

Editoras:

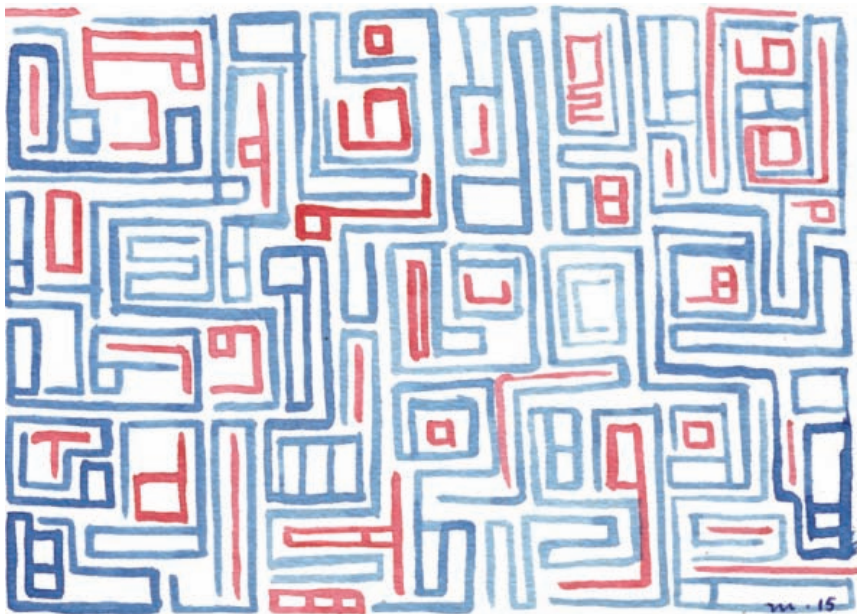
Maria Luísa Lima  
Sibila Marques  
Sónia F. Bernardes  
Sabina Pereira

Volume

2

# Psicologia Social da Saúde

Investigação e Intervenção  
em Portugal



EDIÇÕES SÍLABO



# **Psicologia Social da Saúde**

**Investigação e Intervenção em Portugal**

**Volume 2**

Organizadoras:

MARIA LUÍSA LIMA

SIBILA MARQUES

SÓNIA F. BERNARDES

SABINA PEREIRA

*EDIÇÕES SÍLABO*

É expressamente proibido reproduzir, no todo ou em parte, sob qualquer forma ou meio, **NOMEADAMENTE FOTOCÓPIA**, esta obra. As transgressões serão passíveis das penalizações previstas na legislação em vigor.

Visite a Sílabo na rede  
[www.silabo.pt](http://www.silabo.pt)

Editor: Manuel Robalo

#### FICHA TÉCNICA

Título: Psicologia Social da Saúde – Investigação e Intervenção em Portugal – Volume 2

Autores: Vários

© Edições Sílabo, Lda.

Capa: Pedro Mota

Ilustração da capa: Maria Côrte-Real

1ª Edição – Lisboa, dezembro de 2016.

Impressão e acabamentos: Cafilesa – Soluções Gráficas, Lda.

Depósito Legal: 376098/14

ISBN: 978-972-618-868-1 (Volume 2)

ISBN: 978-972-618-759-2 (Obra completa)

*EDIÇÕES SÍLABO, LDA.*

R. Cidade de Manchester, 2

1170-100 Lisboa

Telf.: 218130345

Fax: 218166719

e-mail: [silabo@silabo.pt](mailto:silabo@silabo.pt)

[www.silabo.pt](http://www.silabo.pt)

# Índice

Lista de autores 7

Lista dos revisores 9

## Introdução

---

**Os laços sociais como sementes de saúde** 11

Maria Luísa Lima • Sibila Marques • Sónia Bernardes • Sabina Pereira

## Capítulo 1

---

**Crença no mundo justo, *coping* e bem-estar em vítimas de *bullying*** 15

Inês Vicente • Isabel Correia

## Capítulo 2

---

**«O meu e o dos outros» – Avaliação de normas de consumo de álcool em estudantes universitários** 29

Sabina Pereira • Maria Luísa Lima

## Capítulo 3

---

**Jovem, licenciado e desempregado – Discriminação face à idade e consequências para a saúde** 51

Ana Lourenço • João Mariano • Sibila Marques

## Capítulo 4

---

**Discriminação em relação às pessoas jovens – Efeitos da avaliação de legitimidade da discriminação na identificação com o grupo, bem-estar e expectativas de futuro** 67

Joana Paixão • Sibila Marques • Miguel R. Ramos

Capítulo 5

---

***Mindfulness* parental e stress parental – Relação com a qualidade de vida em famílias de crianças com necessidades especiais**

85

Sandra Brigas • Carla Moleiro

Capítulo 6

---

**Que características das famílias estão associadas a indicadores de saúde de pessoas com doença mental grave? – Estudo da coesão e flexibilidade familiares**

103

Cristina Bento • Carla Moleiro

# Lista de autores

- ANA LOURENÇO, Mestre em Psicologia Social da Saúde pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- CARLA MOLEIRO, Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia Social e das Organizações e Investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- CRISTINA BENTO, Mestre em Psicologia Social da Saúde pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa e Enfermeira Especialista em Saúde Mental.
- INÊS VICENTE, Mestre em Psicologia Social e das Organizações pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- ISABEL CORREIA, Professora Associada (com Agregação) no Departamento de Psicologia Social e das Organizações e Investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- JOANA PAIXÃO, Investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- JOÃO MARIANO, Investigador do Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa.
- MARIA LUÍSA LIMA, Professora Catedrática no Departamento de Psicologia Social e das Organizações e Investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- MIGUEL R. RAMOS, University of Oxford, Investigador no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- SABINA PEREIRA, Mestre em Psicologia Social da Saúde pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- SANDRA BRIGAS, Mestre em Psicologia Social e das Organizações pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- SIBILA MARQUES, Investigadora Pós-Doc do Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- SÓNIA BERNARDES, Professora Auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional e Investigadora na Business Research Unit (BRU-IUL), do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).





# Lista dos revisores

CARLA FUGAS, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

CRISTINA CAMILO, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

ISABEL CORREIA, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

JOANA ALEXANDRE, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

MANUELA CALHEIROS, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

MARIA FERNANDES JESUS, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

MELANIE VAUCLAIR, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

MIGUEL RAMOS, University of Oxford.

MIRIAM ROSA, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

PATRÍCIA ARRIAGA, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

RAQUEL RAIMUNDO, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

RICARDO RODRIGUES, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

SALOMÉ VIEIRA SANTOS, Universidade de Lisboa.

SIBILA MARQUES, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

SUSANA CARVALHOSA, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

TÂNIA GASPAR, Universidade Lusfada de Lisboa.



Introdução

# Os laços sociais como sementes de saúde

Maria Luísa Lima • Sibila Marques • Sónia Bernardes • Sabina Pereira

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIS-IUL, Lisboa

Quando pensamos num momento inesquecível da nossa vida, normalmente não estamos sozinhos. Quando pensamos nos piores momentos que já vivemos, eles estão sempre ligados a outras pessoas. E depois desses momentos importantes, bons ou maus, temos uma enorme vontade de partilhar com alguém o que sentimos. Com os nossos amigos, com as pessoas que nos são próximas. Os outros fazem, assim, parte da nossa vida e os laços que criamos com eles marcam-nos e fazem de nós quem nós somos hoje.

Esta ligação com os outros é tão importante que tem impacto na saúde. A investigação tem mostrado que viver em relações conflituosas ou em solidão faz mal à saúde, assim como viver rodeado de afetos positivos promove a longevidade e o bem-estar. Por exemplo, uma linha recente de estudos mostra que o simples facto de pensarmos em pessoas com quem temos relações complicadas tem consequências negativas não só na nossa autoestima (Gabriel, Carvallo, Jaremka & Tippin, 2008) como também na tensão arterial (Carlisle *et al.*, 2012); e portanto, pensarmos nestas «pessoas tóxicas» indiretamente influencia a nossa saúde.

A Organização Mundial de Saúde há muito que reconhece a importância dos determinantes sociais da saúde. Reconhece que a boa integração em redes sociais de apoio, o facto de ter amigos e de desfrutar de boas relações sociais promove a saúde (*e.g.*, Wilkinson & Marmot, 2003). Os estudos epidemiológicos mostram claramente que as pessoas com elevados níveis de suporte social morrem mais tarde e têm menos doenças, em particular doenças cardiovasculares, cancro e mesmo doenças infecciosas (*e.g.*, Uchino, 2009). Pertencer a um grupo em que as pessoas se sentem ligadas tem efeitos positivos na autoestima, uma vez que o grupo se torna um espaço de emoções positivas, de aceitação e reconhecimento e mesmo de apoio (emocional ou instrumental) em situações complicadas. Sentir-se membro de um grupo, partilhar com outros as emoções do sucesso e dividir com eles as dificuldades – não estar só, enfim – é uma grande ajuda para enfrentar as dificuldades da vida (Lima, Marques & Camilo, 2015). Por isso

mesmo, promover a saúde também é promover as ligações sociais. Devemos considerar como promoção da saúde atividades de desenvolvimento de competências sociais (para fazer ou manter amizades, por exemplo), de reconstrução de redes sociais desfeitas, ou de criação de novas redes sociais para problemas específicos (por exemplo, grupos de apoio para doentes com cancro).

Mas a Organização Mundial de Saúde reconhece também outra dimensão muito importante dos determinantes sociais da saúde. Não são apenas as relações próximas que influenciam a nossa saúde. A existência de coesão na sociedade em geral também está ligada à saúde. As pessoas que vivem em sociedades ou comunidades mais coesas têm melhores indicadores de saúde. A coesão social caracteriza-se por relações sociais de qualidade, em que existe um sentimento de confiança, respeito e obrigação mútuos, isto é tratar-se de sociedades mais igualitárias e menos violentas. De facto, a investigação mostra que, controlando todos os restantes determinantes da saúde, a experiência de discriminação social (seja ela devida à raça, sexo, religião ou idade) constitui um preditor adicional de doença e mal-estar (*e.g.*, Bernardes *et al.*, 2013; Marques *et al.*, 2015; Vauclair *et al.*, 2015). Por isso mesmo, promover a paz, a igualdade e a coesão social, ou combater a discriminação e a violência na sociedade são também formas de promover a saúde.

Apesar de estar cada vez mais documentada a ligação entre as relações sociais e a saúde, a formação de técnicos de saúde não tem, habitualmente, uma forte componente social. Nos últimos anos, criámos no ISCTE-IUL um Mestrado em que procuramos dar aos alunos ferramentas teóricas e práticas que lhes permitam intervir na saúde ao nível psicossocial. Baseados nos contributos que a Psicologia Social pode trazer a esta área de aplicação, o Mestrado em Psicologia Social da Saúde forma profissionais aptos a intervir ao nível das relações sociais, quer ao nível interpessoal quer grupal. Este livro continua o primeiro volume desta coleção (Lima, Bernardes & Marques, 2014) e apresenta investigação empírica recolhida por alunos deste mestrado nas suas teses que ilustram claramente a ligação entre os fenómenos sociais e a saúde.

O primeiro capítulo ocupa-se de um claro problema relacional – o *bullying*. Trata-se de uma interação social na qual um indivíduo dominante exhibe, repetidamente ao longo do tempo, comportamentos de agressão com intenção de provocar mal-estar a um indivíduo mais fraco. Inês Vicente e Isabel Correia inquiriram um grupo de jovens estudantes que se afirmaram vítimas de *bullying* e procuraram perceber como lidam com esta situação. Em particular mostram que o bem-estar das vítimas é maior quando percebem o mundo em que vivem como justo. Trata-se de um tipo de crença socialmente construída e que tem consequências na saúde.

O segundo capítulo mostra o impacto de outro tipo de crença social: as normas. Muito do nosso comportamento é organizado por normas, isto é, por regras implícitas socialmente partilhadas, que nos indicam como é bem visto agir em cada circunstância. O consumo de álcool tem um carácter fortemente social, associado a práticas de convivência e ao acesso à adultez. Sabina Pereira e Luísa Lima procuraram conhecer as normas sociais associadas ao consumo do álcool junto de estudantes universitários. Mostraram que estes jovens têm uma imagem positiva dos consumidores excessivos de álcool, e que percebem que bebem menos do que os seus colegas e mesmo do que os

jovens portugueses. Nesse sentido, infere-se uma pressão social normativa para um preocupante aumento do consumo de álcool.

Os dois capítulos seguintes focam-se nas consequências da discriminação social. Como já dissemos, a experiência de discriminação social tem consequências nefastas na saúde e bem-estar das suas vítimas. Há evidência deste fenómeno no caso do racismo e do sexismo. No entanto, os impactos na saúde da experiência de discriminação com base na idade têm sido menos estudados. Ana Lourenço, João Mariano e Sibila Marques entrevistaram jovens licenciados desempregados e compararam as suas respostas com as de jovens empregados. O seu trabalho mostra uma diferença dramática entre os dois grupos, com os jovens em situação de desemprego a apresentarem maiores níveis de perceção de discriminação e piores níveis de saúde (física, mental) do que os jovens empregados. O capítulo de Joana Paixão, Sibila Marques e Miguel R. Ramos continua esta temática e mostra, num estudo experimental, que as respostas à discriminação dependem também da avaliação da sua legitimidade. A discriminação vista como legítima pode ter consequências negativas para a saúde dos indivíduos, mas se for avaliada como ilegítima, por ativar o efeito protetor da identificação com o grupo, atenua as consequências negativas que dela advêm. É por isso uma pesquisa que mostra que os fatores sociais tanto podem ser fatores de risco como de proteção.

Os últimos dois capítulos centram-se sobre um grupo primário, isto é, um grupo pequeno, com relações pessoais fortes e duradouras, em que as pessoas se conhecem muito bem, passam muito tempo juntas e se preocupam umas com as outras. O grupo primário que é analisado nos últimos capítulos é a família. Sandra Brigas e Carla Moleiro estudaram famílias de crianças com necessidades educativas especiais e mostram que a perda da sua qualidade de vida está ligada à experiência de stress parental. No entanto, mostram também que há um tipo de competências parentais que podem ajudar a aumentar a qualidade de vida nestas famílias: as competências *mindful*, que consistem na capacidade de para prestar atenção ao presente, num estado de equilíbrio e de atenção e consciência plena.

O último capítulo deste livro centra-se em famílias que vivem um problema diferente: uma pessoa com doença mental grave. As doenças mentais graves são problemas crónicos cujo tratamento é, na grande maioria dos casos, realizado fora das instituições de saúde, o que dá à família um papel relevante neste processo. Cristina Bento e Carla Moleiro quiseram conhecer que fatores familiares se associam à autonomia e qualidade de vida da pessoa com doença mental grave. Os seus resultados mostram que a coesão familiar é uma variável muito importante para compreender a autonomia. Em particular, é importante a ligação emocional entre os membros caracterizada por respeito pelo espaço de cada um, a partilha de atividades em família e a participação dos membros nas tomadas de decisão da família.

## ■ Referências

- BERNARDES, S. F., COSTA, M. L., & CARVALHO, H. (2013). Engendering pain management practices: the role of physician sex on chronic low back pain assessment and treatment prescriptions. *Journal of Pain, 14*(9), 931-940.
- CARLISLE, M., UCHINO, B. N., SANBONMATSU, D. M., SMITH, T. W., CRIBBET, M. R., BIRMINGHAM, W., LIGHT, K. C., & VAUGHN, A. A. (2012). Subliminal activation of social ties moderates cardiovascular reactivity during acute stress. *Health Psychology, 31*(2), 217-225.
- GABRIEL, S., CARVALLO, M., JAREMKA, L. M., & TIPPIN, B. (2008). A friend is a present you give to your «Self»: Avoidance of intimacy moderates the effects of friends on self-liking. *Journal of Experimental Social Psychology, 44*, 330-343.
- LIMA, M. L., BERNARDES, S., & MARQUES S. (EDS) (2014). *Psicologia Social da Saúde: Estudos, Programas e Instrumentos*. Lisboa: Sílabo.
- LIMA, M. L., MARQUES, S., & CAMILO, C. (2015). *Ter amigos faz bem à saúde. Mas será que os amigos do facebook contam? Estudos na população portuguesa*. Lisboa: CIS-IUL/ISCTE-IUL. ISBN: 978-989-732-662-2.
- MARQUES, S., SWIFT, H., VAUCLAIR, C.-M., LIMA, M. L., BRATT, C., & ABRAMS, D. (2015). 'Being Old and Ill' Across Different Countries: Social Status, Age Identification and Older People's Subjective Health. *Psychology & Health, 30*(6), 699-714.
- UCHINO, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health. A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Sciences, 4*(3), 236-255.
- VAUCLAIR, C.-M., MARQUES, S., LIMA, M. L., ABRAMS, D., SWIFT, H., & BRATT, C. (2015). Perceived age discrimination as a mediator of the association between income inequality and older people's self-rated health in the European Region. *Journals of Gerontology: Social Sciences, 70*(6), 901-912.
- WILKINSON, R., & MARMOT, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. (2nd edition). World Health Organization: International Center for Health and Society.

## **Crença no mundo justo, *coping* e bem-estar em vítimas de *bullying*<sup>1</sup>**

Inês Vicente

Mestre em Psicologia Social e das Organizações (Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE-IUL)

Isabel Correia

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIS-IUL, Lisboa, Portugal

### **Resumo:**

Perante o aumento do conhecimento das graves consequências do *bullying* sobre as vítimas torna-se essencial compreender as forma como as vítimas lidam com este fenómeno. O presente estudo tem como principal objetivo compreender a relação entre a crença no mundo justo (CMJ) e o bem-estar das vítimas de *bullying*, testando a mediação desta relação através das estratégias de *coping* relacionadas com a assimilação da injustiça a que as vítimas recorrem. Mediram-se estas variáveis através de um questionário, aplicado a uma amostra de vítimas de *bullying* ( $N = 189$ ) entre os 11 aos 19 anos. Os resultados indicam que a CMJ influencia positivamente o bem-estar das vítimas de *bullying*, e que esta relação é mediada pela estratégia de *coping* assimilação da injustiça. Conclui-se que as estratégias de *coping* que envolvem assimilação da injustiça, têm uma importância fundamental para as vítimas de *bullying*, permitindo a manutenção do seu bem-estar.

**Palavras-chave:** Crença no mundo justo, *Coping*, *Bullying*, Bem-estar.

---

<sup>(1)</sup> Este capítulo é baseado numa dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações defendida no ISCTE-IUL em 2010 da autoria de Inês Vicente sob orientação de Isabel Correia. Essa dissertação esteve integrada numa Ação Integrada Luso-Alemã, financiada pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (ref A-30/09 – «Experiences of Justice, Roles in *Bullying* and Well-Being of Adolescents», 2009-2010), em colaboração com Claudia Dalbert da Universidade de Martin-Luther, Alemanha.

## Introdução

Todos nós, quando nos confrontamos com acontecimentos negativos tendemos a pensar se são ou não justos. Entre os vários acontecimentos que causam sofrimento está o *bullying* que ocorre frequentemente no percurso escolar das crianças e jovens. Estes episódios consistem numa forma de vitimização que tem consequências muito negativas para o bem-estar das vítimas (Hawker & Boulton, 2000).

Diz-se que um aluno é vítima de *bullying* quando é exposto repetidamente e ao longo do tempo, a ações negativas e intencionais por parte de um ou mais colegas (Olweus, 1993). O seu carácter contínuo e a desigualdade de poder entre o agressor (*bully*) e a vítima (muitas vezes impotente para resolver a situação) são duas características que distinguem o *bullying* de qualquer outro tipo de agressão.

A atenção dada aos problemas do *bullying* entre crianças e adolescentes cresceu drasticamente nos últimos anos. Este facto deve-se a uma maior mediatização de casos de violência escolar e, conseqüentemente, à crescente preocupação em perceber como surge este fenómeno e o porquê de tais situações. A gravidade deste fenómeno leva ainda a questionar como é que as vítimas lidam com estas situações de humilhação, crueldade e injustiça. Este processo através do qual um indivíduo reage perante situações negativas foi denominado *coping* (Sommerfield & McCrae, 2000) e desempenha um papel importante no bem-estar físico e psicológico de cada indivíduo (Endler & Parker, 1990).

A investigação tem mostrado que a percepção do mundo como justo, onde cada um tem o que merece (crença no mundo justo, CMJ, Lerner, 1980), permite a manutenção do bem-estar das pessoas (Correia & Dalbert, 2007) e, especialmente, das pessoas que sofreram direta ou indiretamente alguma injustiça – as vítimas (Dzuka & Dalbert, 2002). A CMJ tem sido considerada como um mecanismo positivo e saudável de *coping* (Dzuka & Dalbert, 2000). Assim, tem sido mostrado que quando as vítimas percebem o que lhes acontece como justo mantém o seu bem-estar.

Neste estudo investigamos se uma maior CMJ por parte das vítimas de *bullying* está associada ao maior recurso a estratégias de *coping* que envolvem a assimilação das injustiças, que por sua vez influenciam positivamente o bem-estar destas vítimas.

## O *bullying* e suas consequências para o bem-estar das vítimas

O *bullying* em contexto escolar é um fenómeno que ocorre à escala global e está fortemente relacionado com a violência escolar, provocando graves consequências ao nível do clima escolar e com sequelas potencialmente desastrosas, principalmente para a vítima, mas também para o agressor (Harris & Petrie, 2003).

O *bullying* é um fenómeno presente na idade escolar e relativamente estável ao longo do tempo. Vários estudos demonstram que entre 10-20% dos alunos declararam que foram vítimas de *bullying* na escola durante pelo menos 3 a 6 meses (Olweus, 1993;



Rigby, 1997; Smith, *et al.*, 1999) ou até mesmo durante vários anos, como afirmaram 13% dos alunos (Smith & Shu, 2000). Possíveis explicações podem dever-se ao facto de o comportamento agressivo ser uma característica individual relativamente estável ao longo do tempo (Olweus, 1979) e às poucas possibilidades das vítimas conseguirem escapar sozinhas das agressões, sem haver nenhum tipo de intervenção (Olweus, 1993).

Segundo Olweus (1991, 1997), o *bullying* é uma interação na qual o indivíduo dominante (o *bully*) exhibe comportamentos de agressão com intenção de provocar mal-estar a um indivíduo mais fraco (a vítima), repetidamente ao longo do tempo. Os comportamentos de *bullying* podem ser físicos, verbais e de exclusão social (Craig, Pepler, & Atlas, 2000). Assim, por *bullying* físico entende-se qualquer comportamento agressivo que implique contacto corporal (*i.e.* bater, empurrar, fazer rasteiras, etc.). Por *bullying* verbal compreende-se a ação de insultar através de expressões verbais (*i.e.* chamar nomes pejorativos, humilhar, inferiorizar, etc.). E, por último, o *bullying* por exclusão social diz respeito ao ato de dificultar a integração social (*i.e.* denegrir a imagem, propagação de boatos, rumores, etc.).

O agressor apesar de se aperceber de que o seu comportamento incomoda a vítima, insiste em continuar com as agressões e sente-se satisfeito ao fazê-lo. Este tipo de conduta denominou-se «*bullying maligno*» (Rigby, 2007), ou seja, o *bully* desfruta do seu comportamento, enquanto a vítima se sente oprimida e impotente. O «*bullying não-maligno*» (Rigby, 2007) é visto mais como uma provocação, uma brincadeira, em que geralmente o agressor não se apercebe do sofrimento que causa. Contudo, do ponto de vista da vítima, qualquer um dos tipos provoca mal-estar psicológico. Assim, a vitimização está associada a falta de autoestima, depressão e ansiedade (Hawker & Boulton, 2000). A aversão em ir à escola (Rigby & Slee, 1993; Nansel *et al.*, 2004) é tão forte, que em alguns casos, os pais vêm-se forçados a mudar as crianças de escola (Rigby, 2007). A estes sentimentos de insegurança podem também estar associados ideação e tentativas de suicídio (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2007). Ao nível comportamental, as vítimas podem manifestar problemas de comportamento na escola (Wolke, Woods, Bloomfield, & Karstadt, 2001) e uma vez que não costumam ter amigos e andam sozinhas na escola, são alvos mais fáceis para os agressores, sendo este isolamento propício para o *bullying* (Rigby, 2002). As vítimas crónicas de *bullying* têm ainda uma maior tendência de apresentar défices de competências sociais (Nation, Vieno, Perkins, & Santinello, 2007).

É importante ainda referir que a vítima sofre não só as consequências diretas da agressão do *bully*, mas também consequências indiretas resultantes da vitimização secundária, isto é, as pessoas tendem a atribuir responsabilidade à vítima, ao considerá-la uma pessoa fraca e covarde, justificando deste modo a agressão (Kochenderfer-Ladd, & Pelletier, 2008). A par da desvalorização e/ou culpabilização das vítimas, é também frequente a minimização do sofrimento das vítimas, assim como o seu evitamento, tornando-as progressivamente mais isoladas, uma vez que os pares receiam sofrer represálias sociais ao serem associados a estas (Nansel *et al.*, 2001). Assim, a rejeição social da vítima pode ser considerada tanto causa como consequência do *bullying*: as vítimas são normalmente as crianças mais rejeitadas da escola, e o facto de serem vitimizadas contribui ainda mais para a sua baixa autoestima (Olweus, 1991).

A gravidade das consequências do *bullying* justifica a importância de estudar os processos que podem de algum modo contribuir para o bem-estar das vítimas.

## Bem-estar subjetivo e *coping*

De uma forma geral, o bem-estar subjetivo corresponde à avaliação global que cada pessoa faz da sua vida. Segundo Diener, Oishi e Lucas (2003) o bem-estar subjetivo tem sido definido como tendo duas componentes: a componente cognitiva e a componente afetiva. A primeira refere-se a uma avaliação global que o indivíduo faz da sua vida, a satisfação com a vida, e a componente afetiva está relacionada com aspetos mais emocionais como as emoções e o humor.

O *coping* é definido como um conjunto de «esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pela pessoa para gerir (reduzir, minimizar, controlar, ou tolerar) as exigências internas e externas das transações pessoa-meio que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa» (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986, p. 572). Estes esforços são independentes do resultado, esta é uma característica importante desta definição (Folkman, 1984), ou seja, o *coping* refere-se ao esforço de gerir as exigências, independentemente do sucesso desse esforço. Assim, as estratégias utilizadas devem ter como objetivo diminuir a probabilidade de causar danos, resultantes do acontecimento vivido, e/ou reduzir reações emocionais negativas.

Existe uma vasta investigação na área da psicologia da saúde que assenta no pressuposto de que a eficácia das estratégias de *coping* pode mediar a influência do stresse no bem-estar (Coyne & Racioppo, 2000). Ou seja, a forma como cada pessoa lida com um acontecimento negativo pode afetar o seu bem-estar. Deste modo, existem estratégias de *coping* que permitem regular as emoções ou procurar soluções, conseguindo assim reduzir os efeitos negativos do acontecimento de stresse, enquanto outras podem contribuir para o aumento desses efeitos (Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000).

## Crença no mundo justo e bem-estar das vítimas

Ao longo do tempo, tem-se vindo atribuir cada vez mais importância ao estudo da CMJ como um mecanismo positivo e saudável de *coping* (Dzuka & Dalbert, 2000). Segundo Lerner (1980), as pessoas estão motivadas para perceber o mundo em que vivem como justo, onde cada um tem o que merece, de modo a poderem viver com tranquilidade e ter confiança no futuro.

A CMJ é considerada uma dimensão relativamente estável ao longo do tempo. Rubin e Peplau (1973, 1975) construíram a primeira escala para medir esta crença. A pontuação obtida nesta escala pretende constituir um indicador da motivação para a justiça, isto é, quanto mais a pessoa acredita que o mundo é justo maior o seu esforço para alcançar os seus objetivos por meios justos (Dalbert, 1999).

A investigação mostrou que a CMJ está positivamente associada ao bem-estar subjetivo, quer em amostras de indivíduos não vitimizadas (e.g. Correia & Vala, 2004), quer em amostras de indivíduos vitimizadas (e.g. Dzuka & Dalbert, 2002).

Alguns estudos mostraram que as vítimas de acontecimentos injustos com elevada CMJ, tendem a interpretar esse acontecimento como menos injusto (Hafer & Olson, 1989) e, em parte, causado pelo seu próprio comportamento (Dalbert, 2002). Esta atribuição comportamental, além de ter um carácter funcional uma vez que dá sentido ao acontecimento crítico e protege a CMJ do próprio, também pode mediar o efeito adaptativo da CMJ no ajustamento psicológico das vítimas. Como é demonstrado no estudo de Bulman & Wortman (1977), por exemplo, em que vítimas paralisadas devido a graves acidentes de viação, culpam-se a si próprias pelo sucedido ou tendem a minimizar a injustiça. Estas estratégias revelaram-se predictoras de um bom *coping* porque a vítima ao culpar a sua própria conduta reduz a insegurança associada à incontrolabilidade das circunstâncias, à aleatoriedade dos acontecimentos. Desta forma, as vítimas com elevada CMJ têm maior probabilidade de assimilar o seu «destino» injusto, percebendo-o como mais justo, e consequentemente sentem-se melhor (Dalbert, 2002).

Num outro exemplo, Hafer e Correy (1999) demonstraram que alunos com elevada CMJ fazem mais atribuições internas do que externas quando confrontados com resultados negativos. Esta atribuição interna atenua sentimentos de injustiça e reduz emoções negativas, contribuindo para a manutenção do bem-estar. Assim, a CMJ influencia os mecanismos de *coping* de cada pessoa, permitindo que os indivíduos percecionem uma tarefa nova como um desafio (e não como uma ameaça) e protegendo-os do stress associado a acontecimentos imprevisíveis e injustos (Tomaka & Blascovich, 1994).

No domínio da CMJ, tem sido feita a distinção entre CMJ para si e CMJ para os outros. A primeira, denominada CMJ pessoal refere-se à crença de que os acontecimentos na vida de cada indivíduo são justos. Por outro lado, a CMJ geral diz respeito à crença que, no geral, o mundo é um local justo (Dalbert, 1999; Lipkus, Dalbert, & Siegler, 1996). De um modo geral, tem sido demonstrado que as pessoas apresentam valores mais altos de CMJ pessoal do que de CMJ geral (e.g. Correia & Dalbert, 2007). Para além disso, a CMJ pessoal tem demonstrado ser uma melhor preditora do bem-estar subjetivo (e.g. Dzuka & Dalbert, 2002), enquanto a CMJ geral tem sido relacionada com atitudes sociais negativas (Bègue & Muller, 2006). Em amostras portuguesas de estudantes do ensino básico, secundário e universitário (Correia, & Dalbert, 2007) verificou-se igualmente que a CMJ pessoal funcionava como melhor preditora do bem-estar do que a CMJ geral, quer em relação à satisfação com a vida, quer em relação a um indicador de ansiedade na escola. Sendo assim, no presente estudo consideramos apenas a CMJ pessoal.

Um estudo anterior (Dzuka & Dalbert, 2007) mostrou que uma maior CMJ pessoal das vítimas estava associada a um maior bem-estar subjetivo. O presente estudo tem como objetivo investigar se uma maior CMJ pessoal por parte das vítimas de *bullying* está associada ao maior recurso a estratégias de *coping* que implicam uma assimilação da injustiça, e que por sua vez influenciam positivamente o bem-estar destas vítimas.

Mais especificamente esperamos que a CMJ pessoal seja preditora do bem-estar das vítimas; a CMJ pessoal seja preditora de estratégias de *coping* que permitam reduzir a perceção de injustiça da situação; as estratégias de *coping* que permitam reduzir a per-

ção de injustiça da situação sejam preditoras do bem-estar; a relação entre a CMJ pessoal e o bem-estar seja mediada pelas estratégias de *coping* que permitam reduzir a percepção de injustiça da vitimização.

## Método

### Participantes

Neste estudo, participaram 305 alunos do 7º e 10º ano de escolaridade de três escolas públicas da região de Lisboa e Vale do Tejo com 2º e 3º Ciclos de Ensino. Destes, 51.1% eram do sexo masculino e 48.9% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 11 e 20 anos ( $M = 13.42$ ;  $DP = 1.74$ ).

Do universo de participantes, foram analisados apenas os dados dos sujeitos vítimas de *bullying*. Deste modo, a análise incidu numa amostra constituída por 189 participantes, dos quais 98 são do sexo feminino (51.9%) e 91 do sexo masculino (48.1%), com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos ( $M = 13.3$ ;  $DP = 1.70$ ), todos eles vítimas de *bullying*. Nesta amostra 82% das vítimas frequenta o 7º ano de escolaridade e 18% frequenta o 10º ano. A seleção dos sujeitos para a amostra baseou-se nas questões relativas ao papel desempenhado na situação de *bullying*, descritas no ponto relativo às variáveis, não tendo sido excluído nenhum participante por nenhuma outra razão.

### Variáveis

O instrumento utilizado foi desenvolvido no âmbito de uma Ação Integrada Luso-Alemã (ref A-30/09 – «Experiences of Justice, Roles in Bullying and Well-Being of Adolescents», 2009-2010), sendo constituído por medidas de percepção de justiça (justiça dos professores, justiça dos colegas e crença no mundo justo), bem-estar, papéis em situações de *bullying* e estratégias para lidar com essas agressões.

### Crença no Mundo Justo Pessoal

A CMJ pessoal foi operacionalizada através da Escala de Crença de Mundo Justo Pessoal desenvolvida por Dalbert (1999). Esta é constituída por sete itens, medidos através de uma escala tipo-Likert de 1 a 6 (em que 1 = Discordo Completamente e 6 = Concordo Completamente). Os itens da escala traduzidos para a língua portuguesa são: «Na minha vida a injustiça é a exceção e não a regra», «Acho que a maior parte do que me acontece é justo», «De um modo geral, os acontecimentos da minha vida são justos», «As decisões que os outros tomam em relação a mim são justas», «Acho que geralmente obtenho o que mereço», «Geralmente os outros tratam-me de uma maneira justa», e «Em geral eu mereço o que me acontece» ( $\alpha = 0.65$ ).



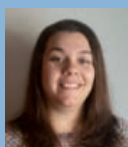
**Maria Luísa Lima.** Licenciada em Psicologia na Universidade de Lisboa e Doutorada em Psicologia Social do Ambiente pelo ISCTE-IUL (1994), é Investigadora no CIS-IUL e Professora Catedrática no ISCTE-IUL, onde dirige o Mestrado em Psicologia Social da Saúde. Foi diretora da Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE (2010-2013), Presidente da Associação Portuguesa de Psicologia e membro de diversos painéis internacionais de avaliação científica (ex., ESF, ERC). O seu percurso de investigação cobre as áreas da percepção e comunicação de riscos associados à saúde e ao ambiente. A sua investigação, publicada em artigos e livros nacionais e internacionais, tem contribuído para destacar o papel da interação social nos comportamentos associados ao risco.



**Sibila Marques.** Licenciada em Psicologia pela Universidade de Lisboa e Doutorada em Psicologia Social pelo ISCTE-IUL (2009), é investigadora em pós-doutoramento no CIS-IUL e professora convidada em cursos de Mestrado no ISCTE-IUL. Tem-se dedicado à aplicação da Psicologia Social e Comunitária à promoção da saúde e bem-estar em duas áreas prioritárias: Psicologia Social do Envelhecimento e Psicologia Social do Ambiente. Faz parte do grupo de investigação EurAge ([www.eurage.com](http://www.eurage.com)) e é autora de diversas publicações científicas, entre os quais o ensaio *Discriminação da terceira idade* (FFMS, 2011). Tem participado em diversos projetos nacionais e internacionais na temática do envelhecimento e coordenou o Grupo de investigação H4A – Saúde para Todos – uma Abordagem Psicossocial



**Sónia F. Bernardes.** Doutorada em Psicologia Social da Saúde pelo ISCTE-IUL (2008), é Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL e Investigadora no CIS-IUL. Foi Diretora do Mestrado em Psicologia Social da Saúde (2010-2012) e sub-diretora da Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL. A sua investigação centra-se na análise de factores psicossociais associados quer às experiências de dor quer à forma como profissionais de saúde avaliam a dor de pacientes. Possui diversos artigos publicados em revistas internacionais e é autora do livro *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor* (FCG, 2010). Tem coordenado diversos projetos e recebeu o Prémio de Jovem Investigadora em Psicologia (2013), atribuído pela Associação Portuguesa de Psicologia.



**Sabina Pereira.** Licenciada em Psicologia e Mestre em Psicologia Social da Saúde pelo ISCTE-IUL (2013), é investigadora no CIS-IUL e estudante do Doutoramento Interinstitucional em Psicologia Social: Programa Doutoral de Psicologia Social de Lisboa (LiSP). No seu percurso tem trabalhado na aplicação da Psicologia Social à área da Saúde, e neste âmbito a sua investigação tem-se focado no impacto que as relações sociais têm nos comportamentos prejudiciais à saúde como o consumo de álcool e o tabagismo.

Quando pensamos num momento inesquecível da nossa vida, normalmente não estávamos sozinhos. Quando pensamos nos piores momentos que já vivemos, eles estão sempre ligados a outras pessoas. E depois desses momentos importantes, bons ou maus, temos uma enorme vontade de partilhar com alguém o que sentimos. Com os nossos amigos, com as pessoas que nos são próximas. Os outros fazem, assim, parte da nossa vida e os laços que criamos com eles marcam-nos e fazem de nós quem nós somos.

Esta ligação com os outros é tão importante que tem impacto na saúde. A investigação tem mostrado que viver em relações conflituosas ou em solidão faz mal à saúde, assim como viver rodeado de afetos positivos promove a longevidade e o bem-estar.

A Organização Mundial de Saúde há muito que reconhece a importância dos determinantes sociais da saúde. Reconhece que a boa integração em redes sociais de apoio, o facto de ter amigos e de desfrutar de boas relações sociais promove a saúde. E reconhece também que a existência de coesão na sociedade em geral, viver em sociedades igualitárias e menos violentas também está ligada à saúde.

Apesar de estar cada vez mais documentada a ligação entre as relações sociais e a saúde, a formação de técnicos de saúde não tem, habitualmente, uma forte componente social. O Mestrado em Psicologia Social da Saúde do ISCTE forma profissionais aptos a intervir ao nível das relações sociais, quer ao nível interpessoal quer grupal. Este livro continua o primeiro volume desta coleção publicado em 2014 e apresenta investigação empírica recolhida por alunos deste mestrado nas suas teses que ilustram claramente a ligação entre os fenómenos sociais e a saúde.

O Mestrado em Psicologia Social da Saúde do ISCTE-IUL forma psicólogos capazes de aplicar no domínio da Saúde os conhecimentos da Psicologia Social e Comunitária. Promove competências para diagnosticar e intervir ao nível psicossocial em diversos contextos comunitários, organizacionais e institucionais. Para tal, conta com um corpo de professores especializados neste domínio e com a colaboração de profissionais e investigadores de outras universidades estrangeiras que partilham esta perspetiva social da saúde (nomeadamente da Université Paris Descartes, com quem tem um protocolo de colaboração).

Esta livro teve o apoio:

**ISCTE IUL**  
Instituto Universitário de Lisboa

ISBN 978-972-618-868-1



9 789726 188681

537