (Margaça e Rodrigues, 2019). Torres (2011 cit. por Margaça e Rodrigues, 2019) demonstra ainda que a espiritualidade não é determinante para os jovens no que diz respeito ao seu entendimento de bem-estar físico, psicológico, meio ambiente e nas suas relações. Também o humor é visto como um mecanismo que fortalece o *coping*, moderando as situações de stress (Margaça e Rodrigues, 2019).

Eventos de vida stressantes (como um diagnóstico psiquiátrico) são comumente associados a problemas de saúde mental. Independentemente do tipo de evento, a capacidade de *coping* do indivíduo pode ser ultrapassada e prejudicar o seu funcionamento (Sharma et al., 2021).

A dimensão espiritual tem sido descrita como sendo relevante, por exemplo, na atribuição de significado ao sofrimento advindo de uma doença crónica (Margaça e Rodrigues, 2019). Mas diferentes fatores individuais como a autoestima reduzem o impacto de eventos de vida stressantes nos problemas psicológicos (De Moor et al., 2019 cit. por Yetim, 2022). A resiliência está também associada a melhores respostas a nível físico e psicológico e pessoas resilientes tendem a reportar mais sentimentos positivos e a demonstrar melhor funcionamento físico e psicológico (McGrath & Kovacs, 2019).

Yetim (2022) demonstrou que eventos de vida stressantes predizem negativamente a resiliência e a autoestima. A disrupção sentida aquando da experiência de múltiplos desafios pode levar a uma reavaliação do *self* (Sharma et al., 2021).

Apesar de adultos sentirem os efeitos, estes poderão não demonstrar o mesmo grau de impacto negativo no funcionamento, uma vez que comparados com os mais jovens, os adultos focam-se mais na informação positiva do que na negativa (Mather & Carstensen, 2005), demonstrando melhor regulação emocional, provavelmente devido ao uso dos seus recursos internos (Sharma et al., 2021).

Os recursos internos variam de forma intrapessoal e podem modificar entre situações, os mesmos contribuem para o processo de resiliência e explicam o porquê de certas pessoas demonstrarem resultados positivos apesar dos desafios (Sharma et al., 2021). Reconhece-se porém que os recursos internos poderão ter benefícios limitados quando os indivíduos têm recursos externos insuficientes (Sharma et al., 2021).

Indubitavelmente, todos os adultos, mais ou menos jovens, demonstraram uma autoestima mais baixa em relação à frequência dos desafios de vida recentes (Sharma et al., 2021) os mais jovens, no entanto, demonstraram maior vulnerabilidade (Lodi-Smith & Crocetti, 2018).

Uma das conceptualizações de resiliência indica que o indivíduo que tem sido afetado negativamente pela adversidade durante um período de tempo apresenta perturbações temporárias (Ayed et al., 2019), no entanto, retorna aos níveis de pré-adversidade, como a sua linha base de ajustamento e funcionamento (Ayed et al., 2019). Várias fontes sugerem que a resiliência contribui para o crescimento pessoal após a experiência adversa (Nesbitt, Sabiston, Dejonge, Barbic, Kozloff & Nalder, 2023) referido como “crescimento pós-traumático”. Meesters (2014) postulou: “As experiências de pessoas com condições psiquiátricas

forneceram testemunho que permite inferir o crescimento e transformação após início da perturbação”.

No contexto da doença mental, esta conceptualização de resiliência sugere que o indivíduo desenvolve a doença mental, mas aprende a crescer após este acontecimento, conceptualização esta proposta inicialmente por Anthony (1993 cit. por Ayed et al., 2019). Posteriormente, estas novas capacidades ajudarão o indivíduo no enfrentamento de futuras situações adversas (Ayed et al., 2019) e a permanecer bem.

Apesar de o conceito de resiliência ser estudado há décadas, permanece ainda uma ausência de consenso no que diz respeito à sua definição, conceptualização e medição (Vella & Pai, 2019) e estes fatos são ainda mais evidentes em relação à resiliência em contexto de doença mental grave (Vella & Pai, 2019). Os estudos recentes tendem a definir resiliência, para além da perspectiva de traço, como um processo psicológico dinâmico que é suscetível a fatores demográficos (população, tempo e espaço) e que tende a promover outros traços psicológicos como a autoestima (Vella & Pai, 2019). No entanto, existe ainda uma incerteza em considerar a autoestima como uma componente da resiliência (Yang, Zhou & Xia, 2020), mas numerosos estudos empíricos têm demonstrado que a resiliência pode facilitar significativamente a autoestima (Yang et al., 2020).

Manter um funcionamento positivo após múltiplos desafios negativos é indicador de um *self* resiliente (Sharma et al., 2021) e a resiliência tem um papel importante na prevenção e recuperação de distúrbios psiquiátricos, havendo, portanto, uma necessidade de examinar e estudar a resiliência em pessoas com doença mental (Chuang et al., 2023), pois indivíduos com diagnóstico de doença mental que reportam maior resiliência consideram ter melhor qualidade de vida (Chuang et al., 2023). No caminho para a recuperação, a resiliência tem a sua importância e impacto na qualidade de vida desta população (Mejia-Lancheros et al., 2021) sendo ainda muito limitada a sua pesquisa em pessoas com DMG (Pan & Sanchez, 2022).

De esclarecer que elevada resiliência não previne necessariamente a doença mental, mas tem uma contribuição significativa como parte de uma terapia compreensiva no tratamento da generalidade dos distúrbios psiquiátricos (Chuang et al., 2023). Assim como a autoestima e a conexão social que, de acordo com estudos recentes, auxiliam na diminuição das dificuldades a nível da saúde mental (Rehman et al., 2023).

Após uma revisão das investigações realizadas até à data, a presente investigação tem assim o objetivo de explorar a relação entre o nível de autoestima e os níveis de resiliência

apresentados, não descartando o papel do apoio social percebido pela pessoa com diagnóstico de doença mental crônica, no aumento ou diminuição dos níveis demonstrados nas variáveis referidas.

Pressupõe-se que pessoas com maior autoestima apresentarão níveis de resiliência superiores e vice-versa. Espera-se, ainda, que a existência ou percepção de um maior ou menor apoio social exerça influência nos níveis (valores) apresentados nestas duas variáveis.

MÉTODO

Desenho de Investigação

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e correlacional, entre as variáveis autoestima e resiliência, e de mediação, no sentido em que será considerado o papel da integração/apoio social (ou a percepção do mesmo) nos níveis de autoestima e resiliência apresentados.

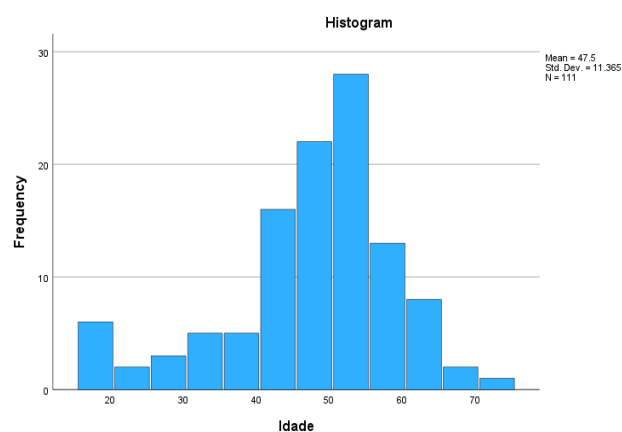
Participantes

A amostra do estudo é constituída por 111 pessoas, com idade superior a 18 anos e com diagnóstico psiquiátrico de doença mental crónica, sendo estes os principais critérios de seleção. Foram incluídos ainda participantes com duplo diagnóstico. Tanto o anonimato dos participantes como a confidencialidade das suas respostas foram sempre mantidos.

Relativamente à idade dos participantes, verificou-se uma média de 47,5 anos, sendo que a pessoa mais nova a responder ao questionário tem 18 anos e a pessoa mais velha 71 anos.

Gráfico 1

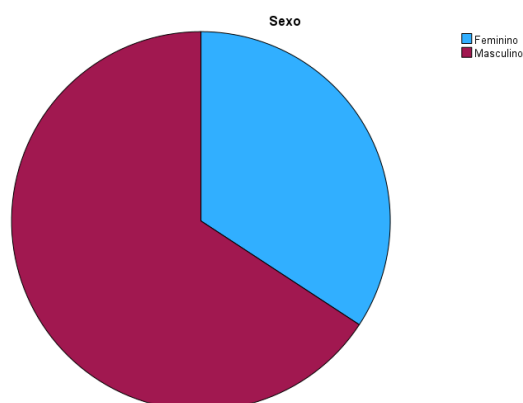
Idade dos participantes



Relativamente ao sexo atribuído à nascença, 65,8% dos participantes são do sexo masculino enquanto que 34,2% são do sexo feminino (Gráfico 2).

Gráfico 2

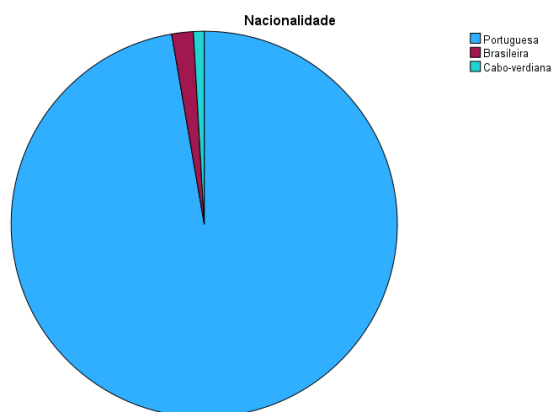
Sexo atribuído à nascença dos participantes



De acordo com o Gráfico 3, dos inquiridos, a grande maioria tem nacionalidade portuguesa (97,3%), sendo que apenas dois participantes são de nacionalidade brasileira (1,8%) e um de origem cabo-verdiana (0,9%).

Gráfico 3

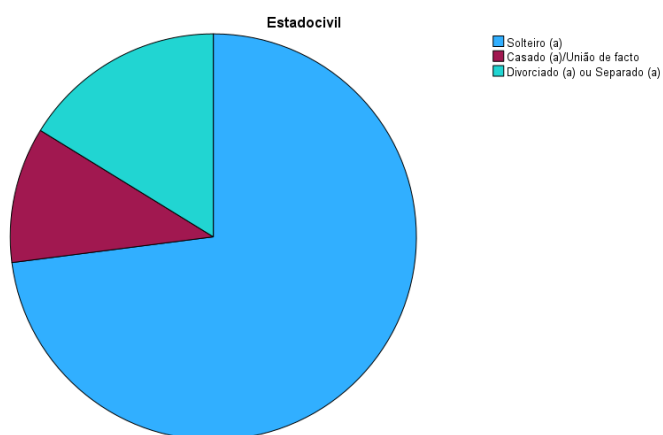
Nacionalidade dos participantes



73% dos participantes encaixam-se na categoria Solteiro(a), 16,2 % na de Divorciado(a) ou Separado(a) e 10,8% na categoria Casado (a)/União de facto (Gráfico 4).

Gráfico 4

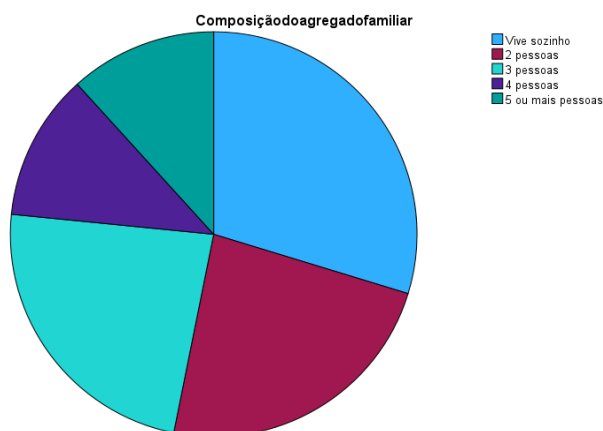
Estado Civil dos participantes



O Gráfico 5 demonstra que a maioria dos participantes vive sozinho (29,7%), a mesma percentagem de indivíduos vive com 2 ou 3 pessoas (23,4%) e 11,7% vive com 4 ou mais de 5 pessoas, respetivamente.

Gráfico 5

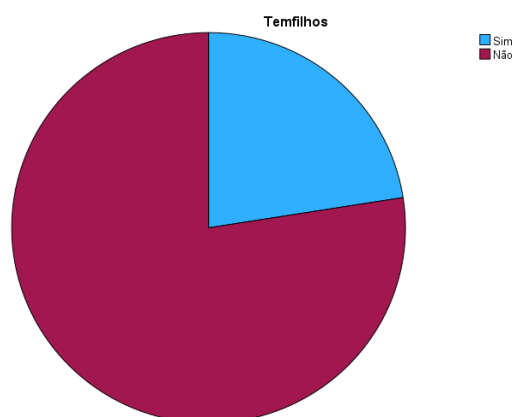
Composição do Agregado Familiar dos participantes



77,5% dos participantes com doença mental afirmou não ter filhos e os restantes (22,5%) responderam que sim (Gráfico 6).

Gráfico 6

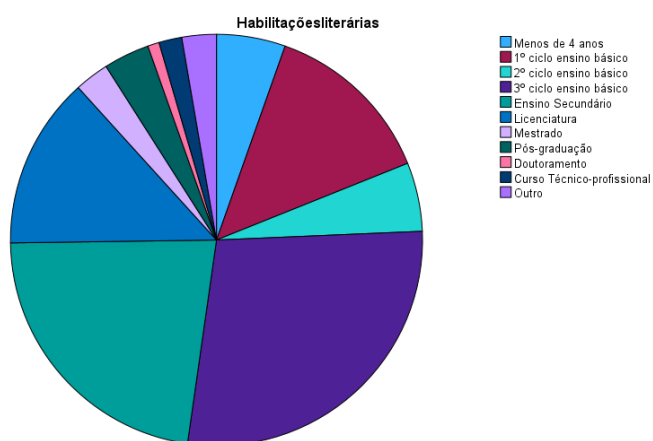
Existência de filhos dos participantes



De acordo com o gráfico 7, 27,9% dos inquiridos concluiu o 3º ciclo do Ensino Básico, constituindo assim a maioria. 22,5% completaram o Ensino Secundário e 13,5 % o 1º ciclo do Ensino Básico. Os licenciados constituem 13,5% da amostra, e 5,4% completou menos de 4 anos de escolaridade. 5,4 % completaram o 2º ciclo do Ensino Básico, Pós-graduação (3,6%), Mestrado (2,7%), Outro (2,7%), Curso Técnico-profissional (1,8%) e Doutoramento (0,9%).

Gráfico 7

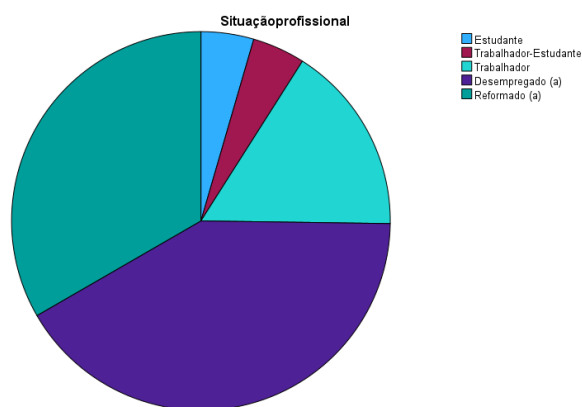
Habilitações Literárias dos participantes



No que diz respeito à situação profissional dos participantes, 41,4% estão em situação de desemprego, 33,3% reformados, 16,2% trabalham, 4,5% são estudantes e os restantes 4,5% são trabalhadores estudantes (Gráfico 8).

Gráfico 8

Situação Profissional dos participantes



Através do Gráfico 9, 104 participantes (93,7%) afirmaram frequentarem ou terem frequentado uma associação de apoio a pessoas com doença mental, enquanto que 6,3% dos inquiridos (7 pessoas) responderam que não.

Gráfico 9

Frequência de Associação de Apoio



Instrumentos

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Foi criado, especialmente para o efeito, um questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes, com 9 itens, e que avaliou as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Nacionalidade, Estado Civil, Composição do Agregado Familiar, Filhos, Habilitações Literárias, Situação Profissional e Frequência de Associação de Apoio.

Escala de Resiliência para Adultos

A versão original da ERA foi desenvolvida em 2001 (Hjemdal, Friborg, Martinussen & Rosenvinge), sendo constituída por um total de 45 itens, validada na população Norueguesa (alfa de Cronbach = .93) e organizada em cinco fatores: Competência Pessoal, Competência Social, Suporte Social, Coesão Familiar e Estrutura Pessoal.

A versão portuguesa da Escala de Resiliência para Adultos (ERA) (Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro & Alves, 2016), é uma escala composta por 33 itens, traduzida e validada para a população portuguesa, com possibilidade de resposta de 1 a 7, que permitirá compreender o nível de resiliência do sujeito, no momento atual, sendo adequada para administração em adultos de populações comunitárias e clínicas. Apresenta uma excelente consistência interna (alfa de Cronbach = .90), para o total dos itens que a compõem (Pereira et al, 2016).

Os itens estão organizados em 6 dimensões. Nomeadamente, Perceção do Self com 6 itens (*e.g.* “Em períodos difíceis tenho tendência a...”), Planeamento do Futuro contendo 4 itens (*e.g.* “Os meus planos para o futuro são...”), Competências Sociais com 6 itens (*e.g.* “Ser flexível em contextos sociais...”), Estilo Estruturado composta por 4 itens (*e.g.* “Estou no meu melhor quando...”), Coesão Familiar com 6 itens (*e.g.* “A minha família caracteriza-se por...”) e Recursos Sociais, com 7 itens, entre os quais (*e.g.* “Posso discutir assuntos pessoais com...”).

No presente estudo foi obtido um alfa de Cronbach = .89, quando realizada a análise da fiabilidade dos 33 itens da escala, apontando para uma boa consistência interna total.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Desenvolvida por Rosenberg (1986) a partir de uma amostra de participantes de ambos os sexos, incluindo estudantes universitários e pessoas adultas provenientes de meios sociais diferentes e grupos étnicos diversificados, a escala foi validada (alfa de Cronbach = .88) pelo autor.

Atualmente, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) é uma medida composta por 10 itens, avaliando a autoestima tanto na população adolescente como na adulta. Apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = .79) e boas propriedades psicométricas (Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011), tendo sido validada numa amostra de adolescentes em contexto forense e escolar.

O valor obtido quando realizada a análise de fiabilidade dos itens da escala na amostra da presente investigação (alfa de Cronbach = .39) é indicativo de uma baixa consistência interna dos itens.

Escala de Provisões Sociais

A “Social Provisions Scale” (SPS) desenvolvida por Cutrona e Russell (1987) e validade na população adulta e em estudantes universitários (alfa de Cronbach = .91).

A Escala de Provisões Sociais (EPS) avalia, através de 24 itens, o apoio social percebido, através da consideração de dimensões como o Aconselhamento (*e.g.* “Não há ninguém a quem eu possa recorrer para me aconselhar em alturas de stress.”), a Aliança Fiável (*e.g.* “Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente.”), a Vinculação (*e.g.* “Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas.”), a Integração Social (*e.g.* “Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações.”), Reafirmação de Valor (*e.g.* “As outras pessoas não me vêem como competente”) e Oportunidade de Prestação de Cuidados (*e.g.* “Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda.”) assim como o Apoio Íntimo e Apoio Casual.

A sua validade foi comprovada através de análises factoriais exploratórias e confirmatórias (Moreira & Canaipa, 2007), apresentando uma boa consistência interna total (alfa de Cronbach = .88).

Foi obtido ainda um valor alfa de Cronbach = .88, através da análise de fiabilidade dos 24 itens da escala, na amostra do atual estudo, refletindo uma boa consistência interna.

Procedimento

Após obtenção de autorização por parte dos autores (Anexo A), para utilização das três escalas escolhidas, foi elaborado um questionário online (por meio da plataforma Google Forms), que incluiu a declaração de consentimento informado, as perguntas de caracterização sociodemográfica dos participantes e os instrumentos selecionados (Anexo B). A Escala de Resiliência para Adultos (ERA) foi aplicada em primeiro lugar, seguida da Escala de Autoestima de Rosenberg e, por último, a Escala de Provisões Sociais (EPS).

Através da lista de associadas da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (FNERDM), disponível online, as associações foram contactadas por email num primeiro momento e, posteriormente, através dos contactos telefónicos e, em alguns casos, de forma presencial. Numa primeira fase, a pesquisa concentrou-se no distrito de Lisboa e depois estendeu-se aos restantes distritos do país. O questionário foi ainda divulgado em redes sociais.

Após aprovação por parte das associações e seus diretores executivos, o questionário foi aplicado maioritariamente pela autora do estudo, de forma presencial nas instalações das associações em causa, após explicação do âmbito e detalhes da investigação às respetivas equipas técnicas e aos utentes, mas também por técnicos especializados das instituições aderentes.

Aos participantes que tinham preferência por preenchimento em papel ou não se sentiam confortáveis com a utilização de dispositivos eletrónicos, foi atribuído um questionário impresso. Aquando da aplicação do questionário a pessoas analfabetas, com duplo diagnóstico ou défice cognitivo ligeiro, a informação foi lida pela investigadora ou auxiliares, para uma melhor compreensão das afirmações.

Após recolha da amostra, as respostas ao questionário online foram encerradas e foi realizada a transferência dos dados do Google Forms para uma folha de cálculo do Microsoft Excel, e deste foi possível a construção da base de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29.0, onde foi realizada a análise dos dados obtidos.

Análise de Dados

A análise estatística dos dados recolhidos, realizada com recurso ao SPSS e após inversão dos respetivos itens em cada escala, baseou-se na análise descritiva dos mesmos numa

primeira fase, através da verificação da normalidade das variáveis de caracterização sociodemográfica, através dos valores de assimetria e curtose (Marôco, 2018).

Após o somatório dos valores obtidos em cada uma das escalas, a normalidade da distribuição das variáveis Resiliência, Autoestima e Apoio Social Percebido foi também verificada com recurso ao Teste de Shapiro-Wilk, por ser o teste mais eficaz para esse efeito (Marôco, 2018).

A análise de correlação entre a Resiliência (ERA) e a Autoestima (EAR) foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman, alternativa não paramétrica, uma vez que a variável Autoestima não segue distribuição normal, violando este pressuposto. Foi ainda realizada uma análise de correlação entre as variáveis Resiliência e Apoio social, desta vez com recurso à correlação de Pearson, teste paramétrico, pois ambas as variáveis seguem uma distribuição normal. Um último teste de Spearman foi executado, para uma última análise de correlação entre os dados da EAR (Autoestima) e EPS (Apoio Social Percebido).

Com o objetivo de perceber o valor preditor de cada uma das variáveis, foi realizada ainda uma análise de regressão entre a Resiliência e Autoestima, mas também entre o Apoio Social Percebido e Resiliência e, ainda, entre as variáveis Apoio Social Percebido e Autoestima.

Uma análise de mediação foi realizada com recurso à extensão Macro PROCESS (Hayes, 2018) instalada no SPSS para esse efeito, na tentativa de confirmar o papel mediador do Apoio Social na relação entre Resiliência (Y) e Autoestima (X).

Uma análise multivariada da variância (MANOVA) foi ainda executada para cada uma das variáveis de caracterização sociodemográfica que incluem mais do que dois grupos (Sexo, Nacionalidade, Estado Civil, Composição do agregado familiar, Filhos, Habilitações Literárias e Situação Profissional), consideradas variáveis independentes, e as variáveis Resiliência, Autoestima e Apoio Social, três variáveis dependentes.

RESULTADOS

Análise Descritiva das Variáveis de Caracterização Sociodemográfica

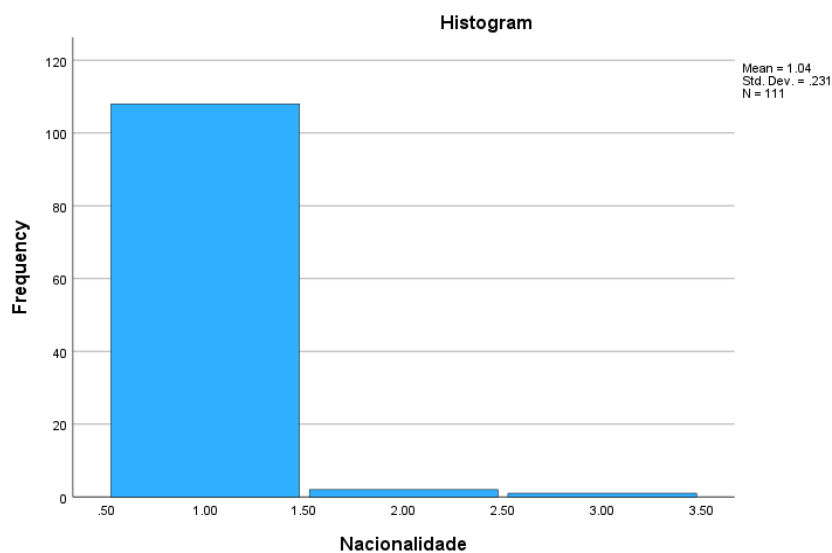
Quando analisada a normalidade das variáveis de caracterização sociodemográfica (Anexo C), os valores de assimetria e curtose indicaram uma assimetria negativa moderada na variável Idade, com um valor de - 0,843. O valor obtido para a curtose foi de 0,492, relativamente próximo de 0, indicando uma distribuição similar à normal. Ambos os valores encontram-se entre -1 e 1, com pouca ou nenhuma violação da normalidade.

A variável Sexo apresenta valores de assimetria (- 0,674) e curtose (- 1,575) indicadores de uma assimetria negativa moderada, com uma distribuição ligeiramente mais achatada do que a distribuição normal.

Já as variáveis Nacionalidade e Estado Civil revelaram uma assimetria acentuada quando analisados os valores (7,056 e 1,380, respetivamente) e uma curtose positiva (53,168 e 0,192), no entanto os dados obtidos sobre a nacionalidade dos participantes indicam uma distribuição bastante pontuada (leptocúrtica), com cauda mais alta e dados assimétricos à direita. O mesmo não se verifica nos dados obtidos relativamente ao estado civil, que se aproximam de uma distribuição normal.

Gráfico 10

Distribuição da variável Nacionalidade

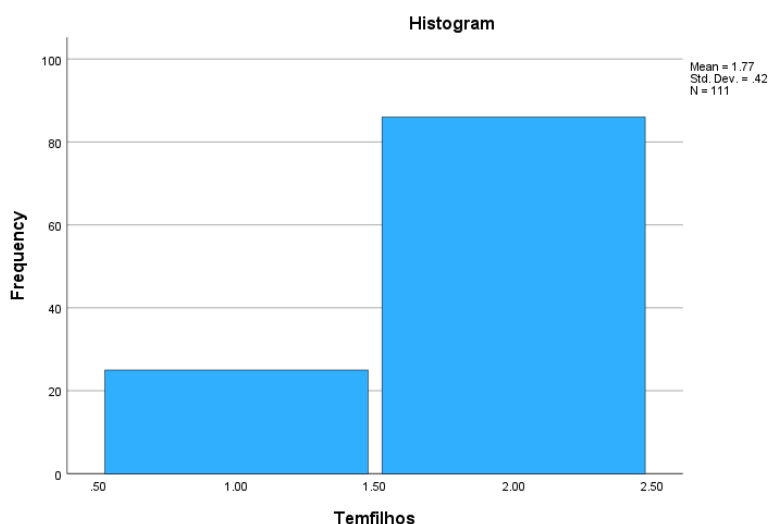


A assimetria obtida para a variável Composição do Agregado Familiar (0,470) indica-nos uma distribuição positiva e ligeiramente assimétrica, e a curtose (- 0,970) negativa e similar à normal.

No que diz respeito à existência de Filhos, os dados obtidos revelam uma assimetria acentuada e negativa (- 1,334) e uma curtose (- 0,226) próxima de 0 e negativa) indicadora de uma distribuição platicúrtica.

Gráfico 11

Distribuição da variável Filhos



As Habilitações Literárias dos participantes deram origem a dados com uma assimetria moderada (0,841) e curtose (1,331) positiva, com uma distribuição ligeiramente pontuada.

Em relação à Situação Profissional, o valor - 1,114 revela uma assimetria acentuada dos dados, assim como uma curtose positiva (1,040).

As informações obtidas relativamente à experiência/frequência de associação de apoio a pessoas com doença mental resultaram igualmente numa assimetria acentuada dos dados (3,644) e uma distribuição claramente pontuada e leptocúrtica (curtose: 11,489), com dados assimétricos à direita.

Gráfico 12

Distribuição da variável Situação Profissional

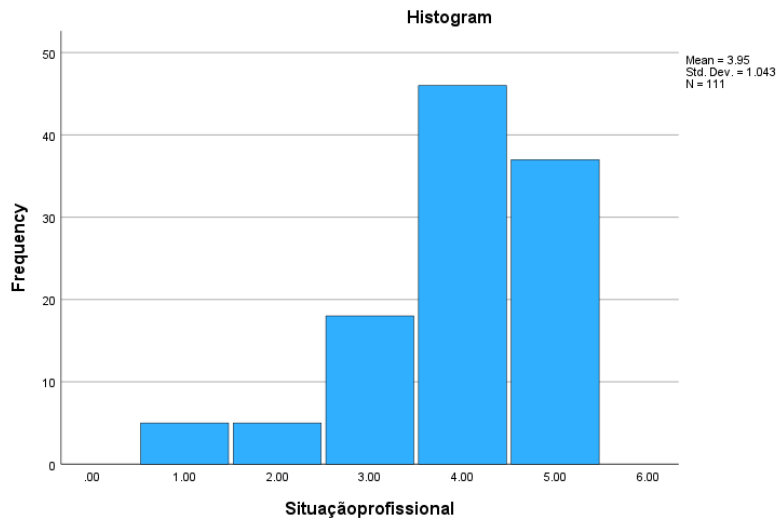
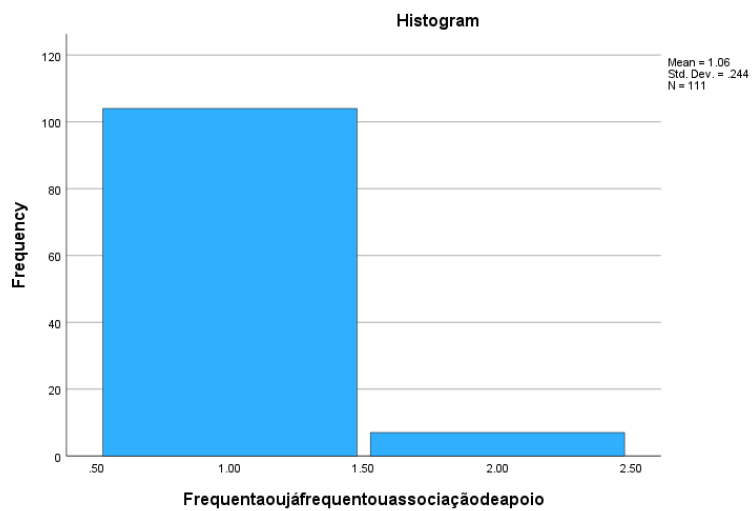


Gráfico 13

Distribuição da variável Frequência de Associação de Apoio



Análise Descritiva: ERA, EAR, EPS

Através da análise descritiva dos dados obtidos no preenchimento das escalas utilizadas (Anexo D), o valor obtido no Teste de Shapiro-Wilk para a Resiliência (ERA) é de 0,271 (p -value $> 0,05$), verificando-se a normalidade da distribuição dos dados. Contrariamente, a Autoestima (EAR) obteve um valor $p = 0,005 < 0,05$, violando o pressuposto da normalidade. A EPS (Apoio Social Percebido) obteve um valor $p = 0,566 > 0,05$, seguindo uma distribuição normal.

A pontuação normal da ERA deverá rondar entre 33 e 231. O resultado médio dos participantes é de 144, indicador de níveis satisfatórios de Resiliência. A pontuação mínima obtida na amostra (62) indica-nos que não existem níveis demasiado baixos desta variável e a pontuação máxima (217) reflete um alto nível de Resiliência.

A pontuação média obtida para a variável Autoestima (EAR) foi de 25 pontos, correspondendo a um valor médio tendencialmente baixo. O valor mínimo (20) obtido entre os participantes representa uma baixa autoconfiança, embora não constitua um valor extremo. Já o valor máximo (33) é indicador de uma Autoestima elevada.

Ainda, o valor médio obtido para o Apoio Social Percebido revelou-se satisfatório (70), com pontuações relativamente equilibradas e ausência de valores muito reduzidos ou muito elevados. O valor mínimo obtido (42) é, no entanto, indicativo de uma reduzida perceção de apoio social, enquanto que a pontuação máxima (96) obtida nesta amostra reflete uma elevada perceção de Apoio Social.

Análise de Correlação

A análise de correlação de Spearman entre as variáveis Resiliência e Autoestima (Anexo E) revelou, através da interpretação do coeficiente obtido, uma associação fraca e negativa entre as mesmas ($\rho = -0,229$) e estatisticamente significativa (p -value = $0,016 < 0,05$). Ou seja, a significância estatística indica que a associação entre estas variáveis provavelmente não ocorreu por acaso, e sendo negativa, pressupõe-se que à medida que uma das variáveis aumenta, a outra tende a diminuir.

O coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0,577$) obtido através da associação entre as variáveis Resiliência e Apoio Social Percebido (Anexo E), indica uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa (p -value $< 0,001$). Neste caso, é possível afirmar com

algum grau de confiança que à medida que uma destas variáveis aumenta, a outra aumenta também, tratando-se de uma associação linear.

Na última análise de correlação realizada entre as variáveis Autoestima e Apoio Social Percebido (Anexo E) verificou-se, através do coeficiente de Spearman obtido ($\rho = -0,361$), uma associação negativa moderada entre as duas variáveis e estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,001$).

Análise de Regressão

A análise dos valores obtidos na tabela Model Summary, quando testada a regressão linear (VD: Resiliência; VI: Autoestima) (Anexo F), permite confirmar a existência de uma correlação positiva entre as variáveis ($R = 0,215$). O R-Square (R^2) de 0,046, indica ainda que aproximadamente 5% da variância na variável dependente (Resiliência) é explicada pela variável independente (Autoestima). Porém, o modelo apresenta um Standard Error de 30,766, isto é, as precisões do modelo em questão poderão não estar próximas dos valores reais. O teste em questão apresenta significância estatística ($p = 0,023 < 0,05$), confirmada pela tabela ANOVA. A tabela Coefficients B1= - 3,063, sig. = 0,023.

Na segunda análise de regressão efetuada, desta vez entre a Resiliência (VD) e Apoio Social Percebido (VI) (Anexo F), verificou-se uma correlação positiva ($R = 0,577$) e cerca de 33% da variabilidade na resiliência é causada pelo Apoio Social ($R^2 = 0,333$). O Standard error = 25,727 obtido está ligeiramente abaixo do anterior, mas igualmente elevado. A relação entre as variáveis revela-se significativa (Sig. $p < 0,001$), após análise da tabela ANOVA. Coeficiente B1: 1,762, sig. $< 0,001$.

A terceira e última análise de regressão (Anexo F), teve o objetivo de testar o poder preditor do Apoio Social Percebido (VI) sobre a Autoestima (VD) dos participantes. O output obtido nesta análise é indicativo de uma correlação positiva entre as variáveis ($R = 0,428$), com cerca de 18% da variância na Autoestima a ser explicada pelo Apoio Social Percebido ($R^2 = 0,183$). Neste caso, o Standard Error = 2, indica que as previsões dadas pelo modelo podem estar próximas dos valores reais sendo, desta forma, o mais confiável dos três testes realizados. A Tabela ANOVA confirma a relação significativa entre as variáveis (Sig. $< 0,001$). Coefficients B1= - 0,092, sig. $< 0,001$.

Análise de Mediação

A análise de mediação (Figura 1; Anexo G) efetuada detetou um efeito significativo da Autoestima na variável mediadora (Apoio Social Percebido), confirmado pelos valores $\beta = -1.993$, 95% IC [- 2.793, - 1.193], $t=11.805$, $p=.000$, $R^2=.183$ (18.3%).

Confirma-se ainda o efeito direto da Autoestima na Resiliência como não significativo $\beta = .550$, 95% IC [- 1.900, 3.001], $t=.445$, $p=.657 > 0,05$, sustentando os resultados obtidos e explorados anteriormente na análise de regressão.

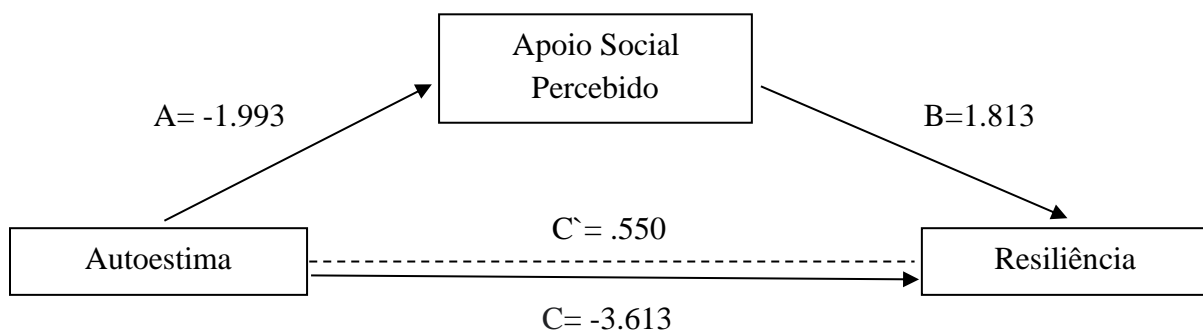
Ainda, o efeito da variável mediadora (Apoio Social Percebido) na Resiliência revelou-se positivo e significativo $\beta = 1.813$, 95% IC [1.287, 2.338], $t=6.836$, $p=.000$, $R^2=.334$ (33%).

Verifica-se um efeito indireto estatisticamente significativo da Autoestima na Resiliência através da variável mediadora (Apoio Social Percebido), $\beta = -3.613$, 95% IC [- 5.477, -1.917].

Este efeito indireto, sendo negativo, indica que o impacto da Autoestima na Resiliência, mediado pelo Apoio Social Percebido, é inverso. Assim, o Apoio Social Percebido medeia negativamente o efeito da Autoestima sobre a Resiliência.

Figura 1

Diagrama de Efeito de Mediação



Análise de Variância Multivariada

A análise entre os grupos de cada uma das variáveis de caracterização sociodemográfica dos participantes e as variáveis dependentes (resiliência, autoestima e suporte social) não revelou diferenças significativas entre os grupos (Anexo H).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos abrem caminho para o estabelecimento de algumas conclusões importantes. Primeiramente, importa perceber até que ponto os dados sustentaram, confirmaram ou, por outro lado, foram contrários aquilo que se esperava nas hipóteses definidas inicialmente.

Voltando um pouco atrás, estava previsto que as duas variáveis medidas em primeiro lugar na nossa amostra estivessem positivamente relacionadas e, inclusive, que fossem preditoras uma da outra. A verdade é que, embora tenha sido possível confirmar uma associação entre a resiliência e a autoestima, a mesma revelou-se fraca. Ainda, de forma semelhante ao que a literatura afirma (Kunicki & Harlow, 2020) acerca dos construtos subjacentes à resiliência, a autoestima prediz significativamente (de um ponto de vista estatístico) a resiliência, mas apenas em 5%, deixando espaço para os restantes aspetos que para ela contribuem. A descoberta mais inesperada foi relativamente à direção que uma das variáveis segue, quando a outra aumenta ou diminui. Isto porque, seria expectável que um aumento da autoestima se traduzisse num aumento da resiliência, mas o que se verificou foi o contrário, à medida que uma delas aumenta a outra tende a diminuir.

A última hipótese definida previa que o apoio social percebido apresentasse um efeito mediador na relação entre as restantes. A relação de mediação apesar de significativa, revelou-se negativa, confirmando um efeito mediador inverso, o que significa que um aumento da autoestima reduz o apoio social percebido o que, consequentemente, reduz a resiliência. Uma possível explicação para tal fenómeno, reside na importância que uma pessoa com doença mental e com maior ou menor autoestima atribui ao apoio social. Isto é, a rede social de suporte poderá não ser tão importante para uma pessoa com elevada autoestima, como é para uma pessoa com um nível de autoestima mais reduzido. Estes aspetos, por sua vez, refletem-se na resiliência.

Porém, a análise dos dados permitiu ir um pouco mais além daquelas que eram as hipóteses iniciais, existindo ainda uma série de aspetos a destacar. Nomeadamente, que a tendência para uma baixa autoestima entre a generalidade das pessoas com diagnóstico de doença mental é evidente. Mas porquê?

Diversos estudos realizados em pessoas com doença mental severa demonstram uma relação entre o estigma internalizado e uma menor satisfação nas relações sociais (González-

Sanguino et al., 2022), pior qualidade de vida e autoestima. O estigma associado à doença mental inclui estereótipos, preconceitos e comportamentos negativos direcionados às pessoas que sofrem com problemas psicológicos (González-Sanguino et al., 2022).

O estigma internalizado acontece quando, havendo a consciência destes estereótipos públicos e da discriminação como estando presente na comunidade (Silvan-Ferrero et al., 2022) a pessoa com problemas de saúde mental aceita os estereótipos e as crenças que a sociedade partilha, aplicando-os a si mesma (González-Sanguino et al., 2022).

O apoio social percebido contribui para um aumento da autoestima em pessoas com doença mental, de acordo com os dados aqui recolhidos. Mas a relação revela-se bidirecional, uma vez que uma autoestima mais baixa ou mais elevada parece também predizer o nível de apoio social, provavelmente, porque se traduz no nível de abertura da pessoa com doença mental para as relações e contextos sociais.

Percebemos rapidamente que outros fatores contribuirão de forma mais intensa para a resiliência demonstrada por estas pessoas, comparativamente à autoestima, o que nos leva a substanciar algumas pesquisas anteriores relativas a este conceito, particularmente as que a definem como uma característica relativamente estável (Orth and Robins, 2014), equiparando-a a uma característica de personalidade (Muris & Otgaar, 2023).

Mas, se a autoestima não desempenha um papel crucial na resiliência, o apoio social percebido desempenha, sendo que contribui para o aumento da resiliência em pessoas com doença mental crónica, mais precisamente, em cerca de 33%.

Southwick et al. (2016 cit. Stainton et al., 2019) insistiu no apoio social como um fator protetor, identificando os vários benefícios como o tamanho e qualidade da rede social do indivíduo e a frequência das interações sociais.

Estes dados tornam-se essenciais quando o objetivo é provar o carácter dinâmico da resiliência, constatando que a mesma pode flutuar dependendo das circunstâncias e em função do tempo (Stainton et al., 2019).

A doença mental é sinónimo de vulnerabilidade. Isto porque, a natureza dos desafios que as pessoas enfrentam todos os dias e o estigma que encaram, torna-os vulneráveis (Perlman et al., 2017). É por isso imperativo perceber o que influencia e o que promove a resiliência em pessoas com doença mental, tornando-as mais aptas a lidar com estas vulnerabilidades, aumentando a capacidade de ajustamento individual em determinadas situações.

Um alto nível de resiliência tem um papel crucial na melhoria do estado mental, na recuperação (habilidade para funcionar e viver com esperança e significado) e bem-estar (Mejia-Lancheros et al., 2021). E, não só poderá ter um efeito protetor contra o desenvolvimento da doença mental, mas também contra os seus efeitos a longo prazo (Stainton et al., 2019).

Desta maneira, entender o que a promove e fortalece torna-se crucial não só para a população em risco de experienciar um primeiro episódio de doença mental, mas inclusive para as pessoas que já têm esta experiência no sentido de diminuir a gravidade dos sintomas e a probabilidade de recaída.

Investigações demonstram que a empregabilidade, por exemplo, tem uma relação positiva com a recuperação. Fairweather (1969 cit. por Silvan-Ferrero et al., 2022) descobriu que pessoas com doença mental grave e empregadas experienciam uma redução significativa nos sintomas e menos admissões hospitalares, com resultados ao nível da melhoria da autoestima e autoimagem, da promoção do contacto social e um aumento da qualidade de vida (Silvan-Ferrero et al., 2022).

A saúde pública beneficia muito com tais descobertas. Estes fatores específicos podem ser transformados em intervenções de larga escala, com o objetivo de reduzir o impacto da doença mental (Stainton et al., 2019), que é atualmente devastador.

Compreender como as pessoas com DMG respondem às adversidades, no sentido de facilitar o processo de resiliência é crítico para as equipas profissionais de reabilitação (Pan & Sanchez, 2022) com ênfase nas condições socioculturais e sistémicas que contribuem para a resiliência através das interações pessoa-ambiente (Nesbitt et al., 2023).

A investigação, descrita ao longo deste trabalho, apresenta alguns pontos fortes e que merecem ser sublinhados. O presente estudo possibilitou o cruzamento dos ramos da Psicologia Clínica com a Psicologia Comunitária, medindo construtos e variáveis pouco investigadas na população adulta e, sobretudo, com doença mental grave. Foi obtida uma amostra diversificada, com vários tipos de diagnóstico, incluindo pessoas com duplo diagnóstico. Os resultados significativos reforçam a importância do apoio social para fomentar a resiliência e a autoestima da população, contribuindo ainda para o estudo da resiliência como conceito dinâmico e multidimensional.

Assim como os pontos positivos, as limitações também existem e serão devidamente apontadas. A Escala de Resiliência para Adultos (ERA) escolhida para recolha dos dados da

amostra revelou-se, no geral, confusa para os participantes durante a aplicação apesar de ser indicada para esta população. A análise realizada à Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) revelou uma baixa consistência interna entre os itens, violando este pressuposto. O facto de se tratar de uma escala com 10 itens, os dados recolhidos não seguirem uma distribuição normal e, ainda, a aplicação a uma amostra clínica (distinta da amostra utilizada para validação da versão portuguesa) e com características psicológicas como a baixa autoestima, poderão ter provocado este enviesamento. A inclusão de pessoas com duplo diagnóstico, embora constitua um aspeto a favor, também poderá constituir uma limitação, pois não é possível afirmar com total certeza que a compreensão de certos itens foi garantida, provocando um possível enviesamento do estudo.

Relativamente às implicações para a prática dos profissionais de saúde mental, o estudo reforça a importância de trabalhar no sentido da integração das pessoas com doença mental na comunidade, através do aumento da qualidade de vida e suporte social e, conseqüentemente, do aumento dos níveis de resiliência e diminuição do risco ou probabilidade de recaída, garantindo uma recuperação e reabilitação com resultados mais duradouros que é, no fundo, a meta.

Futuramente, será fundamental o estudo e compreensão dos restantes construtos que se intersejam no contexto da resiliência, uma vez que se trata de um conceito multidimensional. A autoestima e o apoio social são apenas dois deles, dentro de uma longa lista. Assim como a realização de estudos longitudinais em volta destas variáveis e a sua relação com aspetos como a idade de início dos sintomas e do diagnóstico, por exemplo.

CONCLUSÃO

Este estudo surgiu, principalmente, do interesse em explorar e contribuir para a linha de investigação atual, que se foca sobretudo nas capacidades de superação, crescimento e desenvolvimento psicológico do ser humano. Por reconhecer a relevância da resiliência, há muito um conceito de interesse pessoal, e com a curiosidade em compreender o que lhe está subjacente e o que a favorece ou desenvolve, surgiu a ideia para este projeto.

O contacto direto com os participantes, necessário para aplicação dos questionários e, na maioria dos casos, incentivado e exigido pelas associações, tornou-se na maior aprendizagem e o aspeto mais importante deste trabalho, acima de tudo, pela oportunidade de ouvir o testemunho mais elaborado da maior parte que, caso contrário, não seria possível. Foram meses de recolha de uma amostra conseguida a muito custo, mas que permitiu resultados pertinentes e significativos. Um trabalho de investigação enriquecedor, não só pelas razões óbvias, mas principalmente pelo grande desafio em que se tornou e por ser um teste à persistência.

É do conhecimento geral, que os problemas de saúde mental são uma realidade alarmante a nível global e que se podem desenvolver em cada um de nós. E por isso, ter a possibilidade de trabalhar para o enriquecimento do mundo da investigação, no sentido da melhoria da qualidade de vida de todos é um privilégio, apesar das dificuldades que fazem parte do processo.

Tornar as instituições e os serviços mais eficazes nos processos de reabilitação de pessoas com doença mental crónica, implementando intervenções baseadas na força e orientadas para aqueles que são os recursos pessoais e sociais é indispensável, mas a solidariedade, a empatia e o desenvolvimento de populações cada vez mais resilientes é o propósito.

A doença mental leva ao isolamento. Sem o suporte que provém de uma boa rede social e de cuidados, os sintomas agravam-se, a doença agrava-se e um ciclo vicioso é gerado.

O segredo está na qualidade das relações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2015). *The road to resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, 41, 218–235. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jcop.21524>
- Ayala, J. C., & Manzano, G. (2014). The resilience of the entrepreneur. Influence on the success of the business. A longitudinal analysis. *Journal of Economic Psychology*, 42, 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2014.02.004>
- Ayed, N., Toner, S., & Priebe, S. (2019). Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 299–341. <https://doi.org/10.1111/papt.12185>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2008). Does adolescent self-esteem predict later life outcomes? A test of the causal role of self-esteem. *Development and psychopathology*, 20(1), 319–339. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000151>
- Business Council for Sustainable Development (2015). Agenda 2030 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). <https://ods.pt>
- Cabral, J., Carvalho, C. B., da Motta, C., & Sousa, M. (2018). Validation of the community integration scale for adults with psychiatric disorders (CIS-APP-34). *Community mental health journal*, 54, 673–681. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0228-2>
- Chan, K. K. S., & Lam, C. B. (2018). The impact of familial expressed emotion on clinical and personal recovery among patients with psychiatric disorders: The mediating roles of self-stigma content and process. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(6), 626–635. <https://doi.org/10.1037/ort0000327>
- Chang, C. W., & Chen, F. P. (2022). Family social networks and personal recovery among Chinese people with mental illness in Hong Kong: The mediating effects of self-esteem and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(3), 247–254. <https://doi.org/10.1037/prj0000485>

- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 507-514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S392332>
- Crittenden, C. N., Pressman, S. D., Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Smith, B. W., & Seeman, T. E. (2014). Social integration and pulmonary function in the elderly. *Health Psychology*, 33(6), 535. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000029>
- Cunha, O. O., Ornelas, J., & Moniz, M. J. V. (2018). Sentimento psicológico de comunidade: Estudo da escala SCI-2 num contexto associativo. *Análise Psicológica*, 36(4), 515-526. <https://doi.org/10.14417/ap.1362>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1(1), 37-67. https://www.researchgate.net/publication/271507385_The_Provisions_of_Social_Relationships_and_Adaptation_to_Stress
- Detoni, A. M., Lourenço, J. E. P., Pacheco, L. P., Gomes, L. A. P. F., de Brito, T. C., & da Silveira Madalena, T. (2022). Prevenção e intervenção em saúde mental: resiliência e psicologia positiva. *ANALECTA-Centro Universitário Academia*, 7(2). <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/ANL/article/view/3116/2119>
- Fatih, O. (2023). Evaluation of Stigma of Mental Illnesses: A Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(1), 38-49. <https://psycnet.apa.org/doi/10.18863/pgy.1079332>
- Global Council on Brain Health (2017). The Brain and Social Connectedness: GCBH Recommendations on Social Engagement and Brain Health. <https://doi.org/10.26419/pia.00015.001>
- González-Sanguino, C., González-Domínguez, S., Castellanos, M. A., & Muñoz, M. (2022). Mental illness stigma. A comparative cross-sectional study of social stigma, internalized stigma and self-esteem. *Clinical and Health*, 33(2), 59-64. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a16>
- Hagen, R., Havnen, A., Hjemdal, O., Kennair, L. E., Ryum, T., & Solem, S. (2020). Protective and vulnerability factors in self-esteem: The role of metacognitions, brooding, and resilience. *Front Psychol*. 2020; 11: 1447. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01447>
- Hagerty, B. M., & Patusky, K. (1995). Developing a measure of sense of belonging. *Nursing research*, 44(1), 9-13. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199501000-00003>

- Hamamura, T. (2017). Cultural differences in self-esteem. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1–3. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1126-1
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2^a ed.). Guilford publications. <https://psycnet.apa.org/record/2013-21121-000>
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the norwegian psychological association*, 38(4), 310-317. https://www.researchgate.net/publication/284651988_Preliminary_results_from_the_development_and_validation_of_a_Norwegian_scale_for_measuring_adult_resilience
- Jun, W. H., & Choi, E. J. (2019). The relationship between community integration and mental health recovery in people with mental health issues living in the community: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 296-307. <https://doi.org/10.1111/jpm.12578>
- Kunicki, Z. J., & Harlow, L. L. (2020). Towards a higher-order model of resilience. *Social indicators research*, 151(1), 329-344. <https://doi.org/10.5944/rppc.37815>
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational psychiatry*, 9(1), 88. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
- La Motte-Kerr, W., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E., & Wenzel, S. (2020). Exploring the association of community integration in mental health among formerly homeless individuals living in permanent supportive housing. *American Journal of Community Psychology*, 66(1-2), 3-13. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12459>
- Liu, J. J., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M., & Vickers, K. (2020). Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clinical psychology review*. <https://psycnet.apa.org/record/2013-21121-000>
- Lodi-Smith, J., & Crocetti, E. (2017). Self-concept clarity development across the lifespan. *Self-concept clarity: Perspectives on assessment, research, and applications*, 67-84. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71547-6_4

- Margaça, C., & Rodrigues, D. (2019). Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: revista de psicologia*, 31, 150-157. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
- Matel-Anderson, D. M., Bekhet, A. K., & Villarreal, M. G. (2019). Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western journal of nursing research*, 41(1), 25-41. <https://doi.org/10.1177/0193945918757988>
- Mauritz, M., & Van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.06.006>
- McGrath, L. B., & Kovacs, A. H. (2019). Psychological resilience: Significance for pediatric and adult congenital cardiology. *Progress in Pediatric Cardiology*, 54, 101129. <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2019.101129>
- Meesters, P. (2014). Late-life schizophrenia: Remission, recovery, resilience. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 423–426. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.01.009>
- Mejia-Lancheros, C., Woodhall-Melnik, J., Wang, R., Hwang, S. W., Stergiopoulos, V., & Durbin, A. (2021). Associations of resilience with quality of life levels in adults experiencing homelessness and mental illness: a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01713-z>
- Merriam-Webster (2024). Resilience. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>
- Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 276-288. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511994791.021>
- Millner, U. C., Woods, T., Furlong-Norman, K., Rogers, E. S., Rice, D., & Russinova, Z. (2019). Socially valued roles, self-determination, and community participation among individuals living with serious mental illnesses. *American journal of community psychology*, 63(1-2), 32-45. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12301>
- Moreira, J. M., & Canaipa, R. I. T. A. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(24), 23-58. https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portalf/95097593/Moreira_e_Canaipa.pdf

- Muris, P., & Otgaar, H. (2023). Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychology Research and Behavior Management*, 2961-2975. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455>
- Nelson, G. B., Kloos, B., & Ornelas, J. (2014). *Community psychology and community mental health: Towards transformative change*. Oxford University Press, USA.
- Nesbitt, A. E., Sabiston, C. M., Dejonge, M. L., Barbic, S. P., Kozloff, N., & Nalder, E. J. (2023). A scoping review of resilience among transition-age youth with serious mental illness: tensions, knowledge gaps, and future directions. *BMC psychiatry*, 23(1), 660. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05158-0>
- Ornelas, J. H., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community psychology and social change: a story from the field of mental health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. <https://www.gjcpp.org/en/article.php?issue=1&article=7>
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise psicológica*, 375-388. <http://hdl.handle.net/10400.12/5723>
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*, 23(5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Autoestima e sintomas de transtornos mentais na adolescência: variáveis associadas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Pan, D., & Sanchez, J. (2022). Testing Kumpfer's resilience model among adults with serious mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 65(4), 279-293. <https://doi.org/10.1177/00343552211006770>
- Panagou, C., & MacBeth, A. (2022). Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1626-1654. <https://doi.org/10.1002/cpp.2732>
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Autoestima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 174-179.

https://www.researchgate.net/publication/317471208_Validacao_da_Escala_de_Auto-estima_de_Rosenberg_com_adolescentes_Portugueses_em_contexto_forense_e_escolar

- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para adultos (ERA). *Imprensa da Universidade de Coimbra*, (Vol. 2016, pp. 37-62). https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_2
- Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E. K., Brighton, R., Sumskis, S., & Heffernan, T. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self-determination theory perspective. *Journal of Community Psychology*, 45(8), 1026-1032. <https://doi.org/10.1002/jcop.21908>
- Poloni, N., Zizolfi, D., Ielmini, M., Pagani, R., Caselli, I., Diurni, M., Milano, A., & Callegari, C. (2018). A naturalistic study on the relationship among resilient factors, psychiatric symptoms, and psychosocial functioning in a sample of residential patients with psychosis. *Psychology research and behavior management*, 123-131. <https://doi.org/10.2147/prbm.s159571>
- Qin, S., Sheehan, L., Yau, E., Chen, Y., Wang, Y., Deng, H., ... & Corrigan, P. (2023). Self-Stigma, Secrecy, and Disclosure Among Chinese with Serious Mental Illness. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01176-x>
- Rehman, A. U., You, X., Wang, Z., & Kong, F. (2023). The link between mindfulness and psychological well-being among university students: The mediating role of social connectedness and self-esteem. *Current Psychology*, 42(14), 11772-11781. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02428-6>
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. New York, NY, Basic Books.
- Salehi, A., Ehrlich, C., Kendall, E., & Sav, A. (2019). Bonding and bridging social capital in the recovery of severe mental illness: a synthesis of qualitative research. *Journal of Mental Health*, 28(3), 331-339. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466033>
- Sánchez, J., Estrada-Hernández, N., Booth, J., & Pan, D. (2021). Factor structure, internal reliability, and construct validity of the Brief Resilience Scale (BRS): A study on persons with serious mental illness living in the community. *Psychology and*

- Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 620-645.
<https://doi.org/10.1111/papt.12336>
- Seery, M. D., & Quinton, W. J. (2016). Understanding resilience: From negative life events to everyday stressors. *Advances in Experimental Social Psychology*, 181–245.
<https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2016.02.002>
- Sharma, S., Åkerlund, H., Liao, H. W., & Bluck, S. (2021). Life challenges and resilience: the role of perceived personality continuity. *Aging & mental health*, 25(11), 2090-2099.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.18863/pgy.1079332>
- Silvan-Ferrero, P., Holgado, P. F., Jiménez, J., & Pérez-Garın, D. (2022). Benefits of employment in people with mental illness: Differential mediating effects of internalized stigma on self-esteem. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(1), 119-134. <https://doi.org/10.1002/casp.2552>
- Silva, A. I. D. (2006). Envelhecimento: resiliência e espiritualidade.
<https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1229>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sowislo, J. F., and Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*. 139, 213–240.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028931>
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early intervention in psychiatry*, 13(4), 725-732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
- Supervía, P. U., Bordas, C. S., & Robres, A. Q. (2022). The Mediating Role of Self-Esteem in the Relationship Between Resilience and Satisfaction with Life in Adolescent Students. *Psychology Research and Behavior Management*, 1121-1129.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S361206>
- Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A., & Peddle, S. (2007). Housing for people with serious mental illness: A comparison of values and research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 125–137. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10464-007-9129-9>

- Tong, B., Sung, C., & Sánchez, J. (2019). Using the biopsychosocial model to predict sense of community for persons with serious mental illness. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581330>
- Torgalsbøen, A. K. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: does resilience matter?. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 5(4), 193-200. <https://doi.org/10.3371/csrp.5.4.3>
- Treichler, E. B., Li, F., O'Hare, M., Evans, E. A., Johnson, J. R., & Spaulding, W. D. (2019). Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 28(4), 427-435. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521932>
- Valentine, L., & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 21, 216-224. <https://doi.org/10.1080/01926189308250920>
- Vella, S. L. C., & Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239. <http://dx.doi.org/10.4103/amhs.amhs.119.19>
- Villalobos, H. P. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas en psicología*, 41(3), 22-31. <https://www.alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>
- Viscardi, L. H., Rosa, V., Vilanova, F., Grevet, E. H., DottoBau, C. H., Rodríguez-Lobato, M. I., ... & Costa, A. B. (2024). The association between personal stigma and adherence to treatment in patients diagnosed with bipolar mood disorder, attention deficit/hyperactivity disorder and schizophrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.37815>
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., B., F.-A., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W. W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360-367. <https://doi.org/10.1111/acps.12628>

- Walker, B. (2020). Resilience: what it is and is not. *Ecology and Society*.
<https://doi.org/10.5751/ES-11647-250211>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382 (9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)
- Wong, Y. L., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13–28.
<https://doi.org/10.1023/a:1014093008857>
- Yang, C., Zhou, Y., & Xia, M. (2020). How resilience promotes mental health of patients with DSM-5 substance use disorder? The mediation roles of positive affect, self-esteem, and perceived social support. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.588968>
- Yetim, O. (2022). Examining the relationships between stressful life event, resilience, self-esteem, trauma, and psychiatric symptoms in Syrian migrant adolescents living in Turkey. *International Journal of Adolescence and Youth*, 27(1), 221-234.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2022.2072749>
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of contemporary psychotherapy*, 41, 157-164.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10879-010-9167-8>
- Zizolfi, D., Poloni, N., Caselli, I., Ielmini, M., Lucca, G., Diurni, M., Cavallini, G., & Callegari, C. (2019). Resilience and recovery style: a retrospective study on associations among personal resources, symptoms, neurocognition, quality of life and psychosocial functioning in psychotic patients. *Psychology Research and Behavior Management*, 385-395. <https://doi.org/10.2147/prbm.s205424>

ANEXOS

Anexo A – Autorizações para Utilização das Escalas

Escala de Resiliência para Adultos (ERA)



Marco Pereira <marcopereira@fpce.uc.pt>

Para: Você

Cc: Marta Cristina Trindade Miguel

Boa tarde,

Agradeço o seu e-mail e interesse na ERA.

Convido-a a visitar o seguinte site, onde pode fazer o pedido de autorização e obter todo o material necessário relativo ao questionário: <http://www.fpce.uc.pt/saude/ERA.html>

Este pedido, no caso de estudantes, deve ser feito pela orientadora, a quem dou conhecimento. Ao fazerem o pedido e preencher o formulário online, não terão problemas em aceder ao material relativo à escala. Mais informo que no site consta o capítulo mais recente com toda a informação necessária sobre a ERA. Download aqui: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/47268>

Informo ainda que, sendo uma medida de avaliação psicológica, é importante ter em consideração todas as questões éticas relacionadas com a aplicação destas medidas. Mais informo que a colocação da medida em anexos de documentos ou trabalhos (e.g., teses) **não é autorizada**.

Com os melhores cumprimentos,
Marco Pereira

← ↶ ↷ ☰ ...
qui, 07/12/2023 06:18

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)



Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>

Para: Você

Cc: Marta Cristina Trindade Miguel

Cara Renata

Pode utilizar a validação portuguesa da RSES.
Abaixo tem um link de onde pode obter esse e outros artigos.
<https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Pechorro/research>

Cumprimentos,
pedro pechorro

← ↶ ↷ ☰ ...
qua, 06/12/2023 12:29

Escala de Provisões Sociais (EPS)

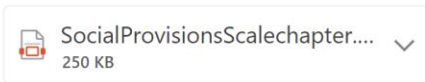


João Manuel Monteiro Da Silva Moreira <joao.moreira@edu.ulisboa.pt>

Para: Você



qui, 28/12/2023 07:08



Mostrar os 3 anexos (496 KB) Guardar tudo no OneDrive Transferir tudo

Cara Renata,

Peço desculpa pela demora na resposta. Tem a minha autorização para utilizar a escala. Junto envio a escala e a bibliografia sobre as versões original e portuguesa.

Boa sorte para o seu trabalho e Boas Festas,

João Moreira

João Manuel Moreira <jmmoreira@psicologia.ulisboa.pt> escreveu no dia quinta, 28/12/2023 à(s) 15:04:

Anexo B – Questionário

Resiliência, Autoestima e Apoio Social

Caro(a) participante,

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, realizado no ISPA – Instituto Universitário, e sob a orientação da Professora Doutora Marta Miguel, venho por este meio solicitar a sua participação no seguinte estudo intitulado “Relação entre a autoestima e a resiliência em pessoas com doença mental crónica: o apoio social percebido como fator mediador” que pretende explorar os traços de resiliência assim como os níveis de autoestima apresentados, considerando ainda o papel do apoio social nos aspetos referidos.

Para participar **é necessário ter no mínimo 18 anos, ser fluente em língua portuguesa e ter sido diagnosticado com doença mental.**

As respostas são anónimas e os dados recolhidos serão tratados de forma global e não individualmente. A sua participação é voluntária e pode desistir de participar a qualquer momento, sem consequências.

Não existem respostas certas ou erradas.

O preenchimento do questionário demora cerca de 20 minutos.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade!

Para qualquer esclarecimento pode sempre contactar-me através do seguinte endereço de e-mail (25834@alunos.ispa.pt) ou a orientadora do projeto (mmiguel@ispa.pt)

* Indica uma pergunta obrigatória

Li e concordo em participar no estudo. *

Sim

Não

Caracterização Sociodemográfica

Para fins de caracterização da amostra, peço-lhe que responda às seguintes questões:

Idade *

.....

Sexo atribuído à nascença: *

- Feminino
- Masculino

Nacionalidade: *

.....

Estado civil: *

- Solteiro (a)
- Casado (a) / União de facto
- Divorciado (a) ou Separado (a)
- Viúvo (a)

Composição do agregado familiar: *

- Vive sozinho/a
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 ou mais pessoas

Tem filhos? *

- Sim
- Não

Habilitações literárias: *

- Menos de 4 anos
- 1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6ºano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9ºano)
- Ensino Secundário (12ºano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Pós-graduação
- Doutoramento
- Curso Técnico-Profissional

Frequenta ou já frequentou algum tipo de programa/associação de apoio a pessoas com doença mental? *

Sim

Não

RESILIÊNCIA

A divulgação da ERA não é autorizada.

AUTOESTIMA

Para cada item selecione a opção que corresponde à conceção de valor que tem por si próprio(a):

*

	Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que tenho um bom número de qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).

Sinto-me por vezes inútil.

Por vezes penso que não sou nada bom (a).

PROVISÕES SOCIAIS

Ao responder ao seguinte conjunto de questões, pense nas suas atuais relações com amigos, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade, etc.

Usando a escala apresentada em baixo, assinale um número junto a cada item, que indique o grau em que concorda que o item descreve a sua atual relação com as outras pessoas.

Por exemplo, se concordasse fortemente com o item 1, assinalaria o quadrado junto do número 4. Se discordasse, assinalaria o número 2, e assim sucessivamente.

1 - Discordo fortemente, 2 - Discordo, 3 - Concordo, 4 - Concordo fortemente

1. Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

2. Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

3. Não há ninguém a quem eu possa recorrer para me aconselhar em alturas de stress. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

4. Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

5. Há pessoas que apreciam as mesmas atividades sociais que eu. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

6. As outras pessoas não me vêem como competente. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

7. Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

8. Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

9. Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

10. Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

11. Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

12. Há alguém com quem eu poderia falar acerca de importantes decisões na minha vida. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

13. Tenho relações nas quais a minha competência e habilidade são reconhecidas. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

14. Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

15. Não há ninguém que realmente conte comigo para o seu bem-estar. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

16. Há uma pessoa digna de confiança a quem eu poderia recorrer para me aconselhar se eu estivesse a ter problemas. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

17. Sinto uma forte ligação emocional com pelo menos uma outra pessoa. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

18. Não há ninguém com quem eu possa contar para me ajudar se eu necessitar realmente. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

19. Não há ninguém com quem eu me sinta confortável a falar acerca dos meus problemas. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

20. Há pessoas que admiram os meus talentos e capacidades. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

21. Sinto falta de um sentimento de intimidade com outra pessoa. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

22. Não há ninguém que goste de fazer as coisas que eu faço. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

23. Há pessoas com quem eu posso contar numa emergência. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

24. Ninguém tem necessidade de que eu me preocupe com ele/ela. *

- 1 - Discordo fortemente
- 2 - Discordo
- 3 - Concordo
- 4 - Concordo fortemente

Chegou ao fim do questionário.

Muito obrigada pela sua contribuição!

Anexo C – Outputs da Análise Descritiva das Variáveis de Caracterização Sociodemográfica

Statistics

Idade

N	Valid	111
	Missing	0
Mean		47.50
Std. Deviation		11.365
Skewness		-.843
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		.492
Std. Error of Kurtosis		.455
Minimum		18
Maximum		71

Statistics

Sexo

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		2.00
Skewness		-.674
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		-1.575
Std. Error of Kurtosis		.455

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	38	34.2	34.2	34.2
	Masculino	73	65.8	65.8	100.0
Total		111	100.0	100.0	

Statistics

Nacionalidade

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		1.00
Skewness		7.056
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		53.168
Std. Error of Kurtosis		.455

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	108	97.3	97.3	97.3
	Brasileira	2	1.8	1.8	99.1
	Cabo-verdiana	1	.9	.9	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Estadocivil

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		1.00
Skewness		1.380
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		.192
Std. Error of Kurtosis		.455

Estadocivil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro (a)	81	73.0	73.0	73.0
	Casado (a)/União de facto	12	10.8	10.8	83.8
	Divorciado (a) ou Separado (a)	18	16.2	16.2	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Composição do agregado familiar

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		1.00
Skewness		.470
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		-.907
Std. Error of Kurtosis		.455

Composição do agregado familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vive sozinho	33	29.7	29.7	29.7
	2 pessoas	26	23.4	23.4	53.2
	3 pessoas	26	23.4	23.4	76.6
	4 pessoas	13	11.7	11.7	88.3
	5 ou mais pessoas	13	11.7	11.7	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Temfilhos

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		2.00
Skewness		-1.334
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		-.226
Std. Error of Kurtosis		.455

Temfilhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	22.5	22.5	22.5
	Não	86	77.5	77.5	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Habilitações literárias

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		4.00
Skewness		.841
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		1.331
Std. Error of Kurtosis		.455

Habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 4 anos	6	5.4	5.4	5.4
	1º ciclo ensino básico	15	13.5	13.5	18.9
	2º ciclo ensino básico	6	5.4	5.4	24.3
	3º ciclo ensino básico	31	27.9	27.9	52.3
	Ensino Secundário	25	22.5	22.5	74.8
	Licenciatura	15	13.5	13.5	88.3
	Mestrado	3	2.7	2.7	91.0
	Pós-graduação	4	3.6	3.6	94.6
	Doutoramento	1	.9	.9	95.5
	Curso Técnico-profissional	2	1.8	1.8	97.3
	Outro	3	2.7	2.7	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Situação profissional

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		4.00
Skewness		-1.114
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		1.040
Std. Error of Kurtosis		.455

Situação profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	5	4.5	4.5	4.5
	Trabalhador-Estudante	5	4.5	4.5	9.0
	Trabalhador	18	16.2	16.2	25.2
	Desempregado (a)	46	41.4	41.4	66.7
	Reformado (a)	37	33.3	33.3	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Statistics

Frequentou já frequentou associação

N	Valid	111
	Missing	0
Mode		1.00
Skewness		3.644
Std. Error of Skewness		.229
Kurtosis		11.489
Std. Error of Kurtosis		.455

Frequentou já frequentou associação de apoio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	104	93.7	93.7	93.7
	Não	7	6.3	6.3	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Anexo D – Outputs da Análise Descritiva: ERA, EAR, EPS

Descriptive Statistics

	N Statistic	Minimum Statistic	Maximum Statistic	Mean Statistic	Std. Deviation Statistic	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ERA	111	62.00	217.00	143.8559	31.36003	.245	.229	.043	.455
Valid N (listwise)	111								

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ERA	.064	111	.200*	.985	111	.271

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N Statistic	Minimum Statistic	Maximum Statistic	Mean Statistic	Std. Deviation Statistic	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
EAR	111	20.00	33.00	25.0991	2.20312	.506	.229	1.155	.455
Valid N (listwise)	111								

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EAR	.125	111	<.001	.965	111	.005

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N Statistic	Minimum Statistic	Maximum Statistic	Mean Statistic	Std. Deviation Statistic	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
EPS	111	42.00	96.00	70.0270	10.27128	.209	.229	-.047	.455
Valid N (listwise)	111								

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EPS	.062	111	.200*	.990	111	.566

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Anexo E – Outputs da Análise de Correlação

Correlations

			ERA	EAR
Spearman's rho	ERA	Correlation Coefficient	1.000	-.229*
		Sig. (2-tailed)	.	.016
		N	111	111
	EAR	Correlation Coefficient	-.229*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.016	.
		N	111	111

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		ERA	EPS
ERA	Pearson Correlation	1	.577**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	111	111
EPS	Pearson Correlation	.577**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	111	111

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			EAR	EPS
Spearman's rho	EAR	Correlation Coefficient	1.000	-.361**
		Sig. (2-tailed)	.	<.001
		N	111	111
	EPS	Correlation Coefficient	-.361**	1.000
		Sig. (2-tailed)	<.001	.
		N	111	111

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo F – Outputs da Análise de Regressão

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.215 ^a	.046	.038	30.76550

a. Predictors: (Constant), EAR

b. Dependent Variable: ERA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5009.422	1	5009.422	5.292	.023 ^b
	Residual	103170.271	109	946.516		
	Total	108179.694	110			

a. Dependent Variable: ERA

b. Predictors: (Constant), EAR

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	220.737	33.546		6.580	<.001
	EAR	-3.063	1.331	-.215	-2.301	.023

a. Dependent Variable: ERA

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.577 ^a	.333	.327	25.72705

a. Predictors: (Constant), EPS

b. Dependent Variable: ERA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	36034.658	1	36034.658	54.443	<.001 ^b
	Residual	72145.035	109	661.881		
	Total	108179.694	110			

a. Dependent Variable: ERA

b. Predictors: (Constant), EPS

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	20.459	16.901		1.210	.229
	EPS	1.762	.239	.577	7.379	<.001

a. Dependent Variable: ERA

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.428 ^a	.183	.175	2.00069

a. Predictors: (Constant), EPS

b. Dependent Variable: EAR

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	97.608	1	97.608	24.385	<.001 ^b
	Residual	436.302	109	4.003		
	Total	533.910	110			

a. Dependent Variable: EAR

b. Predictors: (Constant), EPS

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	31.521	1.314		23.983	<.001
	EPS	-.092	.019	-.428	-4.938	<.001

a. Dependent Variable: EAR

Anexo G – Outputs da Análise de Mediação

Model : 4
 Y : ERA
 X : EAR
 M : EPS

OUTCOME VARIABLE:

EPS

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
.428	.183	87.003	24.385	1.000	109.000	.000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	120.060	10.171	11.805	.000	99.902	140.217
EAR	-1.993	.404	-4.938	.000	-2.793	-1.193

Standardized coefficients

EAR -.428

OUTCOME VARIABLE:

ERA

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
.578	.334	666.787	27.120	2.000	108.000	.000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3.118	42.500	.073	.942	-81.124	87.360
EAR	.550	1.236	.445	.657	-1.900	3.001
EPS	1.813	.265	6.836	.000	1.287	2.338

Standardized coefficients

EAR .039

EPS .594

OUTCOME VARIABLE:

ERA

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
.215	.046	946.516	5.292	1.000	109.000	.023

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	220.737	33.546	6.580	.000	154.250	287.224
EAR	-3.063	1.331	-2.301	.023	-5.702	-.424

Standardized coefficients

EAR -.215

Total effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI	c_cs
-3.063	1.331	-2.301	.023	-5.702	-.424	-.215

Direct effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI	c'_cs
.550	1.236	.445	.657	-1.900	3.001	.039

Indirect effect(s) of X on Y:

Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
EPS -3.613	.921	-5.477	-1.917

Completely standardized indirect effect(s) of X on Y:

Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
EPS -.254	.066	-.384	-.130

OUTCOME VARIABLE:

EPS

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	120.060	119.755	11.103	97.706	141.321
EAR	-1.993	-1.981	.434	-2.823	-1.120

OUTCOME VARIABLE:

ERA

	Coeff	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
constant	3.118	6.307	36.139	-61.747	80.119
EAR	.550	.422	1.157	-2.036	2.568
EPS	1.813	1.812	.250	1.295	2.277

Anexo H – Outputs da Análise de Variância Multivariada

Sexo

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	1.986
F	.320
df1	6
df2	37001.409
Sig.	.927

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design:
Intercept +
Sexoatribuído
ânascença

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Intercept	Pillai's Trace	.996	9670.117 ^b	3.000	107.000	<.001	.996	29010.350	1.000
	Wilks' Lambda	.004	9670.117 ^b	3.000	107.000	<.001	.996	29010.350	1.000
	Hotelling's Trace	271.125	9670.117 ^b	3.000	107.000	<.001	.996	29010.350	1.000
	Roy's Largest Root	271.125	9670.117 ^b	3.000	107.000	<.001	.996	29010.350	1.000
Sexoatribuídoânascença	Pillai's Trace	.025	.905 ^b	3.000	107.000	.441	.025	2.715	.243
	Wilks' Lambda	.975	.905 ^b	3.000	107.000	.441	.025	2.715	.243
	Hotelling's Trace	.025	.905 ^b	3.000	107.000	.441	.025	2.715	.243
	Roy's Largest Root	.025	.905 ^b	3.000	107.000	.441	.025	2.715	.243

a. Design: Intercept + Sexoatribuídoânascença

b. Exact statistic

c. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	4.382	1	109	.039
	Based on Median	3.961	1	109	.049
	Based on Median and with adjusted df	3.961	1	107.564	.049
	Based on trimmed mean	4.370	1	109	.039
EAR	Based on Mean	.032	1	109	.858
	Based on Median	.000	1	109	.996
	Based on Median and with adjusted df	.000	1	104.857	.996
	Based on trimmed mean	.018	1	109	.893
EPS	Based on Mean	.048	1	109	.827
	Based on Median	.027	1	109	.870
	Based on Median and with adjusted df	.027	1	108.273	.870
	Based on trimmed mean	.043	1	109	.837

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Sexoatribuídoânascença

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	462.223 ^a	1	462.223	.468	.495	.004	.468	.104
	EAR	12.629 ^b	1	12.629	2.641	.107	.024	2.641	.364
	EPS	77.373 ^c	1	77.373	.732	.394	.007	.732	.136
Intercept	ERA	2088251.628	1	2088251.628	2113.115	<.001	.951	2113.115	1.000
	EAR	62412.629	1	62412.629	13050.511	<.001	.992	13050.511	1.000
	EPS	494093.229	1	494093.229	4671.954	<.001	.977	4671.954	1.000
Sexoatribuídoànascença	ERA	462.223	1	462.223	.468	.495	.004	.468	.104
	EAR	12.629	1	12.629	2.641	.107	.024	2.641	.364
	EPS	77.373	1	77.373	.732	.394	.007	.732	.136
Error	ERA	107717.471	109	988.234					
	EAR	521.280	109	4.782					
	EPS	11527.546	109	105.757					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

- a. R Squared = .004 (Adjusted R Squared = -.005)
- b. R Squared = .024 (Adjusted R Squared = .015)
- c. R Squared = .007 (Adjusted R Squared = -.002)
- d. Computed using alpha = .05

Nacionalidade

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Intercept	Pillai's Trace	.943	589.610 ^b	3.000	106.000	<.001	.943	1768.829	1.000
	Wilks' Lambda	.057	589.610 ^b	3.000	106.000	<.001	.943	1768.829	1.000
	Hotelling's Trace	16.687	589.610 ^b	3.000	106.000	<.001	.943	1768.829	1.000
	Roy's Largest Root	16.687	589.610 ^b	3.000	106.000	<.001	.943	1768.829	1.000
Nacionalidade	Pillai's Trace	.014	.258	6.000	214.000	.956	.007	1.546	.119
	Wilks' Lambda	.986	.255 ^b	6.000	212.000	.957	.007	1.532	.118
	Hotelling's Trace	.014	.253	6.000	210.000	.958	.007	1.518	.117
	Roy's Largest Root	.010	.347 ^c	3.000	107.000	.791	.010	1.041	.116

- a. Design: Intercept + Nacionalidade
- b. Exact statistic
- c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.
- d. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
EAR	Based on Mean	1.317	1	108	.254
	Based on Median	1.234	1	108	.269
	Based on Median and with adjusted df	1.234	1	107.000	.269
	Based on trimmed mean	1.258	1	108	.264
ERA	Based on Mean	.759	1	108	.386
	Based on Median	.728	1	108	.395
	Based on Median and with adjusted df	.728	1	107.000	.395
	Based on trimmed mean	.754	1	108	.387
EPS	Based on Mean	.135	1	108	.714
	Based on Median	.134	1	108	.715
	Based on Median and with adjusted df	.134	1	107.000	.715
	Based on trimmed mean	.135	1	108	.714

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

- a. Design: Intercept + Nacionalidade

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	EAR	.336 ^a	2	.168	.034	.967	.001	.068	.055
	ERA	520.527 ^b	2	260.264	.261	.771	.005	.522	.090
	EPS	65.345 ^c	2	32.672	.306	.737	.006	.612	.098
Intercept	EAR	3786.122	1	3786.122	766.344	<.001	.876	766.344	1.000
	ERA	139018.456	1	139018.456	139.459	<.001	.564	139.459	1.000
	EPS	31317.337	1	31317.337	293.102	<.001	.731	293.102	1.000
Nacionalidade	EAR	.336	2	.168	.034	.967	.001	.068	.055
	ERA	520.527	2	260.264	.261	.771	.005	.522	.090
	EPS	65.345	2	32.672	.306	.737	.006	.612	.098
Error	EAR	533.574	108	4.941					
	ERA	107659.167	108	996.844					
	EPS	11539.574	108	106.848					
Total	EAR	70460.000	111						
	ERA	2405270.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	EAR	533.910	110						
	ERA	108179.694	110						
	EPS	11604.919	110						

- a. R Squared = .001 (Adjusted R Squared = -.018)
- b. R Squared = .005 (Adjusted R Squared = -.014)
- c. R Squared = .006 (Adjusted R Squared = -.013)
- d. Computed using alpha = .05

Estado civil

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	34.189
F	2.606
df1	12
df2	4724.227
Sig.	.002

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

- a. Design: Intercept + Estadocivil

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Intercept	Pillai's Trace	.994	5682.682 ^b	3.000	106.000	<.001	.994	17048.045	1.000
	Wilks' Lambda	.006	5682.682 ^b	3.000	106.000	<.001	.994	17048.045	1.000
	Hotelling's Trace	160.831	5682.682 ^b	3.000	106.000	<.001	.994	17048.045	1.000
	Roy's Largest Root	160.831	5682.682 ^b	3.000	106.000	<.001	.994	17048.045	1.000
Estadocivil	Pillai's Trace	.020	.359	6.000	214.000	.904	.010	2.153	.151
	Wilks' Lambda	.980	.356 ^b	6.000	212.000	.906	.010	2.138	.151
	Hotelling's Trace	.020	.354	6.000	210.000	.907	.010	2.123	.150
	Roy's Largest Root	.017	.617 ^c	3.000	107.000	.606	.017	1.850	.175

- a. Design: Intercept + Estadocivil
- b. Exact statistic
- c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.
- d. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	1.569	2	108	.213
	Based on Median	1.416	2	108	.247
	Based on Median and with adjusted df	1.416	2	105.738	.247
	Based on trimmed mean	1.567	2	108	.213
EAR	Based on Mean	.421	2	108	.657
	Based on Median	.364	2	108	.696
	Based on Median and with adjusted df	.364	2	104.019	.696
	Based on trimmed mean	.368	2	108	.693
EPS	Based on Mean	2.416	2	108	.094
	Based on Median	1.974	2	108	.144
	Based on Median and with adjusted df	1.974	2	99.043	.144
	Based on trimmed mean	2.239	2	108	.112

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Estadocivil

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	1135.836 ^a	2	567.918	.573	.566	.010	1.146	.143
	EAR	4.154 ^b	2	2.077	.423	.656	.008	.847	.117
	EPS	163.876 ^c	2	81.938	.773	.464	.014	1.547	.179
Intercept	ERA	1282682.086	1	1282682.086	1294.139	<.001	.923	1294.139	1.000
	EAR	36976.848	1	36976.848	7538.373	<.001	.986	7538.373	1.000
	EPS	300739.078	1	300739.078	2838.886	<.001	.963	2838.886	1.000
Estadocivil	ERA	1135.836	2	567.918	.573	.566	.010	1.146	.143
	EAR	4.154	2	2.077	.423	.656	.008	.847	.117
	EPS	163.876	2	81.938	.773	.464	.014	1.547	.179
Error	ERA	107043.858	108	991.147					
	EAR	529.756	108	4.905					
	EPS	11441.043	108	105.936					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

a. R Squared = .010 (Adjusted R Squared = -.008)

b. R Squared = .008 (Adjusted R Squared = -.011)

c. R Squared = .014 (Adjusted R Squared = -.004)

d. Computed using alpha = .05

Composição do Agregado Familiar

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	27.093
F	1.045
df1	24
df2	11802.876
Sig.	.402

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design:
Intercept +
Composição do agregado familiar

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Intercept	Pillai's Trace	.996	9301.797 ^b	3.000	104.000	<.001	.996	27905.390	1.000
	Wilks' Lambda	.004	9301.797 ^b	3.000	104.000	<.001	.996	27905.390	1.000
	Hotelling's Trace	268.321	9301.797 ^b	3.000	104.000	<.001	.996	27905.390	1.000
	Roy's Largest Root	268.321	9301.797 ^b	3.000	104.000	<.001	.996	27905.390	1.000
Composição do agregado familiar	Pillai's Trace	.079	.720	12.000	318.000	.732	.026	8.635	.420
	Wilks' Lambda	.922	.716	12.000	275.450	.736	.027	7.563	.364
	Hotelling's Trace	.083	.712	12.000	308.000	.739	.027	8.549	.416
	Roy's Largest Root	.062	1.653 ^c	4.000	106.000	.167	.059	6.611	.493

a. Design: Intercept + Composição do agregado familiar

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	1.086	4	106	.367
	Based on Median	.884	4	106	.476
	Based on Median and with adjusted df	.884	4	97.857	.476
	Based on trimmed mean	1.119	4	106	.351
EAR	Based on Mean	2.962	4	106	.023
	Based on Median	2.561	4	106	.043
	Based on Median and with adjusted df	2.561	4	84.869	.044
	Based on trimmed mean	2.753	4	106	.032
EPS	Based on Mean	1.531	4	106	.199
	Based on Median	1.241	4	106	.298
	Based on Median and with adjusted df	1.241	4	97.902	.299
	Based on trimmed mean	1.523	4	106	.201

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Composição do agregado familiar

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	4481.297 ^a	4	1120.324	1.145	.339	.041	4.581	.349
	EAR	12.510 ^b	4	3.128	.636	.638	.023	2.543	.202
	EPS	112.540 ^c	4	28.135	.260	.903	.010	1.038	.105
Intercept	ERA	2017593.101	1	2017593.101	2062.374	<.001	.951	2062.374	1.000
	EAR	60297.712	1	60297.712	12258.459	<.001	.991	12258.459	1.000
	EPS	470172.359	1	470172.359	4336.637	<.001	.976	4336.637	1.000
Composição do agregado familiar	ERA	4481.297	4	1120.324	1.145	.339	.041	4.581	.349
	EAR	12.510	4	3.128	.636	.638	.023	2.543	.202
	EPS	112.540	4	28.135	.260	.903	.010	1.038	.105
Error	ERA	103698.396	106	978.287					
	EAR	521.400	106	4.919					
	EPS	11492.379	106	108.419					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

- a. R Squared = .041 (Adjusted R Squared = .005)
- b. R Squared = .023 (Adjusted R Squared = -.013)
- c. R Squared = .010 (Adjusted R Squared = -.028)
- d. Computed using alpha = .05

Filhos

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	4.942
F	.784
df1	6
df2	11675.735
Sig.	.583

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

- a. Design: Intercept + Temfilhos

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Intercept	Pillai's Trace	.995	7455.307 ^b	3.000	107.000	<.001	.995	22365.920	1.000
	Wilks' Lambda	.005	7455.307 ^b	3.000	107.000	<.001	.995	22365.920	1.000
	Hotelling's Trace	209.027	7455.307 ^b	3.000	107.000	<.001	.995	22365.920	1.000
	Roy's Largest Root	209.027	7455.307 ^b	3.000	107.000	<.001	.995	22365.920	1.000
Temfilhos	Pillai's Trace	.005	.193 ^b	3.000	107.000	.901	.005	.580	.085
	Wilks' Lambda	.995	.193 ^b	3.000	107.000	.901	.005	.580	.085
	Hotelling's Trace	.005	.193 ^b	3.000	107.000	.901	.005	.580	.085
	Roy's Largest Root	.005	.193 ^b	3.000	107.000	.901	.005	.580	.085

- a. Design: Intercept + Temfilhos
- b. Exact statistic
- c. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	.294	1	109	.588
	Based on Median	.173	1	109	.678
	Based on Median and with adjusted df	.173	1	108.872	.678
	Based on trimmed mean	.292	1	109	.590
EAR	Based on Mean	1.453	1	109	.231
	Based on Median	1.434	1	109	.234
	Based on Median and with adjusted df	1.434	1	108.152	.234
	Based on trimmed mean	1.514	1	109	.221
EPS	Based on Mean	1.334	1	109	.251
	Based on Median	.986	1	109	.323
	Based on Median and with adjusted df	.986	1	105.713	.323
	Based on trimmed mean	1.289	1	109	.259

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Temfilhos

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	520.380 ^a	1	520.380	.527	.469	.005	.527	.111
	EAR	.014 ^b	1	.014	.003	.957	.000	.003	.050
	EPS	4.833 ^c	1	4.833	.045	.832	.000	.045	.055
Intercept	ERA	1571767.659	1	1571767.659	1591.341	<.001	.936	1591.341	1.000
	EAR	48836.915	1	48836.915	9970.529	<.001	.989	9970.529	1.000
	EPS	378444.905	1	378444.905	3556.051	<.001	.970	3556.051	1.000
Temfilhos	ERA	520.380	1	520.380	.527	.469	.005	.527	.111
	EAR	.014	1	.014	.003	.957	.000	.003	.050
	EPS	4.833	1	4.833	.045	.832	.000	.045	.055
Error	ERA	107659.313	109	987.700					
	EAR	533.896	109	4.898					
	EPS	11600.086	109	106.423					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

a. R Squared = .005 (Adjusted R Squared = -.004)

b. R Squared = .000 (Adjusted R Squared = -.009)

c. R Squared = .000 (Adjusted R Squared = -.009)

d. Computed using alpha = .05

Habilitações Literárias

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	65.727
F	1.468
df1	36
df2	1365.205
Sig.	.037

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Habilitações literárias

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Intercept	Pillai's Trace	.991	3726.608 ^b	3.000	98.000	<.001	.991	11179.824	1.000
	Wilks' Lambda	.009	3726.608 ^b	3.000	98.000	<.001	.991	11179.824	1.000
	Hotelling's Trace	114.080	3726.608 ^b	3.000	98.000	<.001	.991	11179.824	1.000
	Roy's Largest Root	114.080	3726.608 ^b	3.000	98.000	<.001	.991	11179.824	1.000
Habilitações literárias	Pillai's Trace	.127	.441	30.000	300.000	.996	.042	13.218	.415
	Wilks' Lambda	.878	.436	30.000	288.325	.996	.042	12.793	.399
	Hotelling's Trace	.134	.432	30.000	290.000	.996	.043	12.958	.405
	Roy's Largest Root	.081	.810 ^c	10.000	100.000	.619	.075	8.104	.402

a. Design: Intercept + Habilitações literárias

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	1.164	9	100	.327
	Based on Median	.947	9	100	.489
	Based on Median and with adjusted df	.947	9	85.557	.490
	Based on trimmed mean	1.178	9	100	.317
EAR	Based on Mean	1.244	9	100	.278
	Based on Median	1.123	9	100	.354
	Based on Median and with adjusted df	1.123	9	82.208	.356
	Based on trimmed mean	1.205	9	100	.301
EPS	Based on Mean	1.792	9	100	.079
	Based on Median	1.105	9	100	.366
	Based on Median and with adjusted df	1.105	9	62.110	.373
	Based on trimmed mean	1.716	9	100	.095

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Habilitações literárias

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	2831.846 ^a	10	283.185	.269	.987	.026	2.688	.141
	EAR	35.578 ^b	10	3.558	.714	.710	.067	7.139	.353
	EPS	418.376 ^c	10	41.838	.374	.955	.036	3.740	.186
Intercept	ERA	883416.005	1	883416.005	838.571	<.001	.893	838.571	1.000
	EAR	25185.990	1	25185.990	5054.061	<.001	.981	5054.061	1.000
	EPS	205511.281	1	205511.281	1837.129	<.001	.948	1837.129	1.000
Habilitações/letrárias	ERA	2831.846	10	283.185	.269	.987	.026	2.688	.141
	EAR	35.578	10	3.558	.714	.710	.067	7.139	.353
	EPS	418.376	10	41.838	.374	.955	.036	3.740	.186
Error	ERA	105347.848	100	1053.478					
	EAR	498.332	100	4.983					
	EPS	11186.543	100	111.865					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

- a. R Squared = .026 (Adjusted R Squared = -.071)
- b. R Squared = .067 (Adjusted R Squared = -.027)
- c. R Squared = .036 (Adjusted R Squared = -.060)
- d. Computed using alpha = .05

Situação profissional

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	23.814
F	.806
df1	24
df2	939.893
Sig.	.732

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

- a. Design: Intercept + Situação profissional

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Intercept	Pillai's Trace	.993	4784.217 ^b	3.000	104.000	<.001	.993	14352.650	1.000
	Wilks' Lambda	.007	4784.217 ^b	3.000	104.000	<.001	.993	14352.650	1.000
	Hotelling's Trace	138.006	4784.217 ^b	3.000	104.000	<.001	.993	14352.650	1.000
	Roy's Largest Root	138.006	4784.217 ^b	3.000	104.000	<.001	.993	14352.650	1.000
Situação profissional	Pillai's Trace	.098	.892	12.000	318.000	.556	.033	10.702	.523
	Wilks' Lambda	.905	.882	12.000	275.450	.565	.033	9.318	.452
	Hotelling's Trace	.102	.873	12.000	308.000	.575	.033	10.473	.511
	Roy's Largest Root	.061	1.612 ^c	4.000	106.000	.177	.057	6.448	.482

- a. Design: Intercept + Situação profissional
- b. Exact statistic
- c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.
- d. Computed using alpha = .05

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ERA	Based on Mean	.981	4	106	.421
	Based on Median	.887	4	106	.474
	Based on Median and with adjusted df	.887	4	101.768	.475
	Based on trimmed mean	.975	4	106	.424
EAR	Based on Mean	.377	4	106	.824
	Based on Median	.252	4	106	.908
	Based on Median and with adjusted df	.252	4	96.399	.908
	Based on trimmed mean	.361	4	106	.836
EPS	Based on Mean	.361	4	106	.836
	Based on Median	.398	4	106	.810
	Based on Median and with adjusted df	.398	4	103.511	.810
	Based on trimmed mean	.366	4	106	.833

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Situaçãoprofissional

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^d
Corrected Model	ERA	5329.790 ^a	4	1332.447	1.373	.248	.049	5.493	.415
	EAR	13.324 ^b	4	3.331	.678	.609	.025	2.713	.214
	EPS	588.160 ^c	4	147.040	1.415	.234	.051	5.659	.427
Intercept	ERA	1100333.262	1	1100333.262	1134.034	<.001	.915	1134.034	1.000
	EAR	30688.449	1	30688.449	6248.677	<.001	.983	6248.677	1.000
	EPS	258359.850	1	258359.850	2485.862	<.001	.959	2485.862	1.000
Situaçãoprofissional	ERA	5329.790	4	1332.447	1.373	.248	.049	5.493	.415
	EAR	13.324	4	3.331	.678	.609	.025	2.713	.214
	EPS	588.160	4	147.040	1.415	.234	.051	5.659	.427
Error	ERA	102849.904	106	970.282					
	EAR	520.586	106	4.911					
	EPS	11016.759	106	103.932					
Total	ERA	2405270.000	111						
	EAR	70460.000	111						
	EPS	555925.000	111						
Corrected Total	ERA	108179.694	110						
	EAR	533.910	110						
	EPS	11604.919	110						

a. R Squared = .049 (Adjusted R Squared = .013)

b. R Squared = .025 (Adjusted R Squared = -.012)

c. R Squared = .051 (Adjusted R Squared = .015)

d. Computed using alpha = .05